



Endométriose à un stade avancé : Indications et modalités opératoires, résultats et soins liés à la chirurgie

Journée EndoFrance - 9 mars 2019

Dr O Gérard, AL Robert, CM Roger, J Blanchot, PLBroux, P Metzler, J Vialard,
L Moy, N Lucas



Définition des stades avancés ?

Tableau I. Le score de l'American Fertility Society révisé (AFSr) en 1985 de l'endométriose

1 - Lésions péritonéales		
Superficielles	Profondes	
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	6
2 - Lésions ovariennes		
Ovaire droit	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
Ovaire gauche	Superficielles	Profondes

« Stades AFS ou ASMR »

Stade de l'endométriose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriose minime	1 - 5
Stade II	endométriose modérée	6 - 15
Stade III	endométriose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriose sévère	> 41

Trompe droite	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
Trompe gauche	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhèrent sur toute la circonférence), compter 16		
4 - Oblitération du Douglas		
Partielle	4	
Totale	40	
Stade de l'endométriose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriose minime	1 - 5
Stade II	endométriose modérée	6 - 15
Stade III	endométriose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriose sévère	> 41

Définition des stades avancés ?

« Score de Enzian »

Compartiment Grade	A RECTOVAGINAL SEPTUM VAGINA	B SACROUTERINE LIG. PELVIC WALL	C BOWEL	
Grade 1 < 1 cm				FA
Grade 2 1-3 cm				FB
Grade 3 > 3 cm				FU
				FI
				FO

Définition des stades avancés ?

Tableau I. Le score de l'American Fertility Society révisé (AFSr) en 1985 de l'endométriose

Stade de l'endométriose	1 - Lésions péritonéales		Score AFS
	Superficielles	Profondes	
Stade I	< 1 cm	1	1 - 5
Stade II	1 à 3 cm	2	
	> 3 cm	4	
Stade III	endométriose modérée		6 - 15
Stade IV	Ovaire droit	Profondes	
	1 à 3 cm	16	16 - 40
Stade IV	Ovaire gauche	Profondes	
	< 1 cm	4	
	1 à 3 cm	16	> 41
	> 3 cm	20	

Atteintes gynécologiques profondes ou étendues

ou

extra-gynécologiques (digestives+++)

ou

à risque chirurgicale

ou

avec un retentissement important

LA **problématique** dans l'endométriose sévère = les **symptômes**

→ On n'opère pas des « stades »

Indication au **cas par cas** pour des symptômes invalidants sans solution médicale satisfaisante et selon contexte général : **recours ponctuel(s)**

→ stratégie au long terme (traitement médical au décours+++)

Indications opératoires



Améliorer les **symptômes surtout** / rarement limiter les risques liés à l'évolution de l'endométriose (risque occlusif, menace rénale)

MAIS

risques liés au geste, risque d'échec et risque de récurrence.

Décision multidisciplinaire avec l'ensemble des **spécialistes** concernés et la **patiente informée**

Intérêt des **RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE**
(RCP)

COMMENT OPÈRE T'ON?

Laparotomie

Abord classique mais peu utilisée (échec de coelioscopie)
influencés par les antécédents chirurgicaux, adhérences ...



Incision **horizontale**

→ **mini-laparotomie +++**

Chirurgie mini invasive +++

Diminue les douleurs post-opératoire (moins de morphiniques)

Diminue les « pertes sanguines » (faible)

Améliore le pronostic de fertilité (- adhérences)

Efficacité identique (dyschésies)

-> meilleure vision pour les opérateurs et pour les aides+++

Chirurgie « mini-invasive » +++ dans les stades avancés



La coelioscopie
(technique de référence)

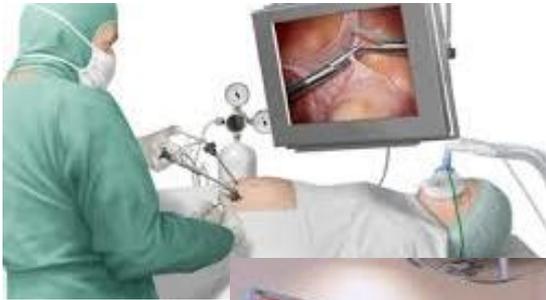


Robot (+ récent)

Même vision des organes, mêmes instruments, mêmes accès.

Robot = +++ aux USA car équipes non formées à la coelioscopie (apprentissage plus simple: 3D)

Chirurgie « mini-invasive » +++ dans les stades avancés



Robot (+ récent)

La coelioscopie (technique de référence)

1 étude comparative

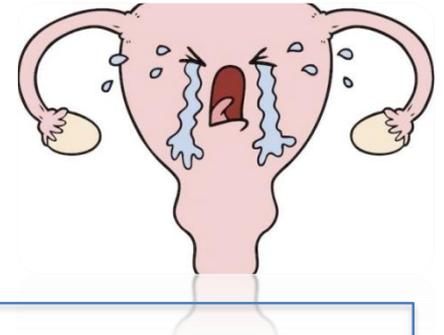
➔ « la chirurgie robotique dans les endométrioses de stade 4 est faisable avec des taux de conversion proche de ceux de la coelioscopie. »

EXPERIENCE de l'équipe

Laparoscopy vs. Robotic Surgery for Endometriosis (LAROSE): a multicenter, randomized, controlled trial

ATTEINTES
« PUREMENT GYNÉCOLOGIQUES »

Symptômes



Peu spécifiques de localisation, de l'endométriose et de la sévérité

Douleurs pelviennes cycliques (règles, ovulation) ou chroniques - déclenchées par les **rappports** (dyspareunies), parfois latéralisées

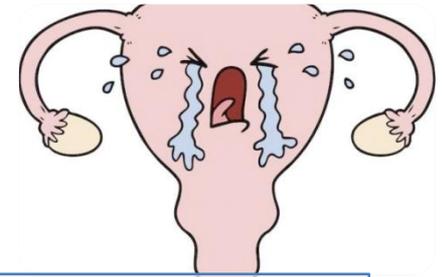
- **Attention aux douleurs projetées :**
douleurs ostéoarticulaires, muscles ou nerfs de paroi, troubles fonctionnels intestinaux ...
- **Syndrome d'hypersensibilité pelvienne** (mémoire de la douleur)

Troubles de la fertilité

Obstacles mécaniques (adhérences), **insuffisance ovarienne**, **mauvaise implantation** (inflammation), **douleurs**.

