



Prise en charge chirurgicale de l'entométriiose profonde

O Garbin - A Wattiez

CMCO
Pôle de Gynécologie-Obstétrique des HUS
Strasbourg
France

Endométriose maladie

- Affection
 - polygénétique
 - multifactorielle
- Tendance familiale, plusieurs gènes candidats
- Facteurs environnementaux
 - Perturbateurs endocriniens ++
 - Bisphénol A
 - Dioxine
 - Phtalates
 - ...

Théories

- Sampson 1927
 - Implants cellules endométriales
 - menstruation rétrograde
- Métastatique
- Robert Meyer 1927
 - Métaplasie cellules péritonéales
 - influence
 - estrogènes
 - processus inflammatoires

Définitions

- 3 formes d'endométriose externe
 - endométriose péritonéale ou ovarienne superficielle
 - le kyste endométriosique de l'ovaire
 - l'endométriose sous-péritonéale profonde
- Endométriose sous-péritonéale profonde (ESPP)
 - = lésions d'endométriose qui infiltrent
 - le rétropéritoine
 - ou bien les viscères
 - rectum
 - vagin
 - utérus
 - vessie
 - uretère
 - intestin grêle

Endométriose profonde

- Pathologie bénigne : 10-15% femmes en âge de procréer
- Pas de conséquences cataboliques et donc rarement mortelle
- Proche du processus cancéreux
 - Envahissement local
 - Localisations à distance
 - Récidives ++
 - «tumor like» (OMS)

Principales formes cliniques de l'ESPP

- Antérieure et vésicale
- Postérieure
 - ± cloison recto-vaginale
 - ± charnière recto-sigmoïdienne
 - ± uretères
 - ± paramètres
 - ± face postérieure du col et *torus uterinum*
 - ± ligaments utéro-sacrés
 - ± ovaires

Symptômes

- 5D
 - Dysménorrhée
 - Dysparéunie
 - Douleur pelvienne chronique
 - Dyschésie
 - Dysurie

Prise en charge endométriose profonde

- Femme asymptomatique
- Femme douloureuse
- Femme infertile

Femme infertile

- Association claire entre ESPP et infertilité
- Pas de données permettant de conclure sur intérêt de la chirurgie pour la fertilité dans l'endométriose profonde
- Après chirurgie traitements médicaux non recommandés



Femme douloureuse

- Intérêt prise en charge psychologique
- Intérêt prise en charge multidisciplinaire
- Traitement médical = aménorrhée
 - Souvent efficace mais pas toujours
 - OP monophasique continu
 - Progestatifs
 - (Danazol)
 - Analogues ++
 - mais pas plus d'un an
 - Add-back thérapie après 3 mois





Femme douloureuse

- Le traitement chirurgical efficace sur les symptômes douloureux (NP1)
- Pas de données permettant de comparer le traitement médical exclusif prolongé et du traitement chirurgical
- En cas de récurrence postopératoire des douleurs, un traitement médical peut être instauré (accord professionnel)
- L'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et exérèse des implants est efficace (grade C)
- Pas de données pour recommander prévention des récurrences

La chirurgie de l'ESPP

- Doit
 - préserver fonctions sexuelles, urinaires et ano-rectales
 - Etre radicale sur la maladie
 - Améliorée la qualité de vie
 - Menée avec patiente informée

- Risquée
 - Maladie bénigne
 - Femme jeune
 - Préserver la fertilité

- Peut être conservatrice ou radicale

Chirurgie de l'ESSP

- Equipes expérimentées (accord professionnel)
- La chirurgie d'exérèse de l'ESPP de la cloison sans atteinte rectale
 - Amélioration douleurs d'endométriose 60 à 100 % (NP3)
 - efficacité à moyen terme sur symptômes douloureux (grade C)
- Chirurgie d'exérèse de l'ESPP avec atteinte digestive
 - permet une amélioration significative des douleurs (NP4)
 - Pas de consensus sur la technique ou la radicalité (accord professionnel)
- La cystectomie partielle recommandée pour le traitement de l'ESPP infiltrant la paroi vésicale (grade C)

Voie d'abord

- La faisabilité de la cœlioscopie ou de la voie vaginale cœlio-assistée a été démontrée, entre des mains expertes, pour toutes les formes d'endométriose sous-péritonéale profonde (NP3)
- La voie vaginale exclusive n'est pas recommandée dans le traitement de l'endométriose sous-péritonéale profonde (accord professionnel)
- Si l'exérèse complète des lésions est l'objectif, une chirurgie complète par laparotomie est toujours préférable à une chirurgie incomplète par cœlioscopie (accord professionnel)

Connaître

- La maladie
- L'anatomie
- La technique
- Les désirs de la patiente
- L'imagerie (IRM++)

- Définir une stratégie

Stratégie



Art de diriger et
de coordonner
des actions
pour atteindre
un objectif

Préparation

- Place des analogues préopératoires ?
- Régime sans résidu 5 jours
- Lavement évacuateur la veille
- Antibioprophylaxie

Installation

- Double équipe
- Jambières
- Matelas coquille (++++)
- Accès au siège
- Sonde à demeure
- Examen sous AG (TV et TR)



Instrumentation

- Manipulateur utérin +++
- Suspenseurs (T-Lift ®) +++
- Ciseaux - bipolaire +++
- Canule rectale +++
- Thermofusion ++
- Ultracision ?
- Robot ?
- Laser ?

