

Article original

Traitement cœlioscopique de l'endométriose profonde. À propos de 118 cas

Laparoscopic surgery of deep endometriosis. About 118 cases

P. Panel^{a,*}, C. Chis^a, S. Gaudin^a, A. Letohic^a, P. Raynal^a, M. Mikhayelyan^a, B. Fraleu^b,
G. Sangana^b, C. Almeras^b, C. Dufour^b, F. Boidart^c

^aService de gynécologie-obstétrique, hôpital André-Mignot, centre hospitalier de Versailles, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex, France

^bService de chirurgie digestive et urologique, hôpital André-Mignot, centre hospitalier de Versailles, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex, France

^cService d'anatomopathologie, hôpital André-Mignot, centre hospitalier de Versailles, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex, France

Reçu le 28 décembre 2005 ; accepté le 6 juin 2006

Disponible sur internet le 05 juillet 2006

Résumé

Objectifs. – Évaluer les risques et les bénéfices du traitement cœliochirurgical de l'endométriose profonde, notamment intestinale, afin de pouvoir en informer clairement les patientes et décider en accord avec elles d'une prise en charge adaptée.

Patientes et méthodes. – Série prospective de 118 patientes atteintes d'endométriose profonde (48 endométrioses digestives) traitées par cœliochirurgie.

Résultats. – 95,6 % patientes ont eu une évolution favorable sur la douleur et 93,7 % sur la dyspareunie. Parmi les 29 patientes infertiles désireuses de grossesse, 21 grossesses (72 %) ont été obtenues après chirurgie dont 14 (66 %) spontanément. Au cours de la période peropératoire trois laparoconversions ont été nécessaires dont deux pour hémorragie. La période postopératoire a été marquée par des complications majeures (deux fistules rectales et deux nécroses urétérales) et des complications mineures (rétentions urinaires et hématomes du cul-de-sac de Douglas).

Discussion et conclusions. – Nos données confirment l'efficacité du traitement cœliochirurgical sur la symptomatologie douloureuse et la fertilité des patientes. Les complications de cette chirurgie sont peu fréquentes mais potentiellement graves. Une information claire, loyale et appropriée apportée aux patientes est nécessaire avant d'envisager cette prise en charge.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – To evaluate risks and benefits of laparoscopic surgery of deep endometriosis, especially with bowel involvement with the aim of improve the inform consent of patients and choice of adequate management.

Patients and methods. – Observational continuous study on 118 patients suffering from deep endometriosis (48 with bowel endometriosis) treated by laparoscopic surgery.

Results. – 95.6% of the patients improved their symptoms (93.7% for dyspareunia). Upon the 29 infertile patients, 21 (72%) got pregnant, including 14 (66%) spontaneously. During operative time, 3 laparotomies occurred, two of them for haemorrhage. During postoperative time, 4 major complications (2 rectal fistulas and 2 ureteral necrosis) and minor complications occurred.

Discussion and conclusions. – Those data confirm the efficiency of laparoscopic treatment of deep endometriosis especially for pain relief and fertility. Nevertheless, few but severe complications may occur. Therefore, it is imperative to deliver clear, loyal and appropriate information before to proceed to such a treatment.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ppanel@ch-versailles.fr (P. Panel).

Mots clés : Endométriose profonde ; Cœlioscopie ; Fertilité ; Douleur ; Dyspareunie ; Fistule ; Consentement éclairé

Keywords: Deep endometriosis; Laparoscopy; Fertility; Pain; Fistula; Informed consent

1. Introduction

Les lésions d'endométriose sont souvent multifocales, l'atteinte des différents organes allant de 29 à 83 % [1]. L'endométriose digestive est le premier site de localisation extragénitale de la maladie, sa fréquence variant selon les études de 3 à 37 % [2–4]. L'endométriose génitale y est associée dans 80 % des cas [1].

Les symptomatologies cliniques de l'endométriose gynécologique et digestive sont intriquées avec souvent, au premier plan, une dysménorrhée et une dyspareunie (69 à 85 %), associées à des irritations et pesanteurs pelviennes, crampes abdominales, difficulté d'exonération, douleurs rectales, ténésmes, irradiations anales et constipation sévère chronique [5–12].