Dysfonction vésicale : atteinte direct des nerfs autonomes / endométriose

Symptômes



Peu spécifiques de localisation, de l'endométriose et de la sévérité

Douleurs pelviennes cycliques (règles, ovulation) ou chroniques - déclenchées par les **rapports** (dyspareunies), parfois latéralisées

- **Attention aux douleurs projetées :**
douleurs ostéoarticulaires, muscles ou nerfs de paroi, troubles fonctionnels intestinaux ...
- **Syndrome d'hypersensibilisation pelvienne** (perception anormale de la douleur)

Troubles de la fertilité

Obstacles mécaniques (adhérences), **insuffisance ovarienne**, **mauvaise implantation** (inflammation), **douleurs**.

- **Autres causes**

Dysfonction vésicale : atteinte direct des nerfs autonomes / endométriose

Bilan préopératoire

Interrogatoire et l'examen clinique (nodules vaginaux)

Echographie et IRM : *expertise+++*, *préparation+++*

- Bilan lésionnel pelvis
- Elimine une atteinte pelvienne extra-gynécologique (digestive ou urinaire+++)
- rarement du 100%...

Autres : bilan fertilité +++, douleur, fonctionnel
(urodynamique...) selon contexte

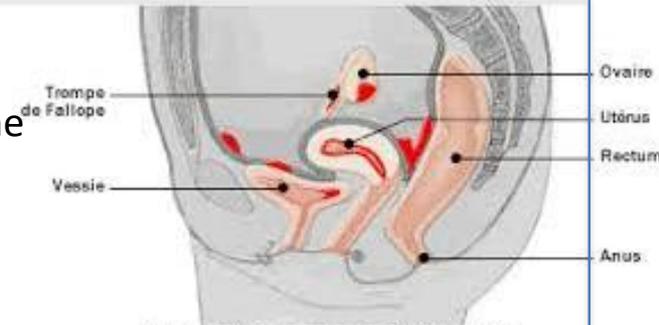
→ DIAGNOSTIC(S)

Gestes « gynécologiques » à risque

Endométrïomes (=kystes endométrïosiques)

Ablation ou destruction : risque d'altération ovarienne

→ Plasmajet, préservation de fertilité



Localisations les plus fréquentes des lésions d'endométrïose (en rouge)

Adhésiolyse +++ (=levée d'accolements anormaux) / urétérolyse

Risques de plaies digestives > urinaire

Résection pastille vaginale (ou à fleur du vagin)

pb de cicatrisation (rare!!) attention si geste digestif

Risque de cicatrices liées à la chirurgie (=adhérences)

→ Gels antiadhérentiels, coelioscopie, gestes limités



Gestes « gynécologiques » à risque

Résection de nodules pelviens profonds

atteintes vaginales, ligaments utérosacrés (50%) +++

plaies nerfs autonomes

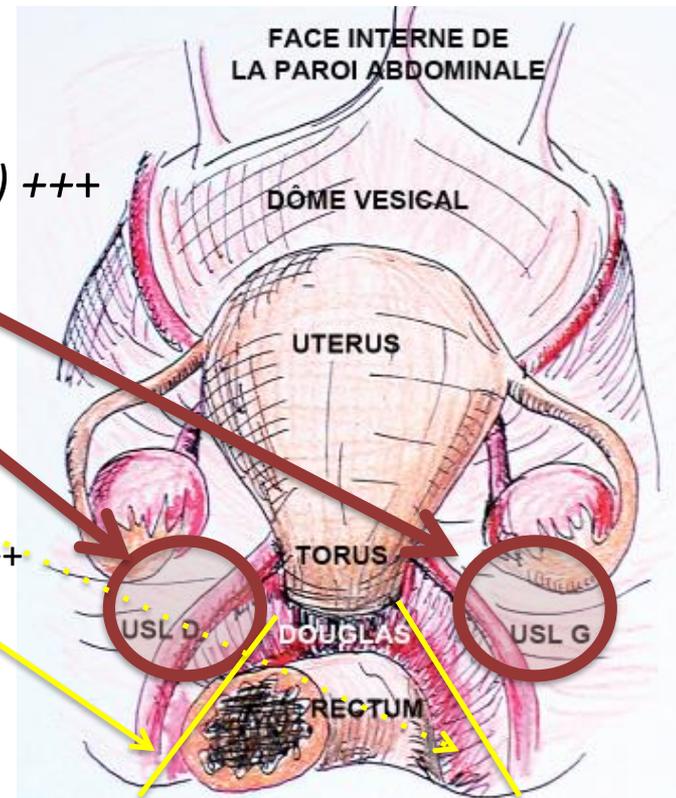
=

trouble de la Sensibilité/ vidange vésicale

→ Surveillance de reprise mictionnelle (« bladder scan ») +++



Autosondages



Gestes « gynécologiques » radicaux

Ablation de l'utérus (=HYSTÉRECTOMIE) +/- ovaires-trompes (= ANNEXECTOMIE)

Diminue le risque de récurrence et de réintervention (adénomyose++)

MAIS

- Infertilité définitive et irrémédiable
- Ménopause

Effet sur espérance de vie (ostéoporose -> fractures et problèmes cardiovasculaires)

Effet sur qualité de vie (Amélioration des symptômes /signes de la ménopause)

-> traitement substitutif possible sans aggravation si résection complète

Au cas par cas

Augmente le temps opératoire mais peu le risque de la chirurgie

En terme d'efficacité...