Stratégie pré-opératoire

- Conservatrice ou radicale
 - * annexectomie - hystérectomie
 - * à discuter avant la chirurgie
- Uni-ou bilatérale (endométriomes)
- Double-JJ
- Multidisciplinarité
- Importance imagerie pré-opératoire

Stratégie per-opératoire

Générale

- comprendre
- libérer les adhérences
- s'exposer
- identifier les uretères
- ouvrir les espaces
- réévaluer

Spécifique

- vessie - uretère
- tube digestif
- vagin
- Ovaires

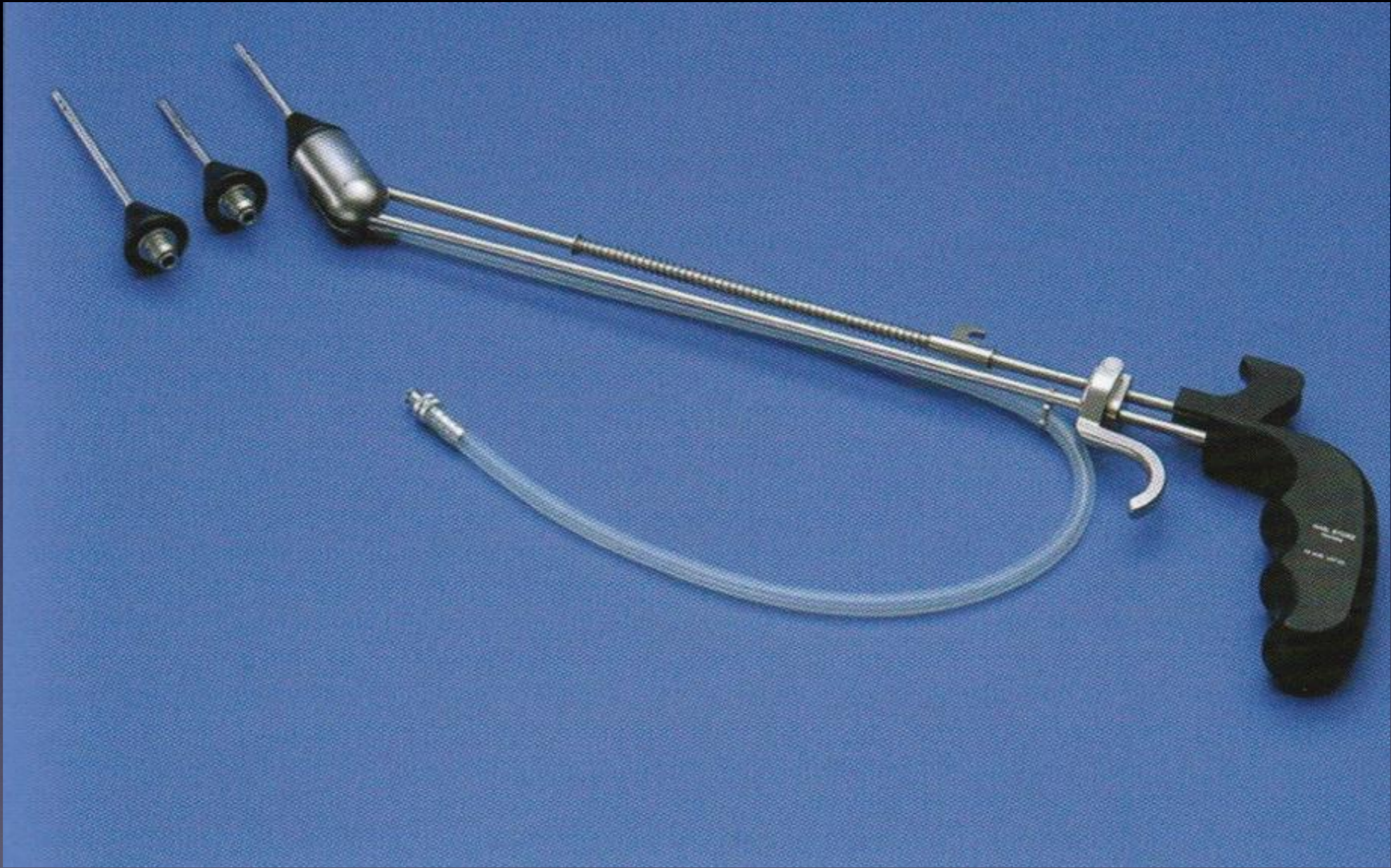
Comprendre

Restaurer l'anatomie

- Libération sigmoïde, cæcum
 - adhérences congénitales
 - d'origine endométriosique ou post-chirurgicales
- Attention
 - à ne pas passer en sous péritonéal
 - ne pas entrainer l'uretère médialement
 - aux tronc des sigmoïdiennes
- Adhésiolyse
- Drainage des kystes

Exposition

- Trendelenburg
- Manipulateur utérin
- Sondes rectales
- Suspension
 - des ovaires +++
 - du sigmoïde







