

Douleur et endométriose: traitement chirurgical.

Drs Jérôme Blanchot

Jean Vialard, Claire-Marie Roger, Parwana Zaka,
Pierre-Louis Broux,

Clinique Mutualiste la Sagesse

Douleurs Pelviennes

Endométriose

Avec
Symptômes

Sans
Symptôme

Douleur localisatrice dans l'EP

- Chez des femmes qui présentent une endométriose diagnostiquée, cette maladie ne serait en fait responsable des algies pelviennes que dans un peu plus d'un cas sur deux.
- Disménorrhée: association bien documentée entre la dysménorrhée sévère et l'endométriose. La dysménorrhée sévère ne semble pas liée à un type particulier de lésion, ni à une localisation particulière, elle est provoquée par des micro-saignements menstruels récidivants, au sein des lésions.
- Autres symptômes douloureux:
 - Il existe des arguments histologiques et physiopathologiques en faveur de la responsabilité de l'endométriose sous-péritonéale profonde (EP) sur leur genèse.
 - Ces douleurs sont en rapport avec la compression ou l'infiltration des nerfs de l'espace pelvi-sous-péritonéal par les lésions d'EP.
 - Les symptômes douloureux causés par l'EP présentent des caractéristiques particulières:
 - Elles sont spécifiques de l'atteinte d'une localisation anatomique précise (dyspareunie sévère, douleur à la défécation) ou d'un organe précis (signes fonctionnels urinaires, signes digestifs)/ « **douleurs localisatrices** ».
 - L'analyse sémiologique précise des caractéristiques des algies pelviennes chroniques est utile pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Il est efficace sur les douleurs
- Il est recommandé sous couvert d'un rapport bénéfice/risque individuel favorable
- Si chirurgie: traitement de toutes les lésions.
- Pas de données comparatives Trt médical/chirurgie.

A QUI PROPOSER UNE CHIRURGIE ?

- 1 – Les femmes symptomatiques sous traitement médical.
- 2 – Les femmes infertiles symptomatiques au bilan d'infertilité favorable.
- 3 – Les complications (digestives et urinaires)
- 4 – JAMAIS UNE FEMME ASYMPTOMATIQUE

Problématique du clinicien

- Signes d' appel: place de la coelioscopie ?
 - Kyste(s) endométriosique(s): quelle attitude ?
 - Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu' en faire ?
-

Discussion bénéfices-risques

Risques de la coelioscopie (+/- coelio-chirurgie) mieux évalués

- mortalité 3,33/100.000 (CHAPERON – 2001)
- vasculaires 0,018% - digestifs 0,04%

Quelle type de coelioscopie en cas signes d'appel ?

LES GRANDS POINTS A RETENIR de la coelioscopie dans ce cadre

Attitude pour les endométrioses minimales à modérées

- ⇒ Bilan lésionnel précis - classification
- ⇒ Ne pas méconnaître une endométriose sous-péritonéale associée: sémiologie clinique, examen sous AG.
- ⇒ Pas de coelio-chirurgie si :
 - pelvis inflammatoire avec une endométriose floride étendue – traitement médical de 3 mois
 - Si plus sévère que prévue: bilan puis reprogrammation

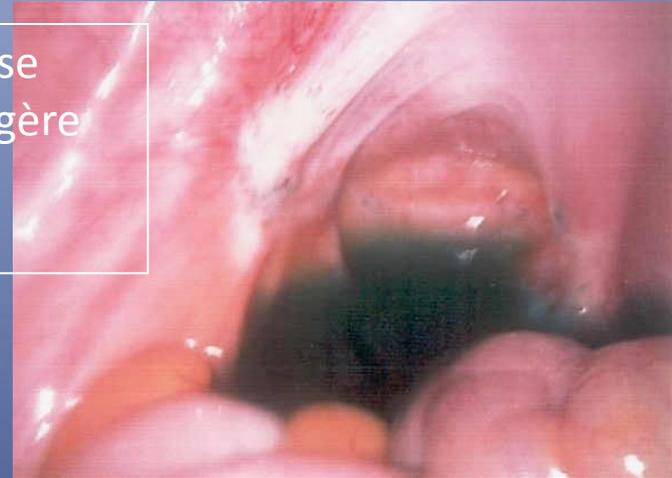
Quelle type de coelioscopie en cas signes d'appel ?