E sévère sans atteinte digestive

- Amélioration des symptômes douloureux (totale ou partielle)
- Amélioration de la sexualité (diminution des dyspareunies)
- Amélioration/restauration de la fertilité

Reperméabilisation/ Test au bleu tubaire per opératoire. Hystérocopie si besoin.
Problème de l'adénomyose

E sévère avec atteinte digestive

- Diminution des douleurs pelviennes (7->2), dyspareunies (5 à 1), symptômes digestifs (4->1), qualité de vie à moyen terme (>12mois).
- Amélioration de la fertilité y compris spontanée

FIV = chirurgie (47- 81% naissance à 5 ans) : Risques opératoires vs augmentation des chances de procréation spontanée (30-50%) 8% de récurrence

En terme d'efficacité...

EPP sans atteinte digestive

- Amélioration des symptômes douloureux (totale ou partielle)
- Amélioration de la sexualité (diminution des dyspareunie)
- Amélioration/restauration de la fertilité

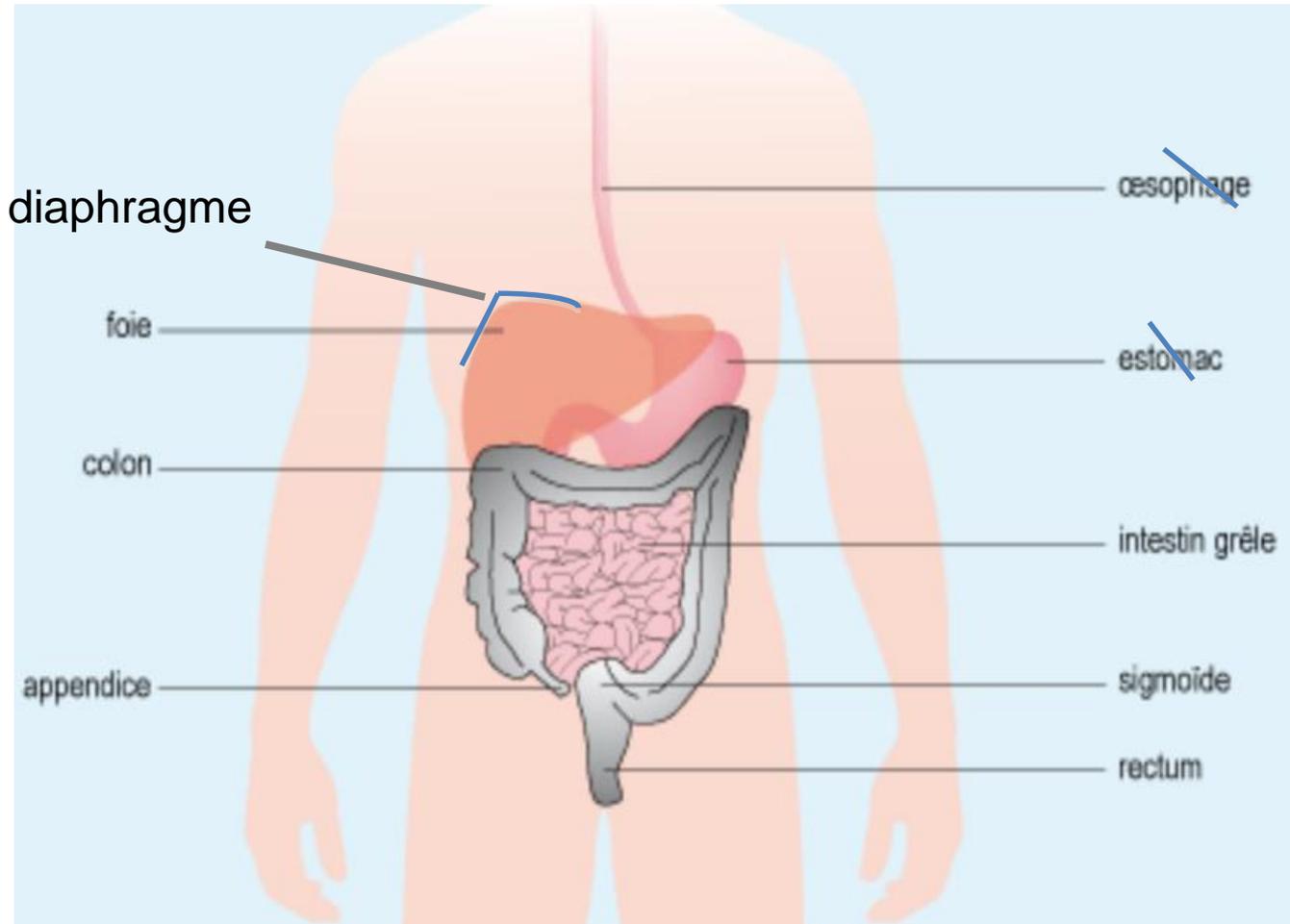
Reperméabilisation/ Test au bleu tubaire per opératoire. Hystérocopie si besoin.
Problème de l'adénomyose

- Rate of patients with no **recurrent surgery rate** 2, 4 and 7 years postoperatively:
 - excision of lesions only: 79,4%, 53,3%, 44,6%
 - + hystectomy: 95,7%, 86,6%, 77%
 - + **hysterectomy + adnexectomy** : 96%, 91,7%, 91,7%.

