

Place de la chirurgie dans la prise en charge de l'endométriose

Aline HOST

Chirurgien des Hôpitaux

Praticien hospitalier

CMCO Schiltigheim

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg



ENDO 
ALSACE



*Les Hôpitaux
Universitaires
de STRASBOURG*

Généralités

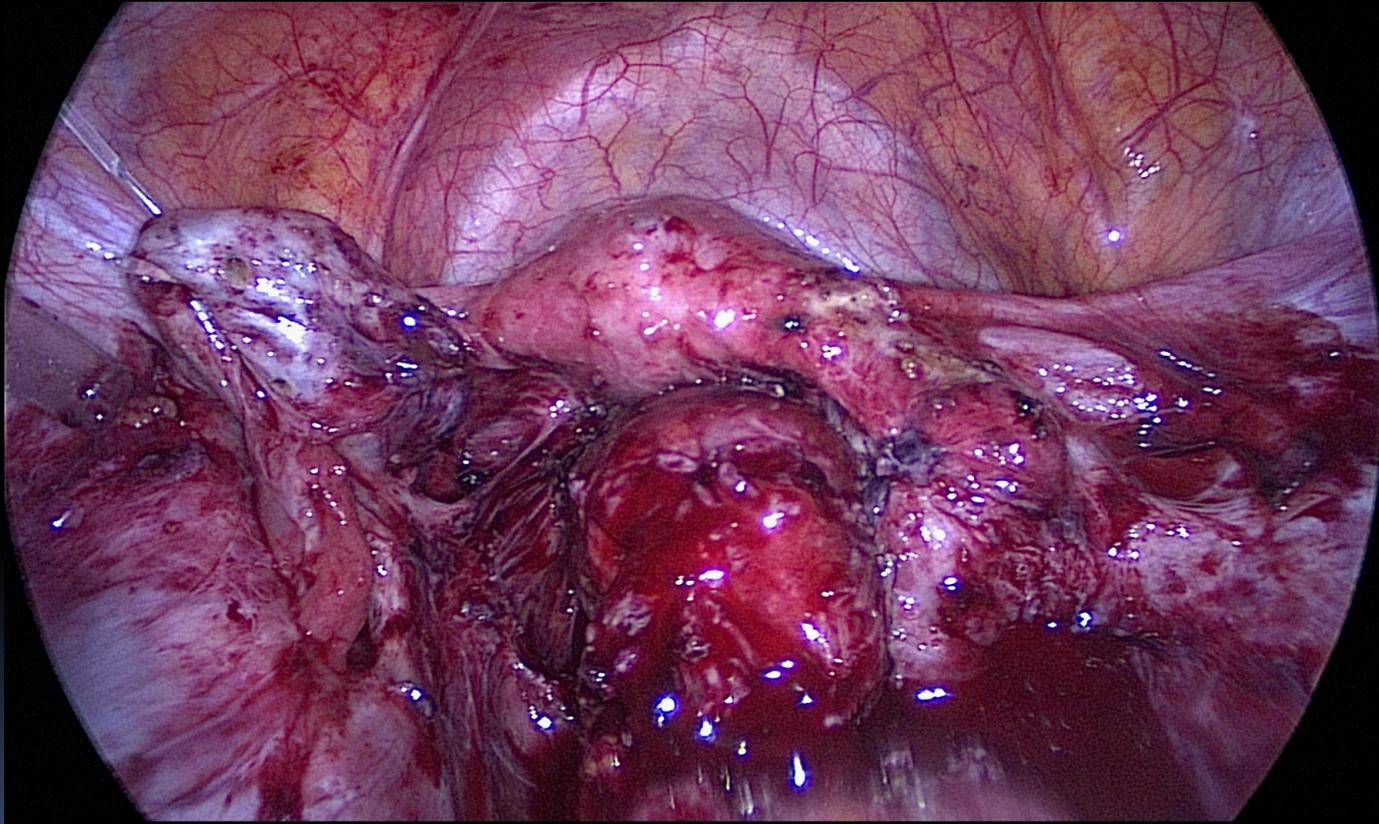
- Implantation de tissu endométrial en dehors de la cavité Utérine
- Prévalence est estimée à 6-10% de la pop générale des femmes en âge de procréer, chez 35 -50% des patientes infertiles dont 28% dans les stérilités inexpliquées

176 millions de femmes en 2010

- Maladie énigmatique

Causes multifactorielles ; anomalies du tractus génital, une prédisposition génétique , un déséquilibre hormonal, une altération de la balance immunitaire et de la réponse inflammatoire ,une perturbation de la régulation des cellules endométriales

Faut-il opérer cette patiente ???