Repères, espaces

- Endométriose

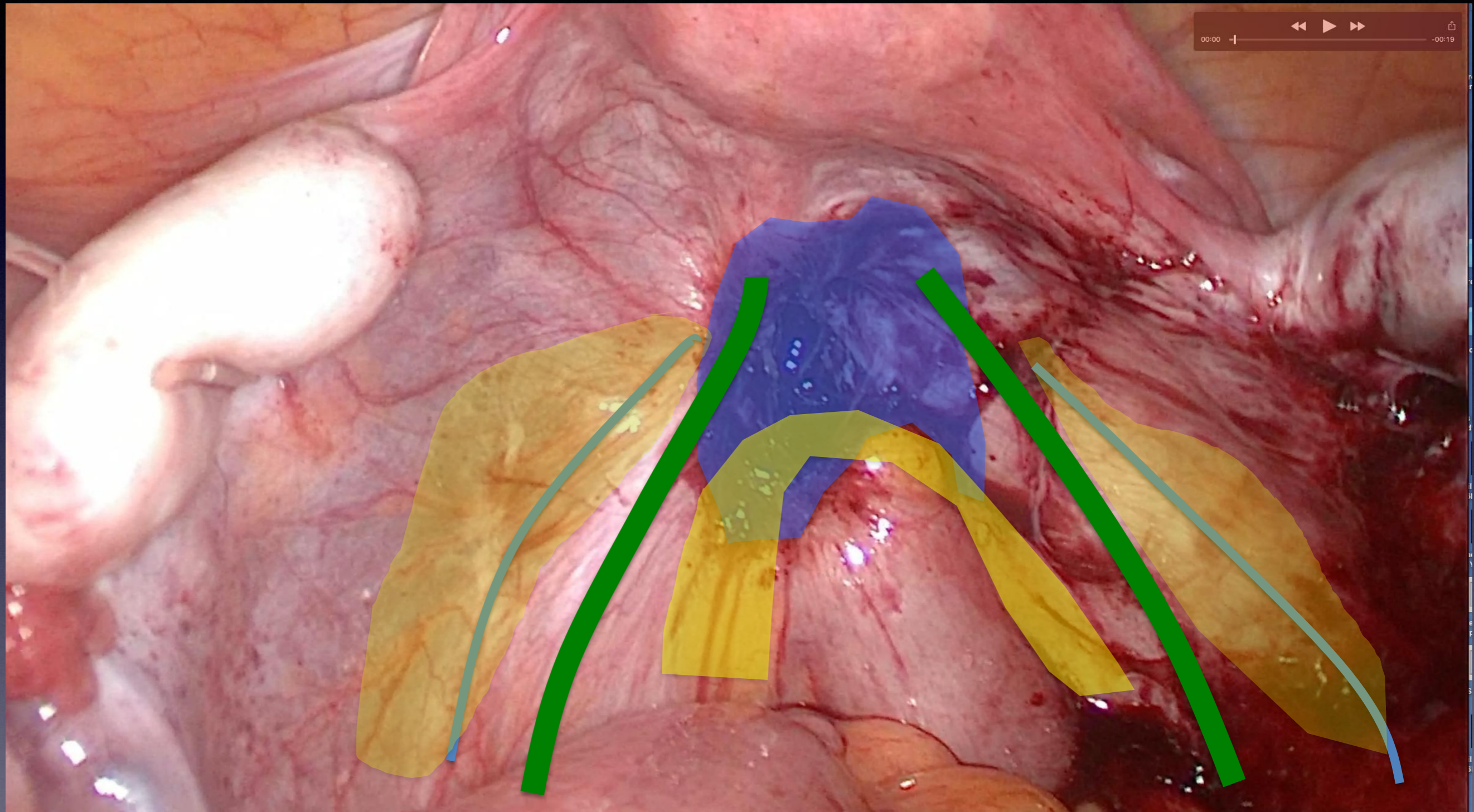
maladie inflammatoire

fibrose rétractile



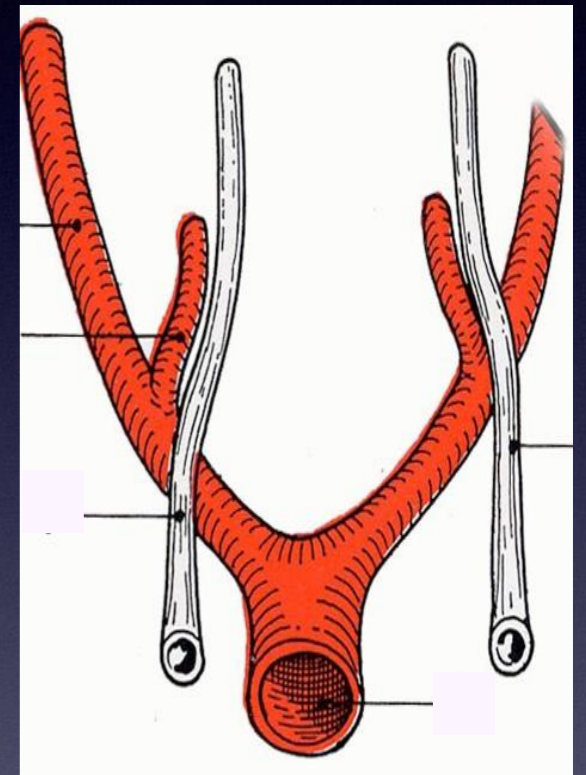
rétraction centro-pelvienne

- Ouvrir les espaces

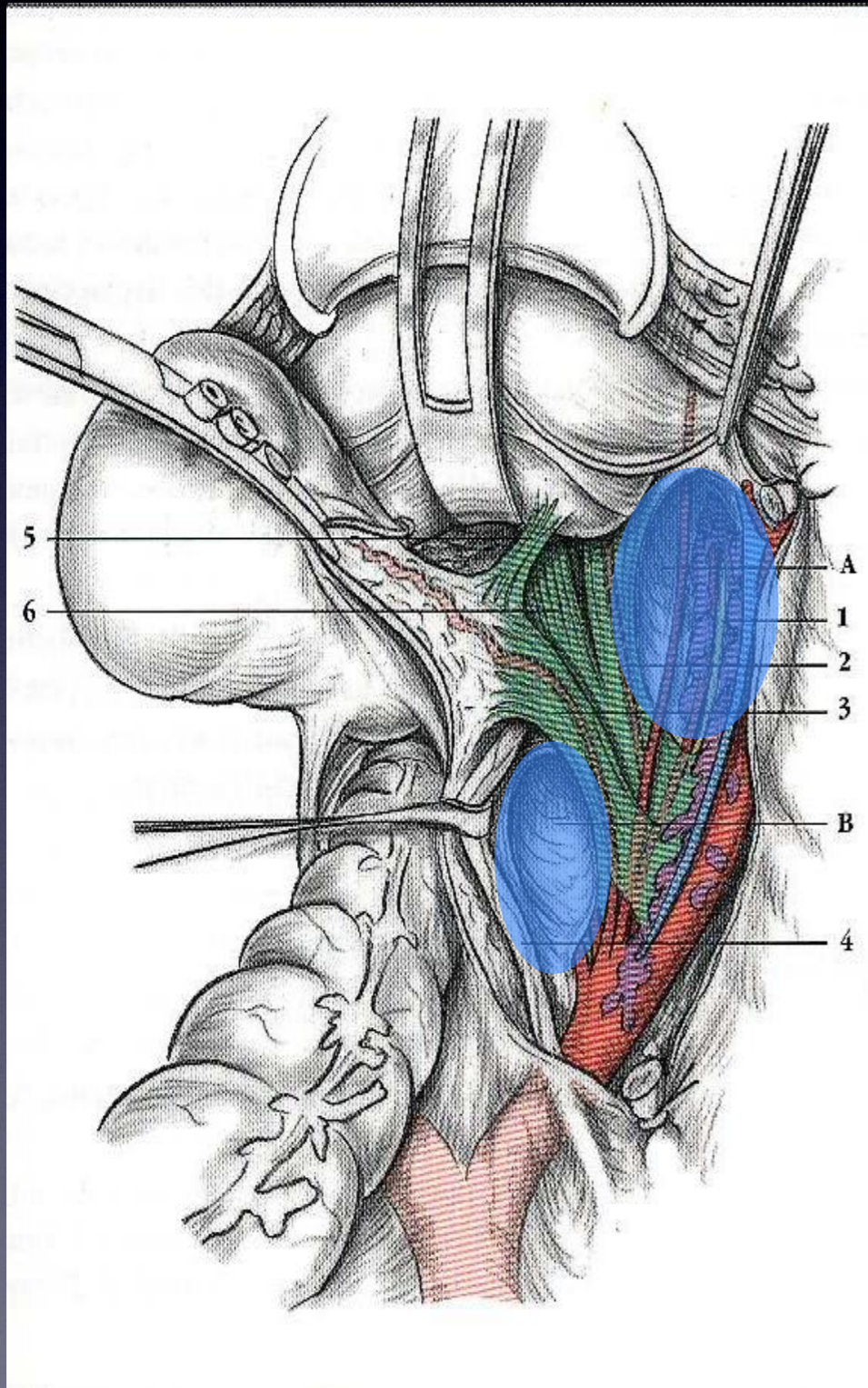


Repères - espaces

- Uretère +++
 - *Quand ?* toujours
 - *Où ?* margelle détroit supérieur
 - *Quand les disséquer ?* quand les utéro-sacrés sont envahis
- Fosses para-rectales +++
- Permet de squelettiser les utéro-sacrés