FIV = chirurgie (47- 81%) : Risques opératoires vs augmentation des chances de procréation spontanée (30-50%) 8% de recidive

ATTEINTE DIGESTIVE 20-25%

Le tube digestif



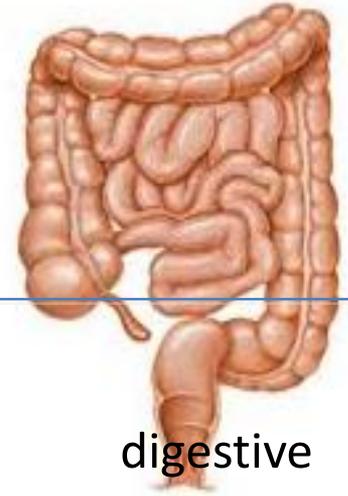
Symptômes



Troubles digestifs

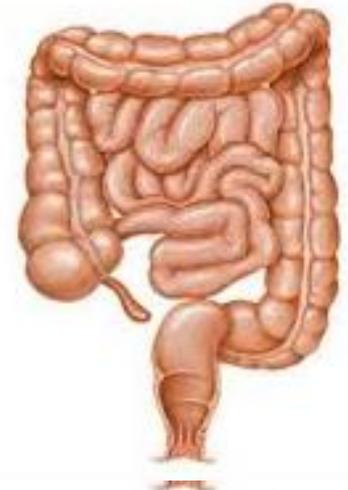
- Cycliques (évocateur) mais pas toujours
- Douleurs abdominales, troubles du transit, dyschésie (atteinte recto-sigmoïdienne), ténesme, rectorragies (sang dans les selles = atteinte de toute l'épaisseur de la paroi digestive, jusqu'à la muqueuse), dyspareunies post.
 - Rien de spécifique
 - Problématique de l'association endométriose / syndrome de l'intestin irritable (2,5 à 3,5 x population générale)
- Rarement : occlusion intestinale (blocage du transit) par sténose de l'intestin

Bilan



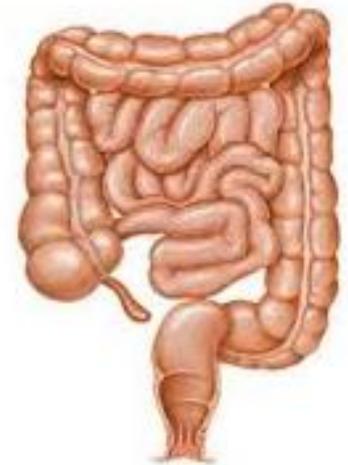
- C'est l'interrogatoire, l'examen clinique du gynécologue et le bilan d'imagerie initial qui confirme une atteinte digestive
 - 8 à 30% des patientes souffrant d'endométriose sévère ont une atteinte du tube digestif
- Les examens pertinents = imagerie
 - Echographie pelvienne (trans vaginale et/ou anale)
 - L'IRM pelvienne (indispensable mais qui peut manquer de spécificité et sensibilité pour le TD – expérience du radiologue)

Bilan



- Les examens pertinents :
 - Echo-endoscopie : pour l' atteinte du RECTUM
Meilleur examen pour apprécier l'importance de l'infiltration pariétale (opérateur dépendant) .
 - Coloscanner (colon préparé et rempli d'eau) : intérêt pour les lésions au dessus de la charnière recto-sigmoïdienne, analyse le diamètre de l'intestin (évalue le risque d'occlusion ?)
 - La coloscopie: peu d'intérêt (atteinte muqueuse rare -10%) mais peut être proposée pour confirmer ou non un risque d'occlusion intestinale, par ex pour une patiente souhaitant différer une intervention, ou si antécédents de cancer colo-rectal familial et âge > 45 ans

Bilan



- Le bilan d'une atteinte endométriosique digestive doit être exhaustif
- Il va permettre aux médecins réunis en RCP de décider d'une stratégie thérapeutique, avec bien sûr l'observation clinique complète
- Et dans les options stratégiques il y a la chirurgie

