

Treizièmes Journées nationales de la FFER (Paris, 17–19 septembre 2008)

Endométriose vésicale et infertilité : modalités de prise en charge diagnostique et thérapeutique

Bladder endometriosis and barrenness: Diagnostic and treatment strategy

M. Piketty*, A. Bricou, Y. Blumental, C. de Carné, J.-L. Benifla

Service de gynécologie–obstétrique, hôpital Trousseau, AP–HP, 26, avenue du Docteur Arnold-Netter, 75012 Paris, France

Reçu le 19 juin 2008 ; accepté le 22 juin 2008

Disponible sur Internet le 15 août 2008

Résumé

L'endométriose pelvienne profonde est une pathologie féminine qui entraîne le plus souvent des douleurs pelviennes chroniques, inconstamment des troubles digestifs et urinaires, et retentit nettement sur la qualité de vie des malades. C'est une pathologie complexe, dont il est nécessaire de comprendre les mécanismes afin d'en optimiser la prise en charge. Elle se caractérise par trois types lésionnels parmi lesquels les lésions profondes dont font partie les atteintes vésicales. Par ailleurs, l'endométriose peut être source d'infertilité, sans lien connu avec des lésions spécifiques, et dont la physiopathogénie est complexe. La prise en charge est tout d'abord diagnostique, puis médicochirurgicale. La chirurgie, le plus souvent cœlioscopique, des endométrioses profondes symptomatiques reste le traitement de référence, après échec d'un traitement médical. Cependant, les lésions d'endométriose vésicale isolées et symptomatiques peuvent justifier d'une chirurgie conservatrice à type de cystectomie partielle. Le geste chirurgical doit alors inclure le traitement d'une infertilité éventuellement associée, après un bilan complet non seulement de la maladie endométriosique mais aussi de l'infertilité du couple.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Deep infiltrating endometriosis is a well-known female disease responsible for chronic pelvic pain, urinary dysfunction, infertility, and altered quality of life. Endometriosis and infertility are complex entities and the optimal choice of management of both of them remains obscure. Mechanism of development of the disease has to be understood to optimize patients care. The link between barrenness and endometriosis is well known, but there is no direct link between bladder lesion and infertility. Bladder endometriosis is a deeply infiltrating endometriosis lesion. Its management is first diagnostic and then remedial. In case of ineffectiveness of medical strategy, surgical treatment is indicated. However, for patient suffering from symptomatic isolated bladder endometriosis, surgical management can be offered in first intention. Isolated bladder injuries due to endometriosis are mostly treated by conservative laparoscopic surgery, after a complete evaluation of endometriosis disease and barrenness by clinical exam and imaging techniques.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Endométriose pelvienne profonde ; Vessie ; Infertilité ; Traitement médical ; Traitement chirurgical ; Cœlioscopie ; Assistance médicale à la procréation (AMP)

Keywords: Deep pelvic endometriosis; Bladder; Infertility; Medical treatment; Surgical treatment; Laparoscopy; Assisted Reproductive Technologies (ART)

1. Introduction

L'endométriose pelvienne a été décrite pour la première fois par Shroen, en 1690 [1]. Elle est caractérisée par la présence en situation anormale (en dehors de l'utérus) d'un tissu

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : matpiketty@yahoo.fr (M. Piketty).

histologiquement proche de l'endomètre. Il s'agit d'une pathologie de mécanisme complexe et de diagnostic difficile. Plusieurs hypothèses tentent d'expliquer sa physiopathogénie.

L'endométriose est une pathologie bénigne mais agressive, caractérisée par trois grands types lésionnels : lésions superficielles, endométrioses et lésions profondes. Celles-ci sont définies par une infiltration de l'espace rétropéritonéal et/ou de la paroi des organes pelviens [2,3]. Les lésions vésicales font partie de cette dernière catégorie. L'endométriose peut être à l'origine de douleurs abdomino-pelviennes [3,4], dont la nature est souvent en rapport avec la localisation des lésions [5], ainsi que d'infertilité. L'endométriose pelvienne profonde et l'infertilité sont deux entités complexes et étroitement liées, dont il est nécessaire de comprendre les hypothèses physiopathogéniques, afin d'optimiser leur prise en charge. Celle-ci est médicochirurgicale et doit être évaluée au cas par cas.

Le traitement médical a un but suspensif par un effet antigonadotrope. En cas d'échec du traitement médical, la prise en charge chirurgicale des endométrioses profondes symptomatiques reste le traitement de référence. Celui-ci doit inclure le traitement d'une infertilité éventuellement associée, après un bilan complet non seulement de la maladie endométriosique mais aussi de l'infertilité du couple.

