



Groupe hospitalier
Paris Saint-Joseph

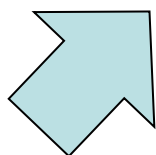
Chirurgie de l'endométriose: point de vue du gynécologue

Dr Astrid Mephon

Dr Eric Sauvanet

Critères Décisionnels 1

- Evaluation **traitement médical** de première intention
- **Point de vue Patiente** 60% des femmes ont une qualité de vie améliorée ++
- **B/R** chirurgie : maladie bénigne



risques de complications dans les formes complexes (nodules de la CRV)

Séquelles urinaires

ins .ovarienne

- **RCP ET RPC**

Critères Décisionnels 2

- **Fertilité**

Bilan couple/ Age/ adénomyose
préservation de la fertilité

- **Evaluer la demande première de la patiente**

Fertilité

Syndrome douloureux

les 2



CHIRURGIE OU AMP

3

Critères Décisionnels 3

- Bilan **exhaustif** ++++
EER
- Information détaillée / complications
- Place de l'hystérectomie: adénomyose sans désir de G (douleur et récurrence) / fibrome
- Maladie **chronique**: récurrence **ce n est pas une alternative à l hormonothérapie**
Poursuite d'un traitement hormonal post op
- Protocoles d'étude (HIFU)

Critères Décisionnels 4

- SF mécaniques

Dyspareunie profonde invalidante

DI défécation / Dysurie

- SF cataméniaux et nécessité d'arrêt OP

- **DIFFICULTE DES DPC**

Neuropathie Examen clinique ++++

TRT médical en 1 ere intention à poursuivre en post op

Concertation avec médecin algologue

Prévenir de la possibilité d'échec voire d'aggravation ++ et risque de récidence

Critères Décisionnels 5

indications absolues

- Gros endométrïomes
- Abscès annexiels
- Risque occlusif
- Sténose urétérale

PRE ET PER OPERATOIRE 1

- Traitement antigonadotrope pré op?
RPC NON SYSTEMATIQUE
Plutôt oui Formes complexes inflammatoires
Formes ovariennes
- Voie coelioscopique (robot)
- HDJ ? Plutôt HC
- Exérèse complète des lésions +++ pour améliorer douleurs et infertilité
- Urétérolyse dissection élargie
- Métrectomie ???
- Gestes associés? (éviter la myomectomie dans les formes complexes)

PRE ET PER OPERATOIRE 3

- Formes complexes: association avec chirurgien digestif et/ou urologue per op et gestion des complications post op
- Energie: pas de recommandations des RPC
- Examen sous AG
- Bilan complet des lésions d'aspect polymorphe +++
- Chirurgie du toucher
- Epreuve de perméabilité tubaire +/- hystéroscopie
- Prévention des adhérences

Traitement chirurgical des endométriomes: techniques

- Ponction écho guidée simple: risque plus élevé de récurrence (sauf si on couple à la ponction un traitement par agoniste de la GnRH)
- Ponction écho guidée avec sclérothérapie à l'éthanol: taux de récurrence inférieur à la ponction simple (< 15%); utilisée dans le cas de kystes endométriosiques récidivants <7 cm ou avant FIV (NP3). Pas d'essai randomisé la comparant à la kystectomie. La sclérothérapie au méthotrexate a été testée mais pas de données suffisantes pour la recommander
- Coelioscopie: la kystectomie intra-péritonéale coelioscopique est la technique de référence pour la prise en charge des endométriomes (grade A), avec une diminution significative à court terme du taux d'AMH quelle que soit la technique utilisée. Comparée à la technique de drainage/coagulation, amélioration des douleurs/taux de grossesse spontanée/réponse après stimulation



CHIRURGIE ET INFERTILITE

- Indications opératoires
 - Pas de facteur masculin majeur
 - Hydrosalpinx (plus de possibilité du dispositif Essure): salpingectomie/ exclusion tubaire
 - Endométriome > 6 cm pouvant gêner une stimulation
 - Atteinte digestive symptomatique, sténose digestive (colique ou iléale) contre-indiquant les stimulations

PARTICULARITES DES ATTEINTES OVARIENNES

- Forme isolée rare (1%)
- Si atteinte ovarienne bilatérale ou ATCD de kystectomie, évaluation de la réserve ovarienne en pré opératoire
- Coelioscopie: technique de référence pour la prise en charge des endométrïomes (grade A), avec une diminution significative à court terme du taux d'AMH quelle que soit la technique utilisée.
- Chirurgie éleclive, type d'énergie (plasmajet ou laser?)
- Le bénéfice du traitement chirurgical des endométrïomes de moins de 6 cm par rapport à l'abstention n'a pas été démontré sur les résultats de grossesse après FIV (NP2)
- Annexectomie à discuter en cas d'endométrïomes récidivants résistants au traitement médical, sans désir de grossesse

PRESERVATION FERTILITE

- Discuter de l'intérêt d'une cryoconservation ovocytaire pré opératoire chez les patientes désireuses d'une grossesse
- Patientes à adresser dans des centres spécialisés IDF (Cochin, Tenon, Béchère, Bondy)
- Se fait sur plusieurs cycles
- Au moins 15 ovocytes
- Au mieux avant 35 ans

ADENOMYOSE ET CHIRURGIE

- Indication principale de chirurgie: saignements
- Dans le cadre d'une infertilité, formes infiltrantes (associées à atteinte postérieure) de mauvais pronostic
- Indication de métrectomie: peu pratiquée en Occident
- Chez les femmes sans désir de grossesse, la balance bénéfice-risque d'une hystérectomie, avec ou sans annexectomie bilatérale, peut être discutée dans le but de réduire le risque des récurrences de la maladie endométriosique (Accord d'experts).
- En tenant compte des effets défavorables multiples de la ménopause précoce sur l'espérance et la qualité de vie (NP2), la conservation ovarienne doit être discutée avec la patiente en cas d'hystérectomie pour endométriose profonde (Accord d'experts).

POST OPERATOIRE

- Gérer la douleur
 - les complications dysurie (autosondage)
- Cs post op
 - Juger des résultats (qualité de vie), cicatrisation
 - Refaire le point , définir les projets avec calendriers, délai de conception, orientation éventuelle en AMP
 - Traitement hormonal
 - Aborder problématique de la grossesse (AVB ou césarienne)

TAUX DE GROSSESSE APRES CHIRURGIE

- Chez les patientes infertiles avec endométriose stade I-II: chirurgie augmente le taux de grossesse spontanée (60 à 70% à 18 mois post op)
- Chez les patientes infertiles avec endométriose stade III-IV: chirurgie peut augmenter le taux de grossesse :50% de grossesses dans les 18 mois dont 20% de G spontanées