Recommandations françaises HAS 2017

- Prise en charge chirurgicale :

- Voie abord : coelioscopie

- Réalisation d'une chirurgie en un temps avec résection de l'ensemble des lésions

- En cas atteinte profonde: préservation du système innervation végétatif pelvien

- En cas d'indication opératoire: dépistage d'une adénomyose, proposer une hystérectomie associée à la prise en charge d'une endométriose si la patiente n'a plus de projet de grossesse

Standardisation du compte rendu opératoire

- Description du pelvis :
utérus, annexes, ligament utéro-sacré, cloison recto-vaginale, vessie-uretère
- Exploration complète extra-pelvienne: coupes diaphragmatiques, gouttières pariéto-coliques, grêle, colon, jonction iléocaecale
- Utilisation des scores dans les compte-rendus opératoires: AFS, Enzian, EFI

Classification AFS

- Classification AFS (1996)

Stade I (Score 1-5) : endométriose minime

Stade II (Score 6-15) : endométriose légère

Stade III (Score 16-40) : endométriose modérée

Stade IV (Score > 40) : endométriose sévère

- Très utilisée mais absence de corrélation anatomo-clinique
- Selon degré d'envahissement péritonéal et des annexes, mais pas extra-pelvien et score non prédictif de fertilité

Enzian score et EFI

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI) SURGERY FORM

LEAST FUNCTION (LF) SCORE AT CONCLUSION OF SURGERY

Score	Description	Left	Right
4	= Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	= Mild Dysfunction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	= Moderate Dysfunction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	= Severe Dysfunction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	= Absent or Nonfunctional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lowest Score	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	=	<input type="text"/>
	Left		Right		LF Score

To calculate the LF score, add together the lowest score for the left side and the lowest score for the right side. If an ovary is absent on one side, the LF score is obtained by doubling the lowest score on the side with the ovary.

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI)

Historical Factors			Surgical Factors		
Factor	Description	Points	Factor	Description	Points
Age	if age is ≤ 35 years	2	LF Score	If LF Score = 7 to 8 (high score)	3
	if age is 36 to 39 years	1		If LF Score = 4 to 6 (moderate score)	2
	if age is ≥ 40 years	0		If LF Score = 1 to 3 (low score)	0
Years infertile	if years infertile is ≤ 3	2	AFS Endometriosis Score		
	if years infertile is > 3	0	If AFS Endometriosis Lesion Score is < 16	1	
Prior Pregnancy	if there is a history of a prior pregnancy	1	If AFS Endometriosis Lesion Score is ≥ 16	0	
	if there is no history of prior pregnancy	0	AFS Total Score		
Total Historical Factors		<input type="text"/>	Total Surgical Factors		<input type="text"/>
EFI = TOTAL HISTORICAL FACTORS + TOTAL SURGICAL FACTORS:					
		<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=
		Historical		Surgical	
		EFI Score			

ENZIAN 2012

Classification of Deep Infiltrating Endometriosis (according to the Endometriosis Research Foundation, SER)

Compartment A, B or C	A	B	C
Level 1 < 1 cm			
2 1 - 3 cm			
3 > 3 cm			
F Uterine and other extragenital deep infiltration endometriosis			

© Keckstein

Pour qui discuter d'une indication chirurgicale?

- Les patientes symptomatiques malgré l'aménorrhée thérapeutique ou en refus de traitement médical
- Les patientes ayant une endométriose sévère à risque de complication (sténose urétérale ou digestive)
- Les patientes infertiles
- Les patientes nécessitant une coelioscopie diagnostique qui présentent une discordance radio-clinique

Quoi de neuf dans la
littérature depuis les
recommandations?

Patiente symptomatique

- Chirurgie résection endométriose modérée versus coelioscopie diagnostique:
 - Amélioration des douleurs à 6 et 12 mois ;
RR=2,65
 - Augmentation de la qualité de vie
 - Réévaluation chirurgie de second look à 6 mois: amélioration score AFS

Méta-analyses : Leonardi et al, JMIG 2020;27:390-407

Bafort et al, Cochrane Database 2020; 10

Patiente infertile

- En cas d'endométriose minime à modérée chez une patiente ayant une infertilité associée, faible voir pas d'augmentation des taux de grossesses confirmé à l'échographie

RR=1,29 ; p=0,06

Aucune étude randomisée sur les taux d'enfants nés vivants

Méta-analyses : Leonardi et al, JMIG 2020;27:390-407

Bafort et al, Cochrane Database 2020; 10

Il reste des incertitudes

- Peu de datas fiables sur
 - la problématique de prise en charge des endométrioses sévères avec atteinte digestive ou du système urinaire
 - les risques de récurrence à long terme
 - les taux de complications qui semblent faible dans la littérature

Take home message

- IMPORTANCE DU BILAN PRE-OPERATOIRE par médecins référents:
 - Examen clinique / échographie / IRM +++
 - Ne pas sous-estimer la maladie ou surestimer ses compétences
 - Pas de place pour la coelioscopie diagnostique sans bilan d'imagerie, « juste pour voir »
 - Bilan hormonal pré-opératoire chez une femme en âge de procréer

- PRISE DE DECISION COLLEGIALE : intérêt des RCP endométriose

Take home message

- ◆ INFORMATION des risques opératoires : risque fréquent de dysurie avec d'auto-sondage, de stomie, d'amélioration parfois incomplète des douleurs, de récurrence possible à court/moyen terme
- ◆ Nécessité de poursuivre une aménorrhée thérapeutique y compris après chirurgie
- ◆ Jamais dans la précipitation
- ◆ Des patientes pour qui la prise en charge de la pathologie prime sur le risque opératoire

MERCI POUR VOTRE ATTENTION