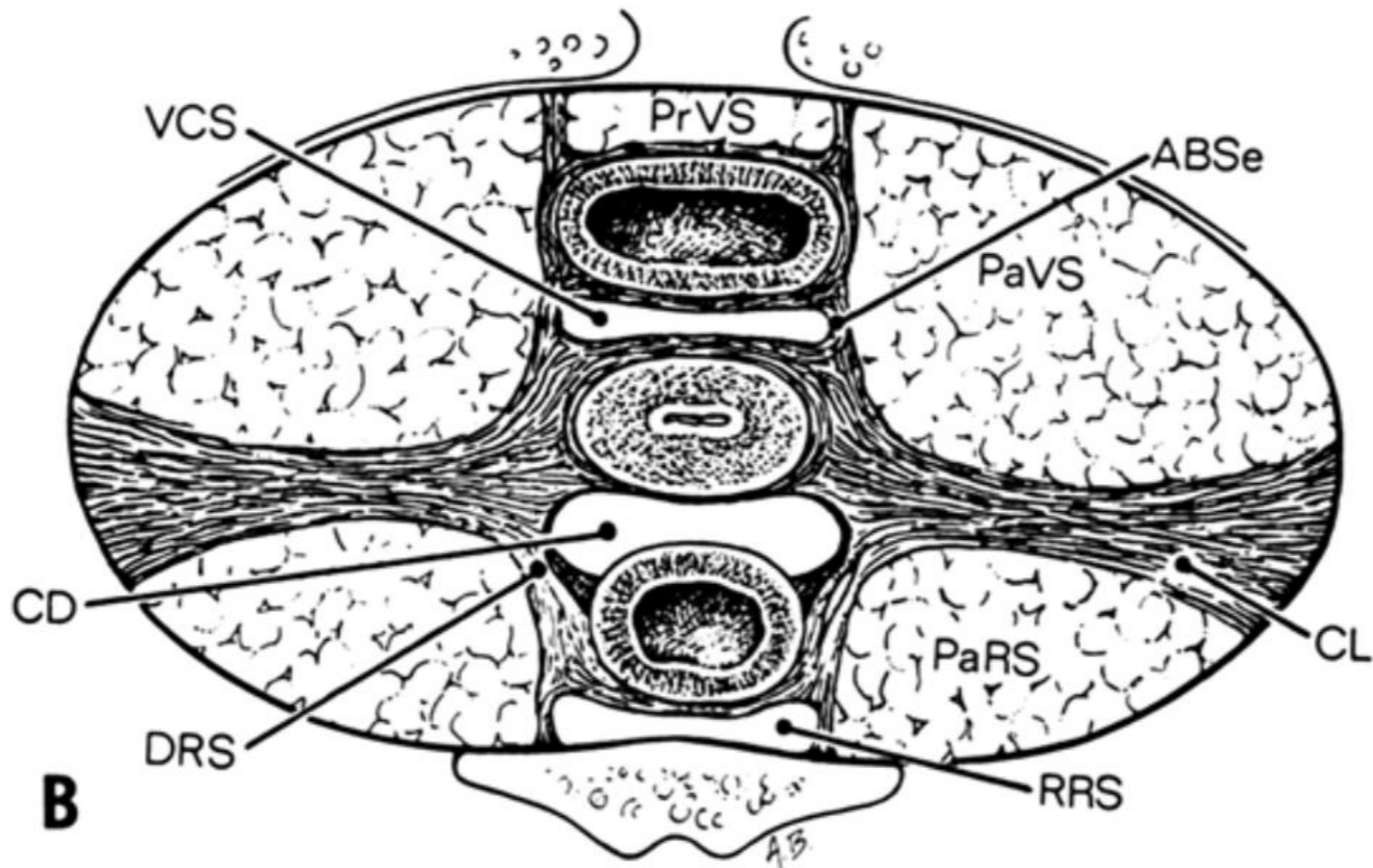
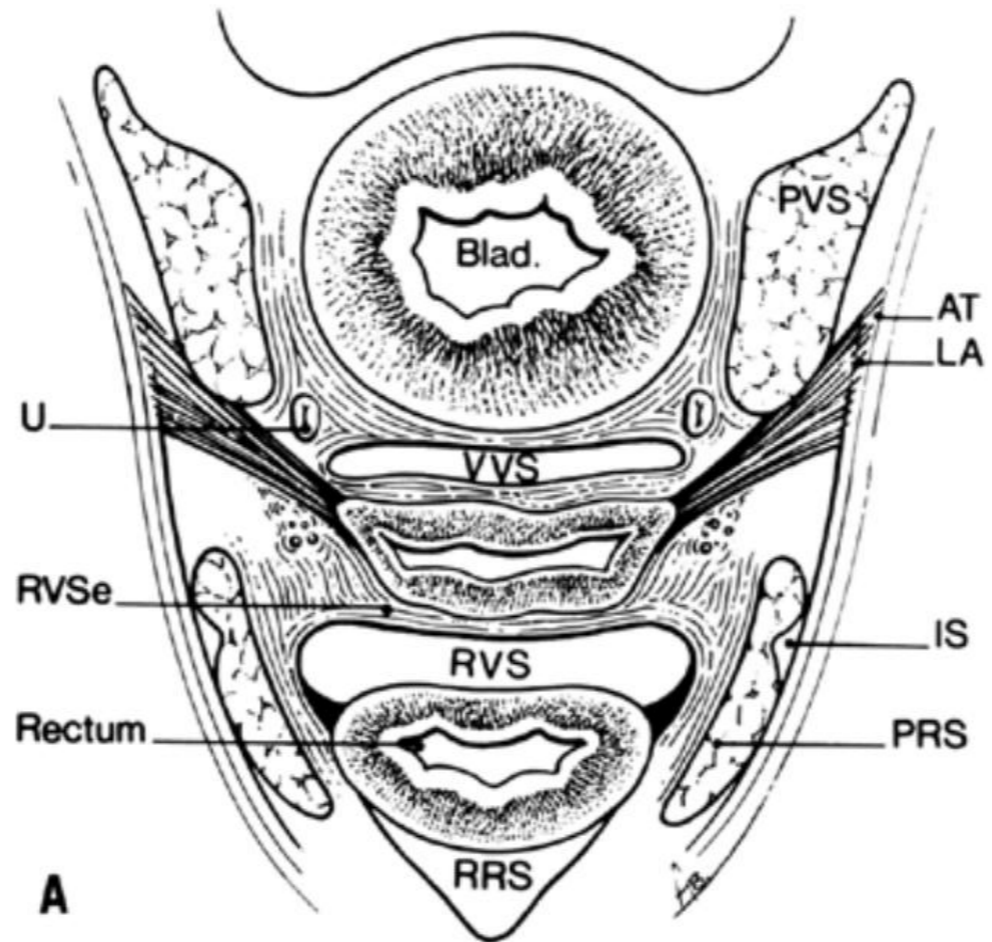