- ⇒ Détruire l'ensemble des lésions (exérèse, coagulation, laser, plasmajet ...)
 - Diminue les récives
 - Traite l'infertilité (MARCOUX 1997)
- ⇒ Respecter les règles de micro-chirurgie: adhérences, hydrosalpinx...
- ⇒ Peu ou pas de place pour les traitements médicaux (progestatifs, agonistes du GnRH ...)

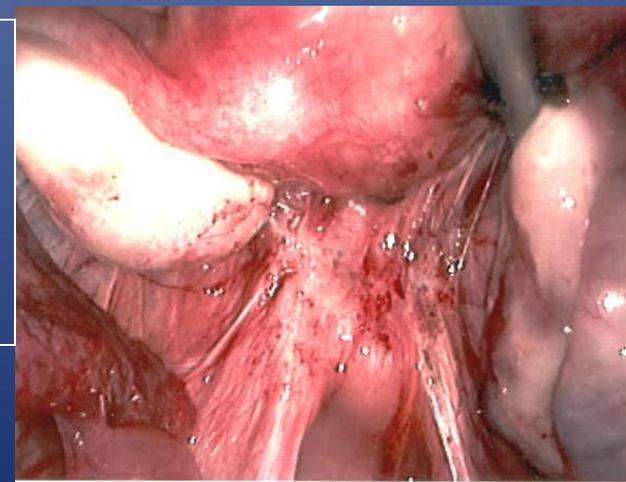
Quelle type de coelioscopie en cas signes d'appel ?



Endométriose
minime à légère



Bilan d'une récurrence
d'endométriose
ombilicale



kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

1 - GENERALITES

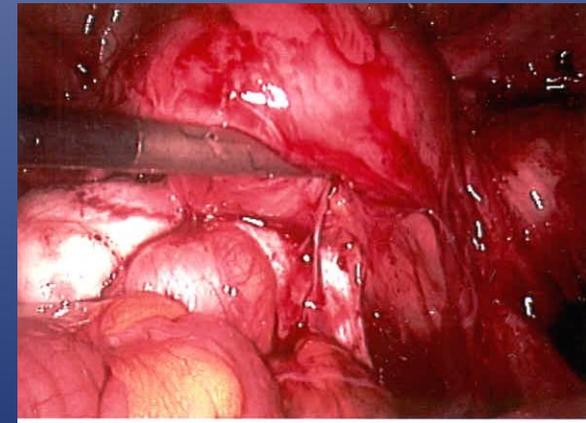
- ⇒ Lésions ovariennes présentes dans 31 à 44% des endométrioses – Nette prédominance côté gauche (JENKINS – 1986)
- ⇒ Traitements médicaux inefficaces

Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

ISOLE : meilleur pronostic
/fertilité (DONNEZ – 1996)