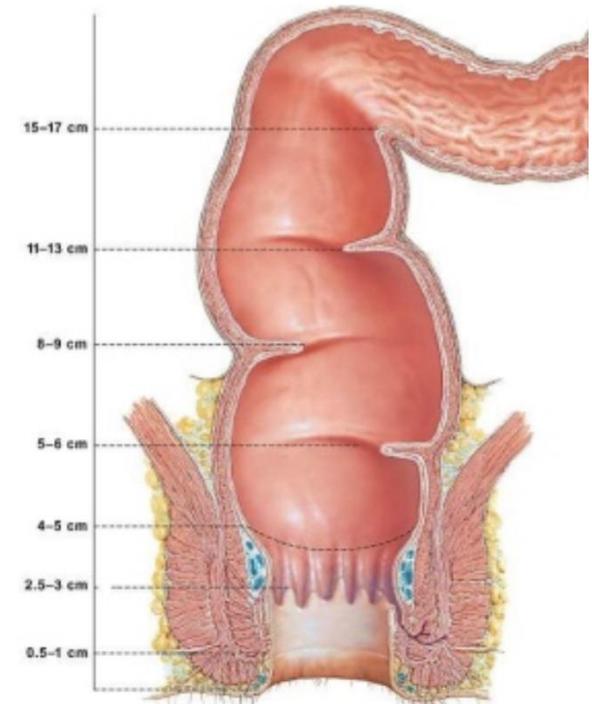
Gestes digestifs



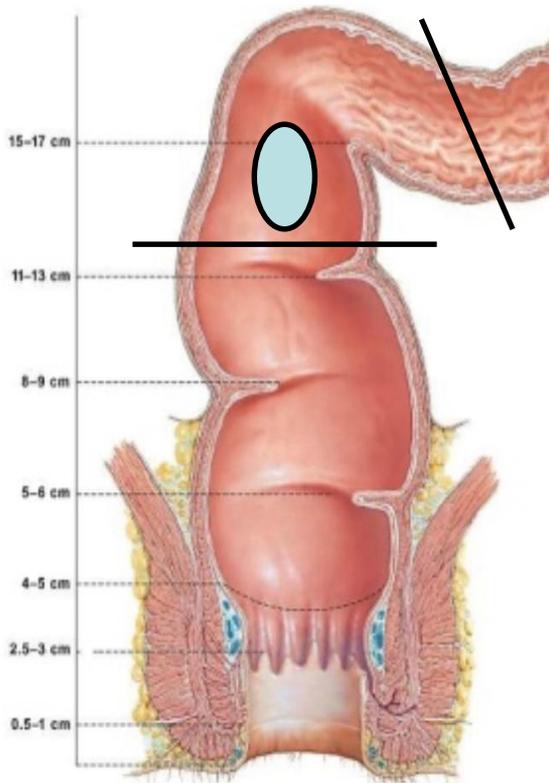
- **Résection de tube digestif** , se font comme pour les pathologies digestives “primitives”
 - Ablation de l’appendice, du caecum, du péritoine du diaphragme, d’un segment d’intestin grêle, du colon sigmoïde, de la charnière recto-sigmoïdienne
 - Gestes bien codifiés, assez facilement réalisés sous coelioscopie
 - peu ou pas de conséquences fonctionnelles
 - risques mineurs

Gestes digestifs

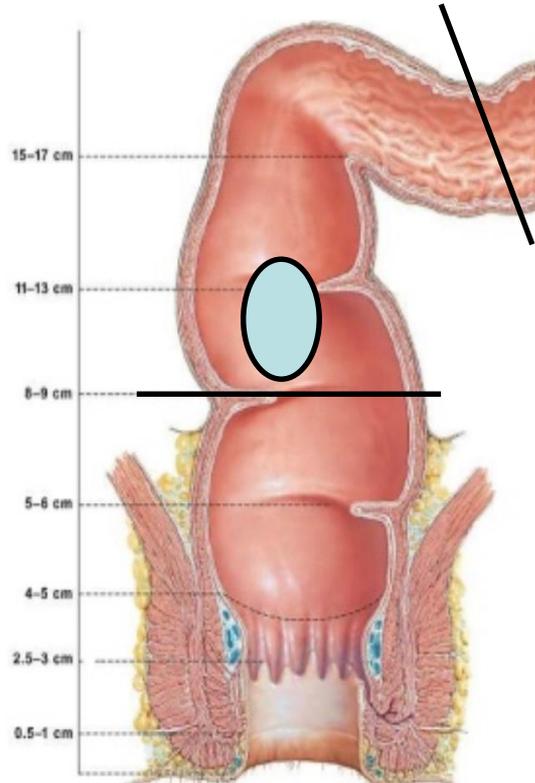
- **Pour les résections concernant le RECTUM**
 - Quand il y a une endométriose digestive plus de 2/3 des cas elle concerne et/ou la charnière R/S
 - Une fonction : la défécation
 - Volume, sensibilité, discrimination
 - En lien avec l'anatomie (ampoule, angulations...)
 - L'innervation