Espaces latéro-pelviens

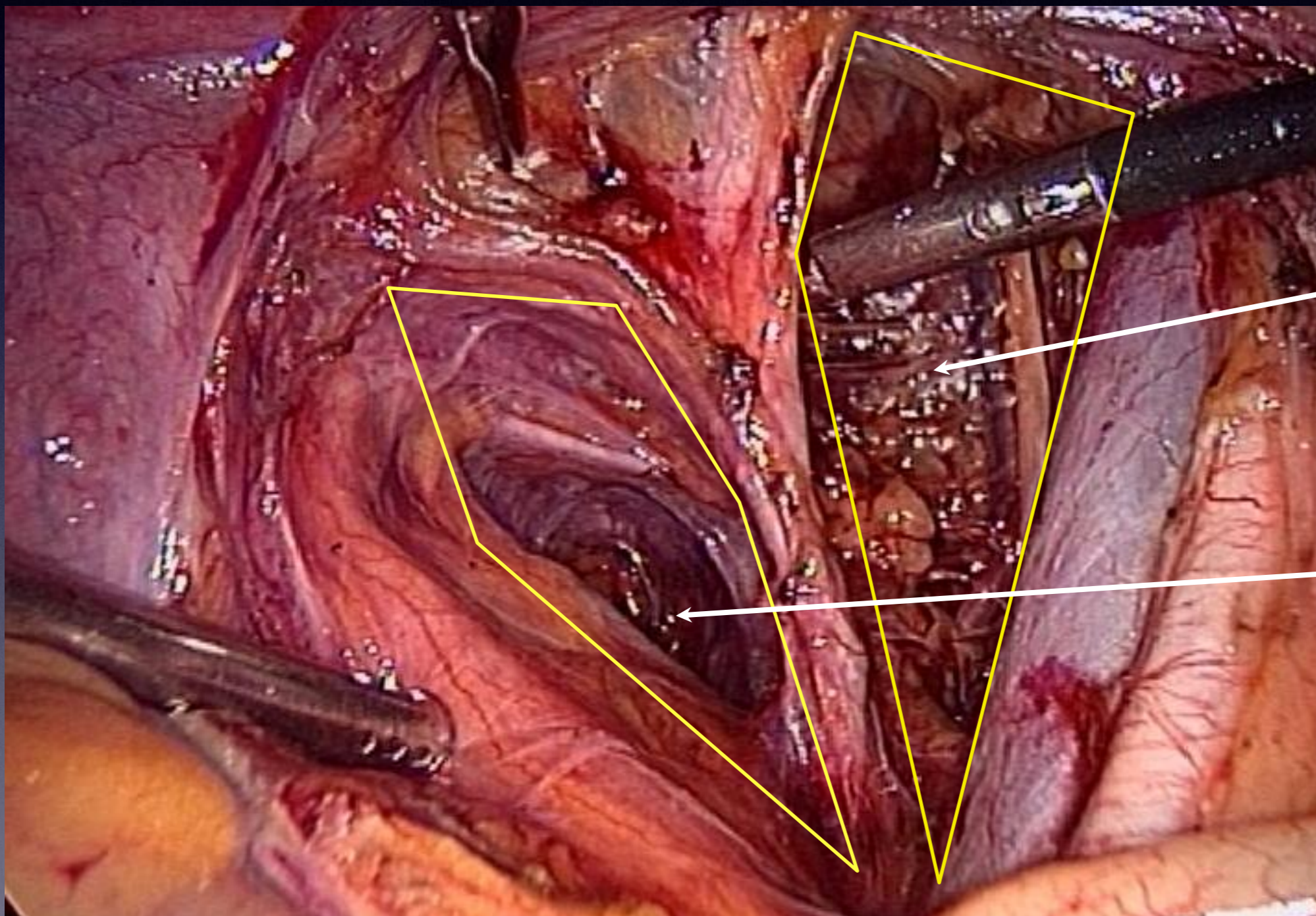


Espace para-vésical

Espace para-rectal



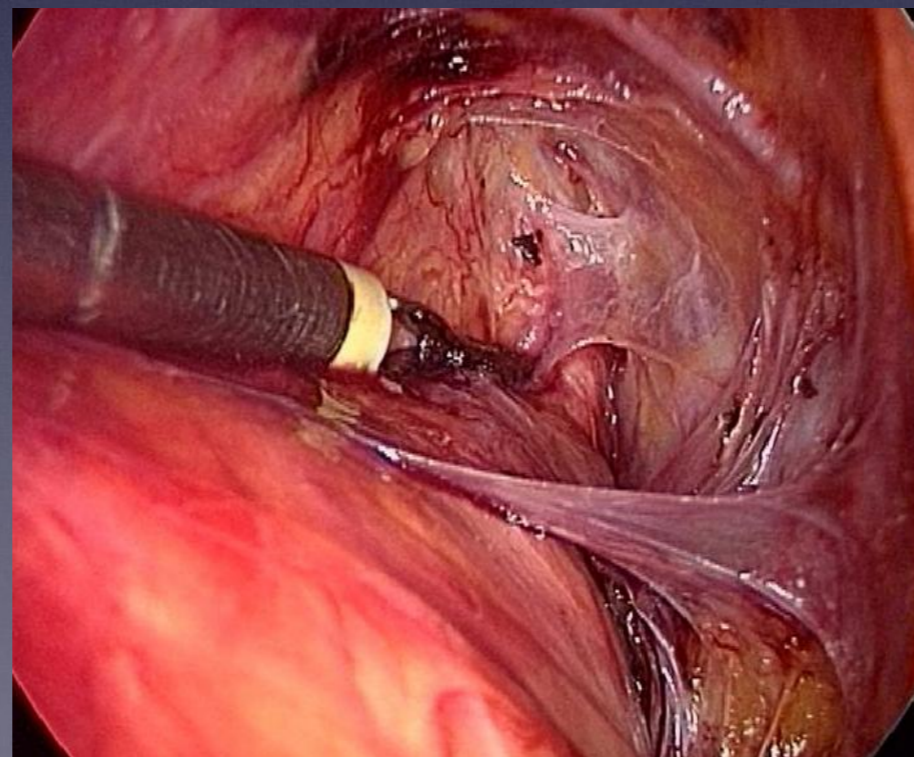