2 situations très
différentes

COMPLEXE: avec adhérences +
implants

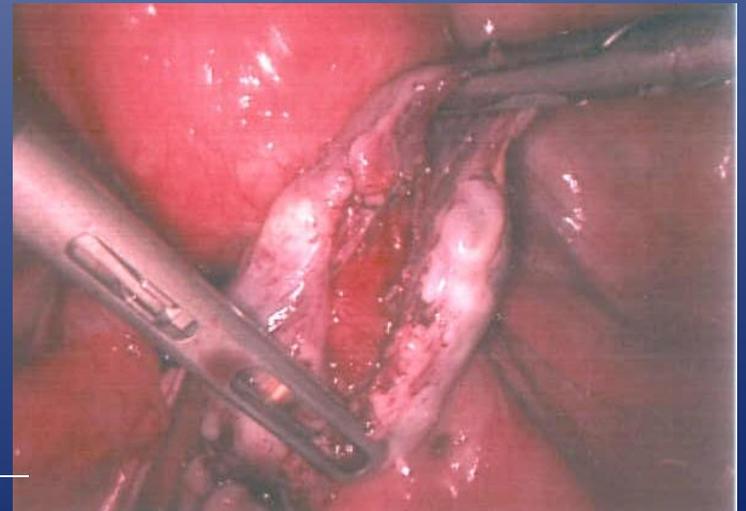


Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

TECHNIQUES

a) KYSTECTOMIE

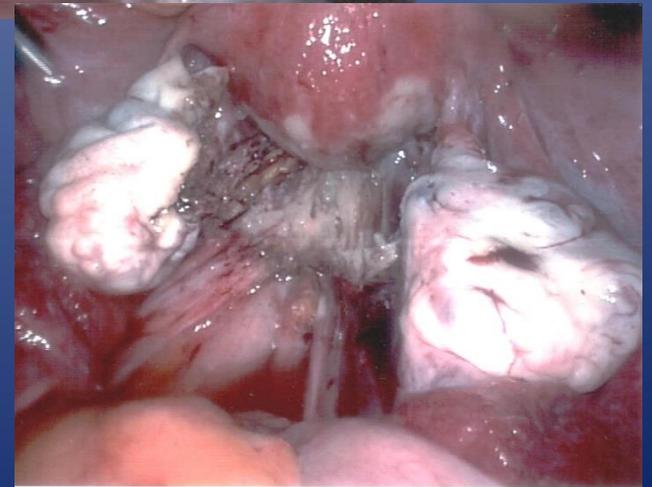
- référence taille > 3cm
 - Coelio > laparo
 - intrapéritonéal > trans-pariétale (volumineux)
 - anatomo-pathologie
-



Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

KYSTECTOMIE (suite)

- Traitement lésions associées
- Si kystectomie incomplète -> vaporisation plasmajet



Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

b) Drainage – vaporisation secondaire

Pour nous: très volumineux endométrions, ou endométriose sévère inflammatoire

c) Alcoolisation

- récidive d' endométrion
- réserve ovarienne

Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

c) Ovariectomie – annexectomie

- peu de place
- rares indications sur endométriose annexielle unilatérale (annexe controlatéral normal) :
récidive, douleur...

RESULTATS

a) Taux de récurrence

- ✓ varie 8 à 22% / séries (FAYER 1991- CANIS 1992 – BENIFLA 1994 – DONNEZ 1996)
- ✓ risque augmente avec :
 - jeune âge (< 24ans)
 - Infertilité II
 - Stade endométriose (Trt souvent incomplet dans les formes sévères)
- ✓ Les OP en continu diminuent ce risque

b) Fertilité

- ✓ Kyste isolé : pronostic fonction du bilan de base
- ✓ Endométriose complexe
 - séquelles adhérentielles (coaptation ovaro-tubaire)
 - Reliquat implants
 - Réserve ovarienne

Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? Que dire ?

- Cas peu fréquents.
- L'association endométriose sévère-infertilité complique la prise en charge thérapeutique.
- L'apport de la coelio-chirurgie depuis les années 80 a modifié cette prise en charge thérapeutique.

Prise en charge thérapeutique

Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

L 'ETAPE du BILAN

a)- L 'évaluation de la symptomatologie fonctionnelle:

Douleur localisatrice +++

b)- Le bilan de l 'endométriose

- Antécédents
- Importance de l 'endométriose extra-génitale:
 - **Examen clinique**
 - Examens complémentaires:
 - écho endocavitaire
 - IRM
 - Lavement baryté, UIV, colo-scanner.
 - Stade de l 'endométriose génitale

c) - Le bilan de l 'infertilité si nécessaire

L 'ETAPE de la DECISION

L 'information la plus éclairée

- pathologie
- possibilités thérapeutiques
- risques et résultats

Redire:

- chirurgie parfois lourde, à haut risque et difficile:
 - .risque « vital »: sténose digestive, sténose urétérale:
 - ➔ indication chirurgicale formelle.
 - .pathologie « fonctionnelle »: rapport bénéfice/risque: principalement atteintes digestives, décision partagée
- fréquemment multidisciplinaire +++.