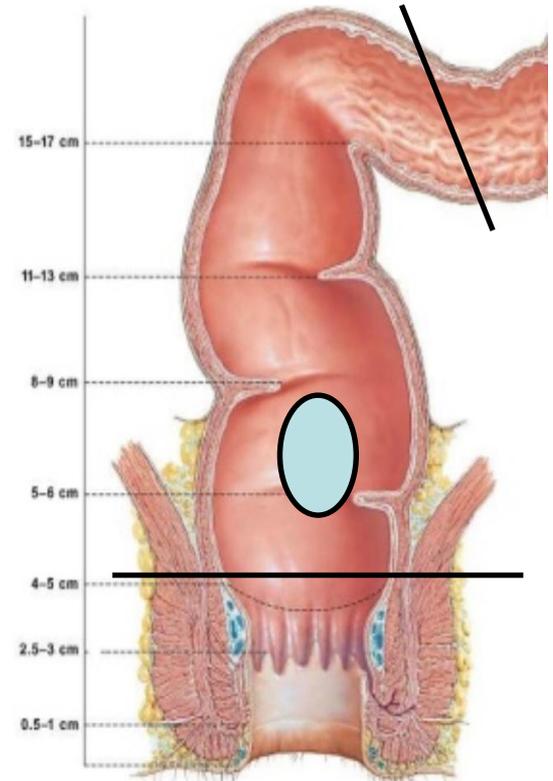
Gestes digestifs



Résection antérieure



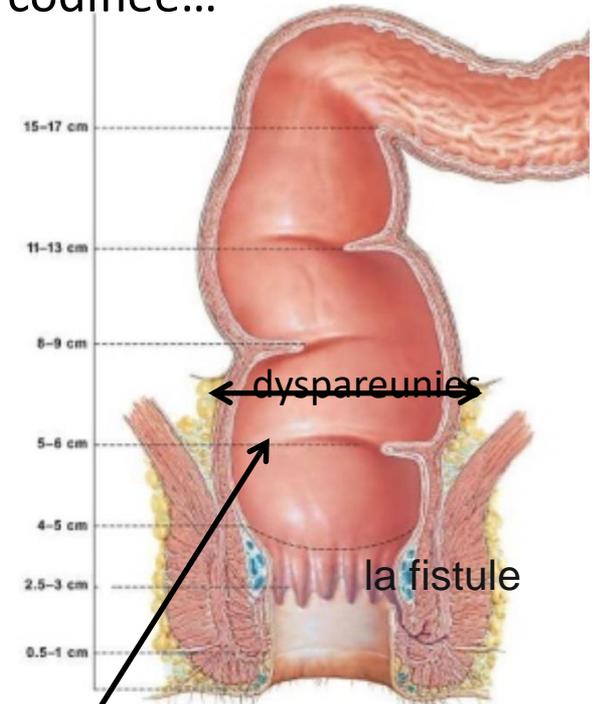
Résection rectale basse



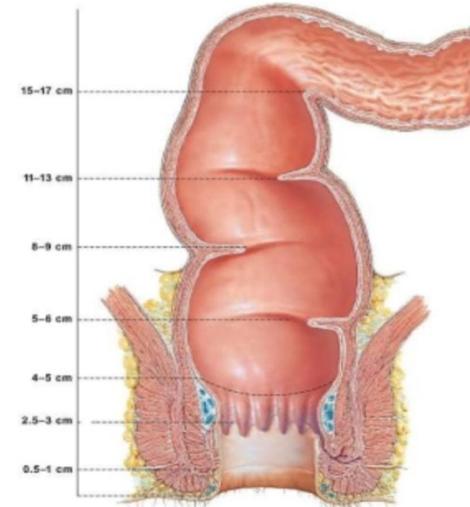
Proctectomie

Gestes digestifs

- La chirurgie de **résection du rectum** est ancienne, codifiée...
- Avec des conséquences fonctionnelles
 - selles multiples
 - impériosités
 - non discrimination gaz/selles
 - fuites (gaz, selles liquides)
 - rétentions urinaires, dysurie, auto-sondage, (lésions nerveuses péri-rectales)
- sans compter **la stomie** de protection
 - Pour éviter une complication majeure anastomotique (abcès dans le bas ventre, fistule entre rectum et vagin...)
 - Pour les anastomoses basses (infra-péritonéales),



Gestes digestifs



- La chirurgie de **résection du rectum**
 - Pour des lésions circonférentielles (pré occlusive)
 - Pour des nodules multiples, profonds et confluent (ou proches)
 - Pour des récives profondes après chirurgie conservatrice

Gestes digestifs



- La chirurgie conservatrice
- Récente, XXIème siècle
- Principe: enlever un nodule sans totalement sacrifier le tube digestif
- Les objectifs
 - Préserver au mieux la fonction = préserver la qualité de vie
 - En traitant toujours efficacement la maladie

Gestes digestifs



- Les traitements conservateurs:

- Shaving

- On retire ou on vaporise l'endométriose
- Pour une endométriose peu profonde
- Mais exérèse des implants parfois incomplète
- Bien pour les femmes qui peuvent bénéficier d'une aménorrhée thérapeutique prolongée
- Peu de complications et pas de perforation de l'intestin, pas de risque infectieux **en théorie** (mais 1,4% de perforations per opératoires* accidentelles)

- Donnez et al 2010: 500 shaving

Gestes digestifs



Les traitements conservateurs:

- Résection discoïde

- On retire une «pastille» de toute l'épaisseur de la paroi intestinale
- pour une maladie profonde (jusqu'à la muqueuse)
- Usage de pinces qui agrafent et coupent
- Intéressante chez les patientes jeunes avec un désir de grossesse
- Intéressante pour les lésions du moyen et bas rectum où les conséquences fonctionnelles de la résection sont importantes
- Le risque en terme de récurrence se rapproche de la résection
- il y a un risque infectieux (abcès, fistule II...) et **une stomie** temporaire est parfois nécessaire

Gestes digestifs



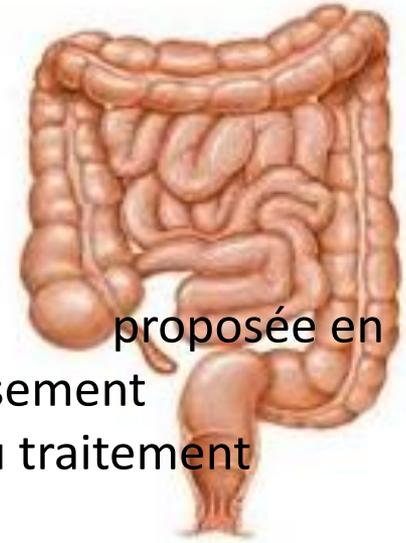
- Les associations thérapeutiques chirurgicales
 - Possibles, pour des nodules multiples
 - Shaving + résection
 - Shaving + discoïde
 - Discoïde + discoïde ...
 -ETC....
 - Stomie de protection conseillée

Gestes digestifs



- Comparatif des résultats chirurgie radicale / conservatrice:
 - Contrôle des **douleurs**: équivalent (petites séries)
 - **Complications**: C radicale > R discoïde > Shaving
 - Résultat **fonctionnel digestif**: meilleur pour la C conservatrice
 - Résultat sur **les récidives**: meilleur pour la C radicale (mais pas d'étude comparative de bon niveau de preuve encore publiée) et récidive ne signifie pas symptôme