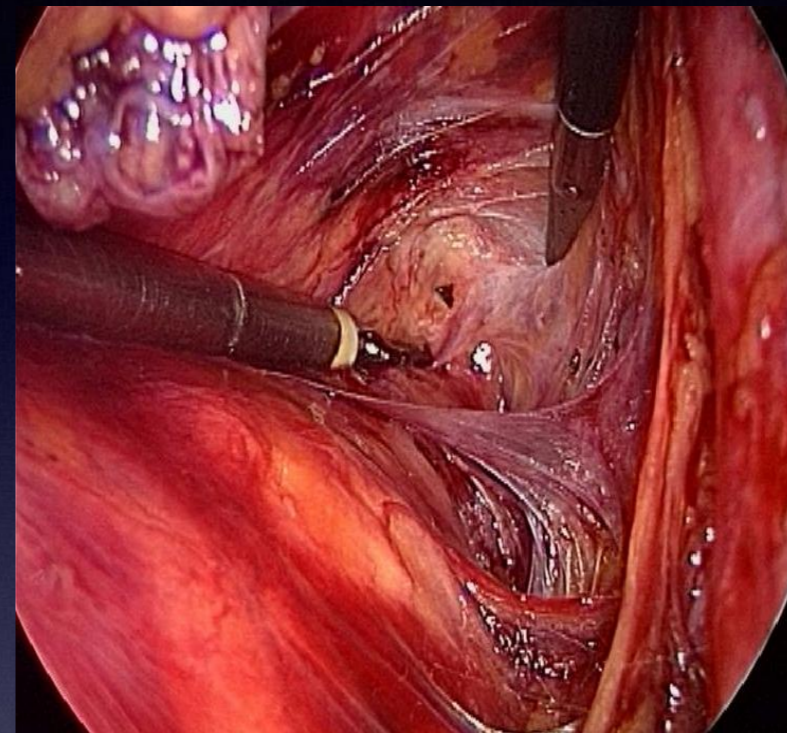
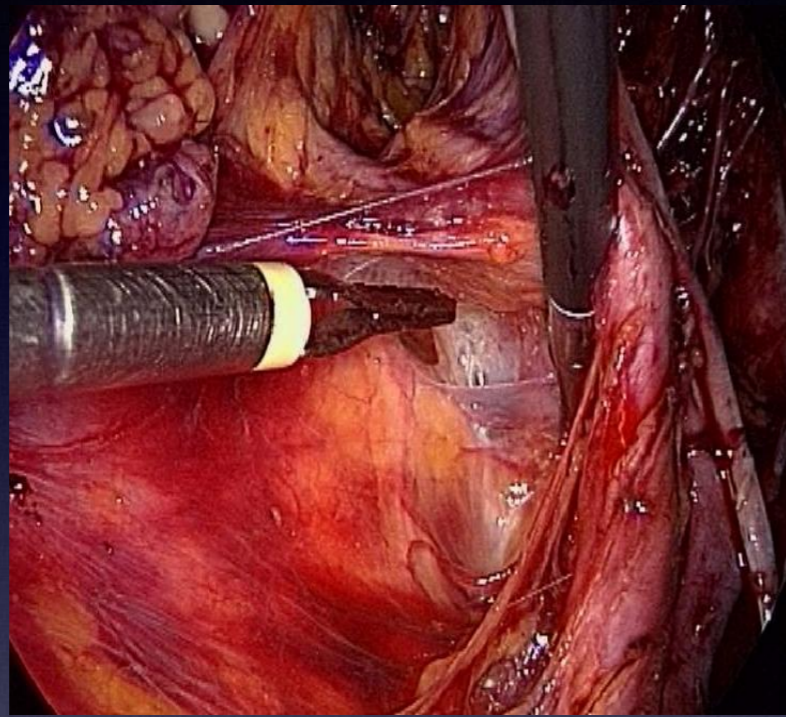
Dissection des fosses para-rectales