L'évolution naturelle de la maladie est l'augmentation de la taille des lésions, l'infiltration en profondeur et la majoration de la symptomatologie [13]. Cette évolution peut conduire à une perte rénale, une occlusion, perforation, invagination intestinale et rectorragie massive.

La responsabilité de l'endométriose profonde (EP) et a fortiori de l'endométriose digestive dans l'infertilité est encore controversée [14].

Le traitement de première intention de l'EP est chirurgical, les traitements médicaux n'étant que palliatifs et utilisés en pré- et/ou postopératoire [15,16].

Le traitement chirurgical comporte des risques importants et difficilement acceptables pour des patientes jeunes avec une pathologie encore considérée comme fonctionnelle.

Les données sont actuellement insuffisantes pour étayer de façon rationnelle les risques et les bénéfices des différentes attitudes thérapeutiques y compris l'abstention. L'information délivrée à la patiente est encore trop souvent affaire de conviction du thérapeute et insuffisamment fondée sur des preuves.

Le but de notre travail a été d'évaluer l'efficacité et la morbidité du traitement cœliochirurgical dans l'EP notamment intestinale, afin d'informer clairement et loyalement les patientes des bénéfices et risques associés à cette chirurgie.

2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective de 118 patientes atteintes d'EP traitée par cœliochirurgie dans le service de gynécologie du centre hospitalier de Versailles entre novembre 1998 et novembre 2003. Les patientes ont été référées au centre hospitalier de Versailles par leur médecin traitant ou gynécologue pour douleurs pelviennes et/ou une infertilité. Le diagnostic d'endométriose a été suspecté par l'interrogatoire et l'examen clinique lors de la consultation lorsqu'il n'était pas déjà connu ou établi par cœlioscopie.

La prise en charge par cœlioscopie a été décidée en accord avec la patiente après une information claire et loyale sur les différentes méthodes d'exploration et de traitement, les possibles complications et les taux de succès attendus de cette chirurgie. Cette information reprenait les données de la littérature existantes au moment où la patiente a été opérée.

Les patientes ont été opérées après une préparation digestive par voie orale (Colopeg[®] ou Xprep[®]).

Un bilan peropératoire des lésions a été fait et l'importance de l'endométriose quantifiée en utilisant le score révisé de l'American Fertility Society (rAFS).

L'objectif de la chirurgie a toujours été une exérèse complète des lésions. Les gestes opératoires ont été les suivants.

- En présence d'endométriose des ligaments utérosacrés (uni- ou bilatérale) : clivage rectovaginal, puis dissection rectale latérale et dissection du bord externe du ligament utérosacré. Une urétérolyse progressive et complète était effectuée en cas de nécessité ou un simple repérage de l'uretère si celui-ci était à distance de la zone opératoire. Dans tous les cas, la portion infiltrée du ligament utérosacré était réséquée.
- En présence d'endométriose de la cloison rectovaginale : ouverture des fosses pararectales pour libérer les faces latérales du nodule, clivage rectovaginal jusqu'à la rencontre du nodule. Si celui-ci n'infiltrait pas la paroi rectale il était libéré de la face antérieure du rectum et si la paroi rectale était envahie, une résection rectosigmoïdienne à l'ENDO-GIA[®] avec anastomose par voie endoanale à l'ILS 33 était réalisée. L'étanchéité était vérifiée par une épreuve au bleu rectale et un drain aspiratif à basse pression systématiquement mis en place. En cas d'infiltration vaginale une exérèse d'une pastille vaginale était réalisée.
- En présence d'endométriose vésicale : clivage vésico-utérin et ouverture de la vessie, cystectomie partielle emportant le nodule endométriosique, suture de la vessie par des points séparés et vérification de l'étanchéité par une épreuve au bleu vésicale.
- En présence d'endométriose urétérale : repérage et dissection de l'uretère, résection segmentaire de la portion sténosée et infiltrée par l'endométriose, suture bord à bord par des points séparés résorbables (sonde JJ en place) et couverture de la zone dépéritonisée par une plaque antiadhérentielle d'Interceed[®].

Pour toutes les interventions ont été réalisées l'exérèse complète des lésions endométriosiques péritonéales et sous-péritonéales macroscopiquement visibles, ainsi qu'une adhésio-lyse en cas d'adhérences et une kystectomie en cas de kyste ovarien.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949829>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949829>

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