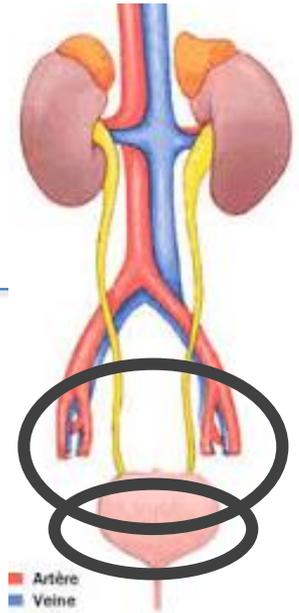
Conclusion



- La chirurgie digestive et colo-rectale peut être proposée en cas de symptômes en lien avec l'envahissement des tissus, une résistance au traitement médical...
- Quel type d'intervention ?
- Les variables à prendre en compte sont nombreuses: âge, parité, caractéristiques des lésions, désir de grossesse...
- Les trois techniques ont des indications spécifiques et doivent être maîtrisées par les chirurgiens
- L'information des patientes doit être particulièrement soignée en vérifiant sa parfaite compréhension

ATTEINTE URINAIRE (1%. 10-50% ES)

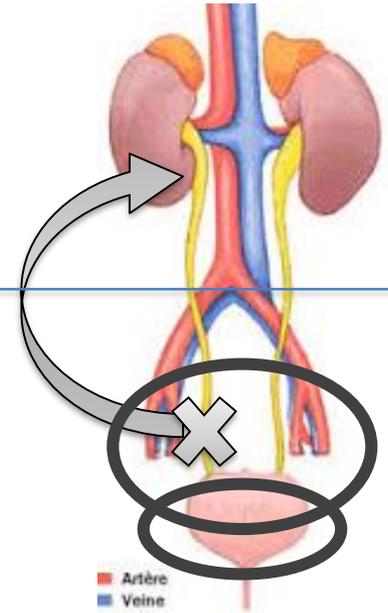
Symptômes



Troubles urinaires

- Cyclique (règles) ou chronique (permanent)
- Pollakiurie (envies fréquentes et petites quantités), douleurs mictionnelles, dysurie (difficultés à uriner), coliques néphrétiques (-)
 - Δ Syndrome d'hypersensibilisation pelvienne, cystites chroniques, calculs ou autres peuvent mimer les symptômes
- Parfois insidieusement : obstruction urétérales -> diminue fonction du rein (rarement rein « muet » définitivement)

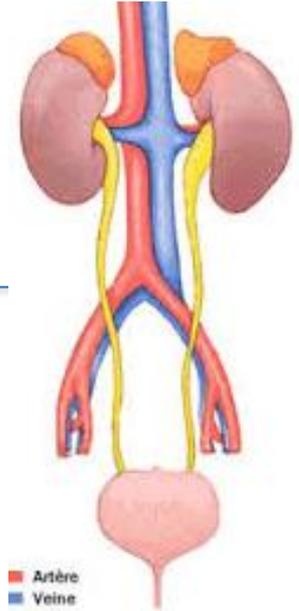
Symptômes



Troubles urinaires

- Cyclique (règles) ou chronique (permanent)
- Pollakiurie (envies fréquentes et petites quantités), douleurs mictionnelles, dysurie (difficultés à uriner), coliques néphrétiques (-)
 - Δ Syndrome d'hypersensibilisation pelvienne, cystites chroniques, calculs ou autres peuvent mimer les symptômes
- Parfois insidieusement : obstruction urétérales -> diminue fonction du rein (rarement rein « muet » définitivement)

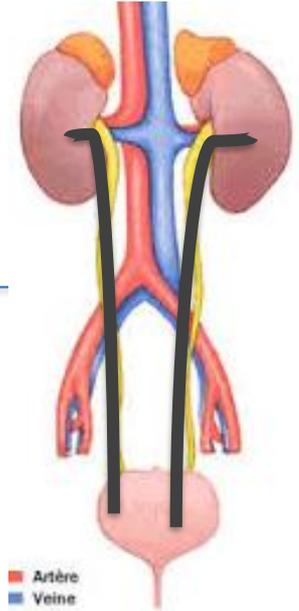
Atteinte urinaire



Bilan préopératoire

- **Echo et IRM**
- Analyse urinaire (ECBU) +/- bilan urodynamique (fonction vésicale)
+/- fonction rénale (prise de sang)
- Parfois **cystoscopie** et pose de **sondes JJ pour la chirurgie**
AG, ambulatoire (urologues)
- Parfois **scintigraphie rénale** :
vérification de la fonction du/des rein(s)

Gestes urinaires



Atteinte vessie +++

Cystectomie (= résection vessie) partielle

- Sonde urinaire à demeure : 8-10j (retour à domicile avec possible)
- Si résection importante : sd petite vessie, autoréducation +++

Efficace au long terme sur les symptômes (NP3)

- Par voie coelioscopique (risque de récurrence > si faite par cystoscopie)
- Attention zone abouchement des uretères (méats) Risque de plaie urétérale (cf infra) : sondes JJ

Uretères

- **Urétérolyse** +++ : libération de l'uretère
- Section anastomose (si < 1cm) ou section réimplantation
 - Sondes JJ
 - **Urologue** +++

Efficace sur les symptômes, la dilatation et le risque de récurrence avec peu de complications (NP3)

- Sténose secondaire (cicatricielle) : surveillance+++
- Risque de reflux et infections à répétition (pyélonéphrite)

LOCALISATIONS EXTRA PELVIENNES

5% : PROBLÈME DIAGNOSTIC +++

➤ Endométriose pariétale

- Douleurs et/ou saignements cyclique, suppuration chronique
- cicatrices, ombilic, canal inguinal
- Chirurgie serait > tt médical en 1^{ère} intention (faible niveau de preuve). Amélioration des douleurs

➤ E. diaphragmatique

- Fortuit+++ douleurs projetées
- Traitement médical ou chirurgical

➤ E. thoracique (> Droite)

- hémopneumothorax (air ou sang autour des poumons) menstruel, hémoptysie (émission de sang à la toux)
- 50 à 80% d' endométriose pelvienne sévère associée
- Chirurgie souvent nécessaire dans pneumo/hémot sinon analogues, 2^e intention sinon.