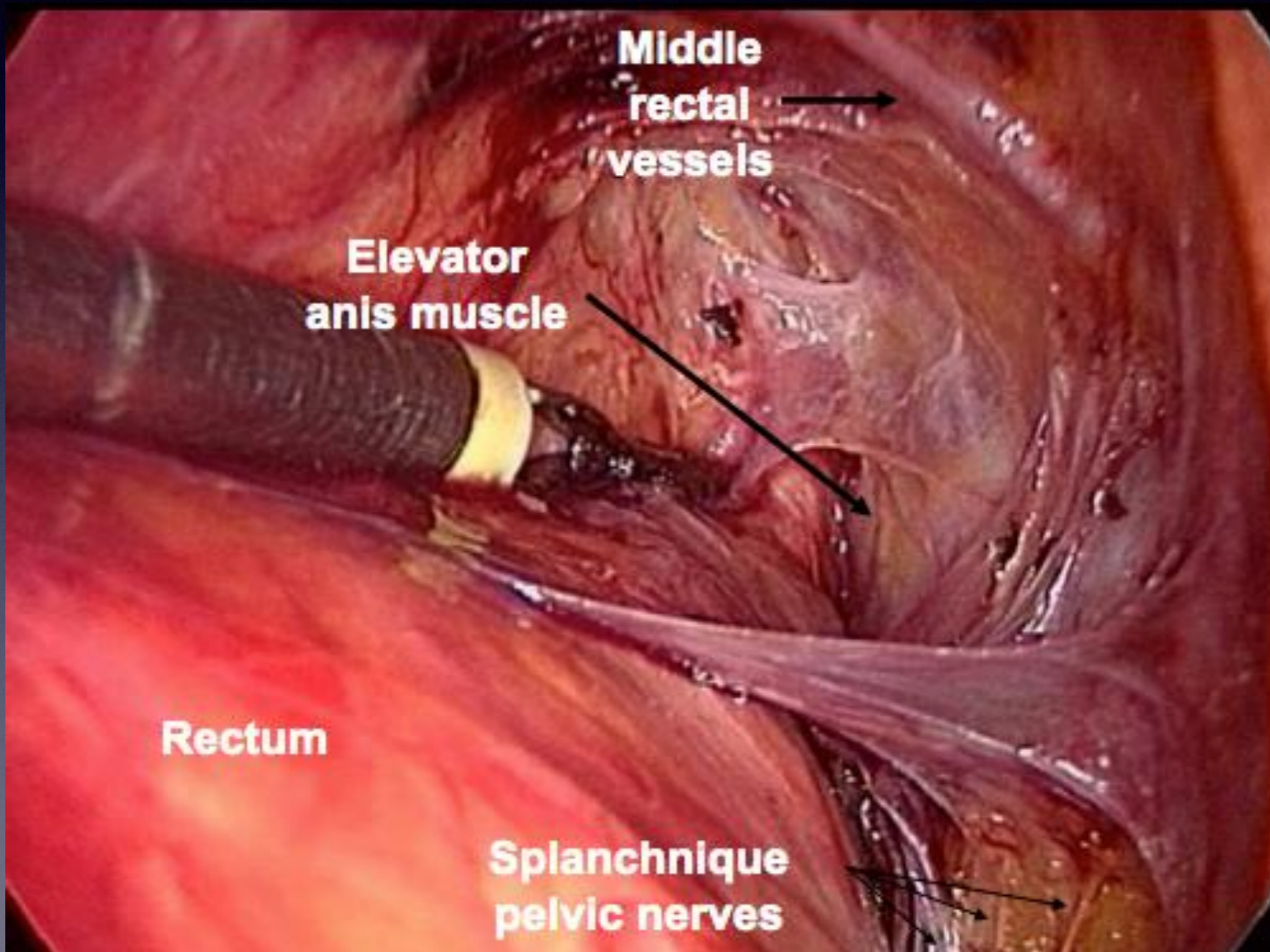
Paravésical

Pararectal

Fosse para-rectale médialement à l'US



Fosse para-rectale médialement à l'US



Fosse para-rectale

Latsko

Fosse para-rectale

Okayabashi

Réévaluation et stratégie spécifique

- Uretères
- Vessie
- Tube digestif
- Utéro-sacrés et vagin
- Ovaires

Réévaluation

Endométriose urétérale

- Possibilité de perte silencieuse de la fonction rénale
- > 50% des cas asymptomatique

- Maladie
 - EXTRINSÈQUE comprimant la paroi urétérale
 - 1/3 distal le plus souvent
 - A proximité des utéro-sacrés
 - Uretère gauche > droit
- Rare
- Plus fréquente si endométriose recto-vaginale
 - déplacement médial des uretères
 - attirés par nodule recto-vaginal

Endométriose urétérale

- Toujours chercher les uretères en cas d'endométriose de la cloison recto-vaginal et en particulier le gauche
- Les uretères doivent toujours être visibles durant la chirurgie
- Urétérolyse par coelioscopie = traitement efficace le plus souvent (car rarement intrinsèque)
- Résection urétérale réservée à cas spécifiques (lésion intrinsèque ou/et >3cm)

Endométriose urétérale

Indications pose JJ

- Préopératoire
 - Dilatation à l'imagerie
 - Lésion urétérale lors chir antérieure
- Peropératoire
 - Dilatation urétérale découverte en perop
 - Résection vésicale près du trigone
 - Plaie urétérale
 - Résection urétérale
 - Dévascularisation

Endométriose vésicale

- Intérêt cystoscopie préopératoire
 - Visualiser la maladie/orifices urétéraux
 - Placer JJ si lésion proche de ceux-ci
- Essayer exérèse superficielle
- Si ouverture vessie
 - Fermeture 1 ou deux plans
 - Test d'étanchéité
 - Sonde urinaire 8-12 jours

Endométriose digestive

Sténose

Localisation

Expérience du chirurgien

Unique ou multiple

Résection digestive ou pas ?

Taille

Profondeur d'infiltration

Symptômes

Qualité de vie

% circonférence

Résection

- Lésions multiples
- Sténose
- Infiltration muqueuse ou sous-muqueuse
- > 50% circonférence

SIGMOÏDE

Shaving

- Lésion unique
- % circonférence <50%
- (ouverture vaginale concomitante)

RECTUM

Les ligaments utéro-sacrés et le vagin

- Nodule naît au niveau myomètre du torus
 - réséquer du myomètre
- Si vagin envahi, nécessité de le réséquer
- Résection ligts utéro-sacrés
 - si envahis
 - Attention au risque de rétention urinaire chronique !
 - Si sous l'uretère
 - Si bilatéral

Conclusion

- PEC chirurgicale endométriose profonde
 - Difficile
 - Risquée
- Multidisciplinarité
- Bonne connaissance de l'anatomie