2. Rappels sur l'endométriose et l'infertilité

2.1. Épidémiologie

2.1.1. Endométriose

L'endométriose affecte la femme en période d'activité génitale. La prévalence de l'endométriose est mal connue et probablement sous-estimée. Elle varie entre 5 et 15 % des femmes en âge de procréer [6]. Mahmood et Templeton [7], de même que Koninckx [3,8] estiment la prévalence des lésions profondes dans la population générale respectivement entre 1 et 3 % et entre 3 et 10 %. Les lésions superficielles sont parfois de découverte fortuite, à la limite de la physiologie pour certains. Inversement, certaines localisations profondes peuvent passer inaperçues ou être sous-évaluées lors de l'exploration peropératoire [8,9]. On estime à 1 à 5 % l'incidence de l'atteinte urinaire [10,11]. L'atteinte vésicale représente 25 à 85 % des atteintes urologiques selon les séries [12], elle peut être isolée ou associée à d'autres lésions pelviennes d'endométriose.

2.1.2. Infertilité

Dans la population générale, 10 % des couples qui concevront spontanément attendront 18 mois, tandis que 15 à 20 % d'entre eux consulteront à un moment donné pour une difficulté à concevoir. La cause d'infertilité est d'origine féminine dans environ 30 % des cas, d'origine masculine dans environ 20 % des cas et d'origine mixte dans environ 40 % des cas. Elle reste inexpliquée dans un peu moins de 10 % des cas.

La prévalence de l'endométriose chez des patientes ayant une infertilité est environ dix fois supérieure à celle de la population générale [13]. La notion d'infertilité est plus fréquente chez les patientes endométriosiques (30 à 40 %) que

chez les femmes indemnes d'endométriose (moins de 10 %) [14]. Enfin, une endométriose est découverte lors de 20 à 50 % des coelioscopies pour bilan d'infertilité. Le taux de grossesse spontanée semble corrélé au stade de la maladie [15] : 37 % de grossesses spontanées dans les stades I et II, 22 % dans les stades III et seulement 3 % dans les stades IV.

Malgré de nombreuses données dans la littérature, les relations entre endométriose pelvienne et infertilité restent difficiles à clarifier, et il n'existe en particulier aucun lien spécifique connu entre endométriose vésicale et infertilité.

2.2. Physiopathogénie

Afin d'optimiser la prise en charge des patientes endométriosiques et/ou infertiles, il est nécessaire de connaître les hypothèses physiopathogéniques de la maladie.

2.2.1. Genèse de l'endométriose

L'endométriose est probablement d'origine multifactorielle. De nombreuses théories ont été avancées pour tenter de comprendre le développement de la maladie, mais il semble qu'aucune d'entre elles ne puisse à elle seule expliquer les multiples localisations. Au cours du XIX^e siècle, apparaissent les deux principales théories physiopathologiques de l'endométriose pelvienne, celle de la métaplasie évoquée par Waldeyer dès 1870 et développée par Meyer [16], et celle de la régurgitation tubaire élaborée par Sampson, en 1927 (théorie de l'implantation).

2.2.2. Conditions nécessaires au développement d'une endométriose

L'endométriose abdomino-pelvienne est une pathologie chronique et évolutive. Le développement (la croissance ou l'involution) des lésions superficielles pourrait être sous la dépendance de divers facteurs contenus notamment dans le liquide péritonéal, tandis que les lésions profondes seraient sous le contrôle des facteurs hématogènes.

Les implants péritonéaux d'endomètre seraient à l'origine d'une réaction inflammatoire aseptique et d'une stimulation antigénique qui auraient pour conséquences une augmentation du volume de liquide péritonéal [17] et une modification de la composition de celui-ci (prostaglandines, hormones stéroïdiennes ovariennes, cytokines, immunité cellulaire).

2.2.3. Infertilité et endométriose

La physiopathogénie de l'infertilité associée à l'endométriose est multifactorielle. Les modifications du milieu péritonéal précédemment citées, associées à plusieurs autres facteurs, peuvent expliquer cette infertilité.

Des facteurs anatomiques : d'une part, la présence de volumineux endométrioses entraînerait une diminution de la production ovocytaire par destruction du parenchyme ovarien, et d'autre part, le processus adhérentiel séquellaire modifie l'anatomie pelvienne. Les adhérences péri-tubo-ovariennes compromettent alors la perméabilité tubaire. Même si la sévérité de l'infertilité est corrélée à la sévérité de la maladie endométriosique, elle n'est pas liée à un type de lésion

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949163>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949163>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)