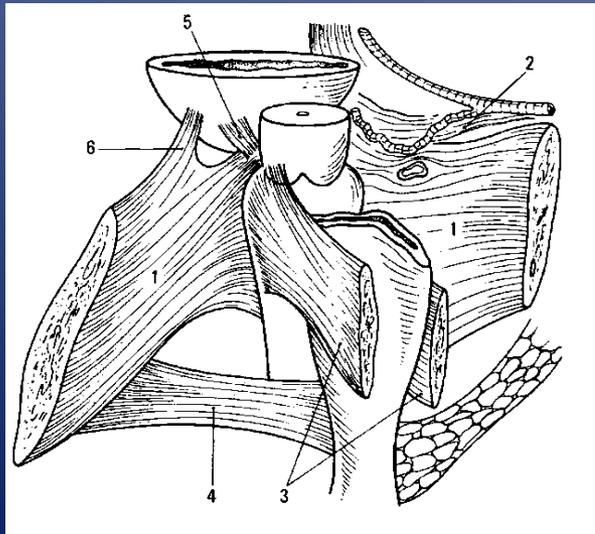
Prise en charge thérapeutique

Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

EN PRE-OPERATOIRE

- ⇒ Un traitement de 3 mois par agonistes de la LH-RH (pas d ' étude randomisée)
- ⇒ Bilan d' imagerie complet.
- ⇒ Préparation colique de type digestive - indispensable

BUTS du TRAITEMENT CHIRURGICAL



- a) Traiter de façon complète la totalité des lésions endométriosiques: résultat fonctionnel optimal.
- b) Respecter l' anatomie pelvienne tout en traitant l' endométriose génitale.
- c) Respecter le parenchyme ovarien (capital ovocytaire)

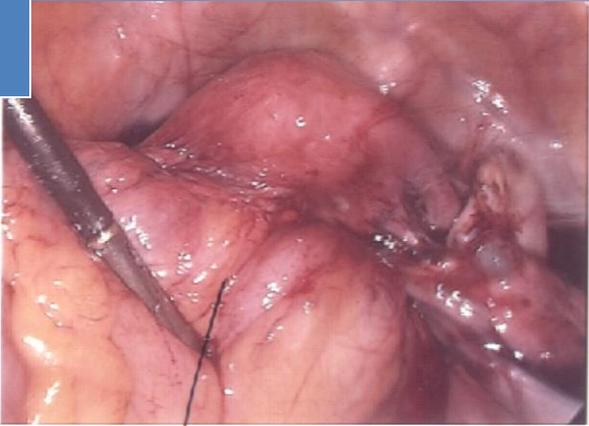
TECHNIQUES CHIRURGICALES

La coeliochirurgie est aujourd'hui la référence (mais la laparotomie garde toute sa place).

- ➔ Traitement des lésions génitales (endométriose + adhérences)
- ➔ Lésions urinaires (uretère / vessie)
- ➔ Lésions digestives (résections recto-sigmoïdiennes ou caeco-appendiculaires)

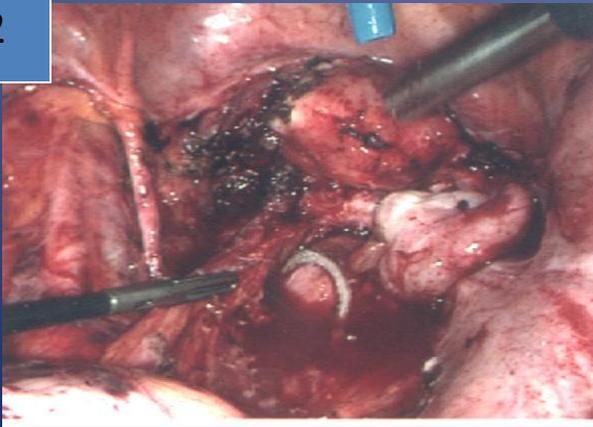
COELIO-CHIRURGIE

1



Patiente 30ans – ATCD KOG
Sténose sigmoïdienne:
Annexectomie G + résection
digestive 9/96
Grossesse spontanée à 13mois