Endométriose nerfs

➤ Nerfs :

- sciatique ou pudendal : territoire plus précis
- autonomes parfois dysfonction rectale ou vésicale (rare), signes vaginaux

diagnostic difficile++ :

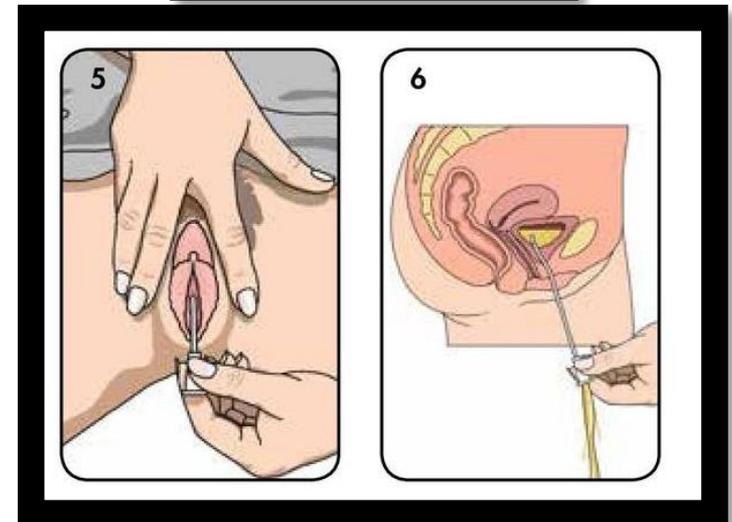
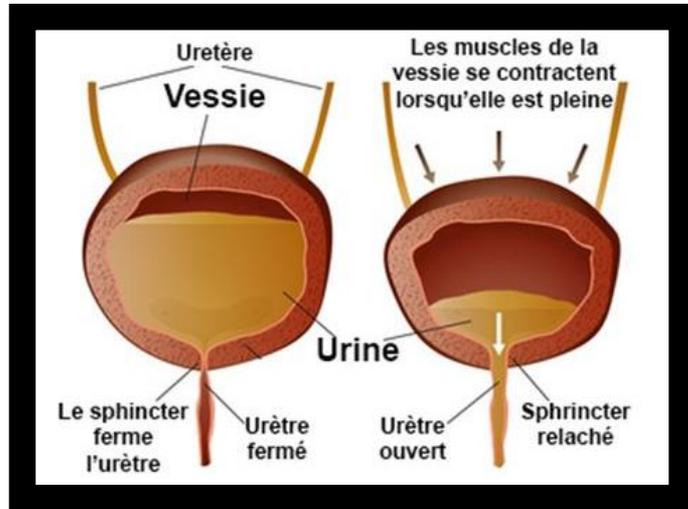
50% des patientes ont des douleurs des membres inférieurs.

Analogues (ménopause artificielle)+++.

Chirurgie par équipe entraînée+++

Autosondages

Troubles de la vidange vésicale
(endométriose ou chirurgie)



transitoire ou définitif,
systématiques ou
intermittents

SUITES OPÉRATOIRES

Gestion de douleur post op

Hospitalisation classique ou unité de surveillance continue si nécessaire (complexe)

Anesthésie péridurale ou rachi-anesthésie 24-48h/ 15h + antalgiques par perfusion et/ ou voie orale adaptés.

Hospitalisation

3 à 5j en moyenne , jusqu'à 7-10j.

Réalimentation et mobilisation précoce selon geste : accélère la récupération.

Surveillance - éducation stomie /autosondages : IDE spécialisée

Sortie

= Reprise transit, absence d'infection, autonomie minimale acquise.

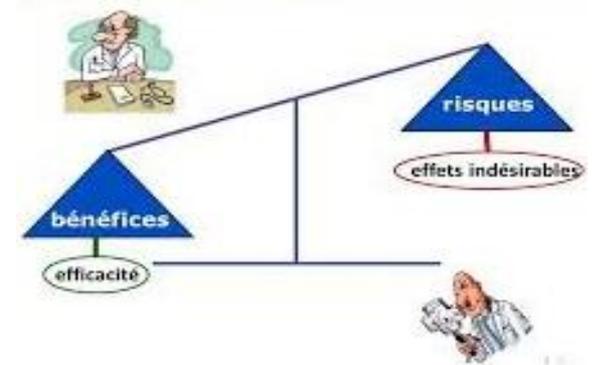
⇒ Information sur les risques de complications : douleurs intenses non soulagées par antalgiques, fièvres, vomissements (non induits), arrêt du transit

⇒ **Tous les risques ne sont pas exclus à la sortie**

⇒ Arrêt de travail : 1 mois en général, parfois plus si complexe.

Cs post opératoire : chirurgien gynécologue centralise +/- autres spécialistes

Conclusion



Prise en charge de l'endométriose sévère complexe

Place de la chirurgie réfléchi :

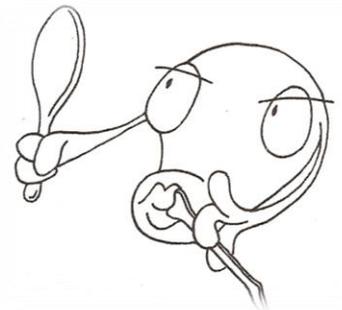
Bénéfices +++ mais **risques** également (chirurgie, échec, récurrence)

S'inscrit dans un prise en charge au long cours

Traitement médical +++

Surveillance adaptée (récurrence)

=> Qualité de vie +++



Stomies