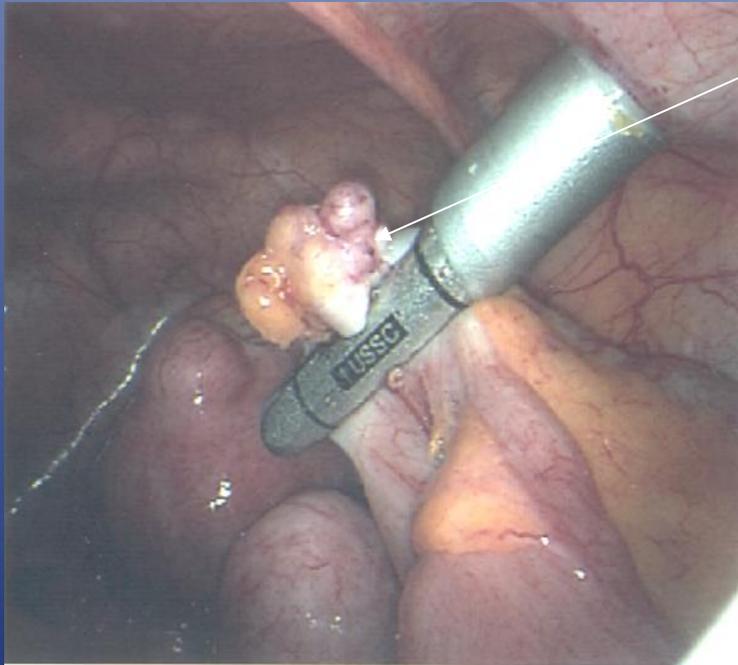
2



3



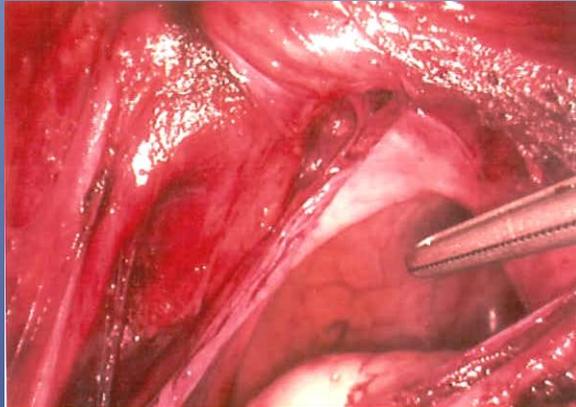
COELIO-CHIRURGIE



Endométriose caeco-
appendiculaire

Patiente de 38ans
Endométriose digestive
et génitale Stade III rAFS
Double résection digestive

COELIO-CHIRURGIE



Endométriose vésicale droite



Patiente de 26ans
Endométriose vésicale
+ Artère utérine droite
Résection complète suture vessie

Prise en charge thérapeutique

Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu' en faire ? que dire ?

LA LAPAROTOMIE DE CONVERSION

garde toute sa place

- estimé actuellement à 5%
- opérateur dépendant
- sécurité / chirurgie fonctionnelle

- **Endométrioses sévères et extensives**

- 1 - Le taux de complications : faibles mais potentiellement graves:

- Digestives: fistules, péritonite stercorale (place de la dérivation intestinale temporaire)
- Urinaires: fistules urétérale ou vésicale, sténose urétérale.

- 2 - L 'infertilité

- peu de séries.
- Globalement 50% de grossesses spontanées à 18 mois - 20% en FIV
- Résultats fonction des facteurs associés

– 3 - Les douleurs

- Douleur, amélioration 90%
- dyspareunie, amélioration 90%
- dysménorrhée, amélioration 85%

– 4 - Les risques de récurrences

- diversement appréciés. De 20 à 50%. Mais rarement même localisation traitée, pas la même extension. Ne veux pas dire réintervention.
 - Semblent plus faibles si traitement complet
-

Gestes chirurgicaux complémentaires.

- Pas d'intérêt de la résection des nerfs des ligaments utero-sacrés (LUNA)
- Recours à la neurectomie pré-sacrée peut être envisagé à titre d'appoint à la prise chirurgicale de la douleur pelvienne associée à l'endométriose mais nécessite une équipe expérimentée (ESHRE Guidelines septembre 2013)

CONCLUSION

- **Chirurgie** si douleurs persistantes sous traitement médical
- **Endométriose sévère ou extensive**: chirurgie possible sur certaines formes symptomatiques, par coelio-chirurgie.
 - nécessite expérience et temps (consultations, intervention)
 - Bilan pré-thérapeutique complet.
 - Décision en RCP
 - Informations claires.
 - Résultats significatifs sur la douleur et l ' infertilité.
 - Centres de référence? Débat national