

POINT DE VUE D'EXPERT

Chirurgie des endométrïomes ovariens : de la physiopathologie à la prise en charge pratique pré-, per- et postopératoire

Surgery for the management of ovarian endometriomas: From the physiopathology to the pre-, peri- and postoperative treatment

N. Bourdel^{a,*}, H. Roman^b, G. Mage^a, M. Canis^a

^a Pôle de gynécologie obstétrique, CHU Clermont-Ferrand, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Charles-Nicolle, CHU Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

Reçu le 18 mai 2011 ; accepté le 28 juillet 2011

Disponible sur Internet le 10 novembre 2011

Résumé

Une bonne connaissance de la physiopathologie, des techniques chirurgicales et des données de la littérature actuelle permettent un traitement adapté des endométrïomes. Le traitement médical préopératoire, qui n'a pas démontré d'efficacité en termes de récïdive, doit être adapté à chaque patiente : poursuite ou initiation d'un traitement hormonal en cas de symptomatologie douloureuse, de désir de contraception, d'association à des kystes d'allure fonctionnelle. La coelioscopie est la voie d'abord initiale recommandée. La kystectomie est la technique de choix, mais elle n'est pas sans conséquence sur le tissu ovarien normal. La technique chirurgicale doit donc être méticuleuse, notamment en regard du hile de l'ovaire. La destruction par coagulation bipolaire est à exclure. Une technique « hybride » associant kystectomie et destruction du tissu endométrïosique (laser ou le Plasmajet[®]) au niveau du hile ovarien pourrait être intéressante. L'hémostase se fait spontanément ou en utilisant l'énergie bipolaire avec parcimonie. La suture ovarienne est possible. La recherche et le traitement systématiques et minutieux des lésions extra-ovariennes sont essentiels (notamment du péritoine en regard de l'ovaire). L'application d'une barrière anti-adhérentielle semble justifiée. Le traitement médical postopératoire est certainement efficace sur la prévention du risque de récïdives et doit être systématique chez les patientes qui ne souhaitent pas une grossesse dans l'immédiat. Une prise en charge plus globale et une information détaillée doivent être proposées.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Good knowledge of physiopathology, surgical techniques and of the literature allows for an adequate treatment of ovarian endometrioma. Preoperative medical treatment has not shown to be efficient and might be adapted to each patient (continuation or initiation of hormonal treatment in case of symptomatology, will for contraception, association with functional cyst). Laparoscopy is the mandatory surgical approach. Cystectomy is the surgical technique of choice but may affect normal ovarian tissue. Surgical technique should be meticulous in particular with respect to the hilum of the ovary. Exclusive coagulation using bipolar is not recommended. A hybrid technique associating both cystectomy and vaporization (laser or Plasmajet[®]) at the level of the hilum of the ovary could be interesting. Hemostasis should be spontaneous or obtained with bipolar coagulation with parcimony. Ovarian suture is a solution. Extra-ovarian lesions

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.bourdel@gmail.com (N. Bourdel).

should be carefully searched for and treated. Anti-adhesion products should be applied. Postoperative medical treatment decreases recurrence and should be systematic for patients who do not want to conceive. Multidisciplinary approach is essential.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Endométriome ; Cœlioscopie ; Kystectomie ; Endométriose ; Fertilité

Keywords: Endometrioma; Laparoscopy; Cystectomy; Endometriosis; Fertility

1. INTRODUCTION

La prévalence de l'endométriose dans la population générale est difficile à apprécier. Elle toucherait 10 % des femmes en âge de procréer [1] ; parmi elles, la proportion d'atteinte ovarienne varie autour de 40 à 50 % [2,3]. Ce pourcentage représente un nombre considérable de patientes et un coût majeur en termes de santé publique : le coût estimé de l'endométriose aux États-Unis varie entre 18,8 et 22,2 milliards de dollars par an [4,5]. Malgré ces implications en termes d'impact sociétal et de santé publique, il est difficile de dégager un consensus dans son traitement chirurgical, tout traitement chirurgical appliqué à l'ovaire pouvant être délétère [6–8]. Une bonne connaissance de la physiopathologie de l'endométriome, des techniques chirurgicales et des données de la littérature actuelle permet souvent un choix rationnel [7,9]. Nous proposons une prise en charge des endométriomes ovariens.

2. PHYSIOPATHOLOGIE DE CONSTITUTION D'UN ENDOMÉTRIOME

La pathogénie des endométriomes reste controversée. Ils pourraient venir de l'invagination progressive d'implants endométriosiques du cortex ovarien [10], de la colonisation de kyste fonctionnel ovarien par des implants endométriosiques [11–13] ou de l'évolution métaplasique de l'épithélium cœlomique qui couvre l'ovaire [14,15]. Dans la première hypothèse, les endométriomes sont en fait des pseudo-kystes qui n'ont pas de paroi propre. Donneix et al. suggèrent l'hypothèse [14,15] d'une réaction fibreuse du cortex ovarien autour de l'invagination de l'épithélium métaplasique, le saignement de cet endomètre entraînant à la fois la formation du kyste et la réaction inflammatoire fibreuse. Pour comprendre vraiment la formation des endométriomes, il faut les étudier in situ comme l'a fait Hughesdon, il y a plus de 50 ans [16]. Il décrit 3 zones dans la structure de l'endométriome [17] (Fig. 1) :

- zone 1 : l'ovaire, de part la présence de l'endométriome est adhérent à la face au ligament large, au niveau de la fossette sous-ovarienne c'est le point de départ du kyste ;
- zone 2 : intérieur du kyste : endométriose active avec peu de fibrose couvre le cortex ovarien invaginé ;
- zone 3 : endométriose ancienne avec présence d'une fibrose importante.

L'important n'est pas d'être sûr du mécanisme initial mais plutôt qu'il y ait bien un mécanisme initial de surface (implants ? métaplasie ?...) qui va s'invaginer. Il n'y a donc pas initialement

de paroi propre. Ce mécanisme et les 3 zones « histologiques » du kyste vont permettre d'établir un abord et une dissection raisonnée du kyste. L'absence de paroi propre explique aussi le risque de résection et d'altération normale du tissu autour de l'endométriome [18].

3. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INFERTILITÉ PRÉOPÉRATOIRE DUE À L'ENDOMÉTRIOME

Il semble que, comparativement aux autres lésions bénignes (tératomes et cystadénomes notamment), le cortex ovarien entourant l'endométriome soit moins souvent d'architecture normale, moins bien vascularisé, avec des implants endométriosiques dans plus de 80 % des cas [19]. Le stress oxydatif semble aussi plus important autour des endométriomes, entraînant une altération du parenchyme ovarien [20] avec une diminution du nombre d'ovocytes [21]. Ces données pourraient expliquer la moindre réponse, en dehors de toute chirurgie, à la stimulation des ovaires endométriosiques. En effet, une étude comparant des patientes porteuses d'endométriomes ($n = 85$) vs. des patientes porteuses de kystes simples ($n = 83$) retrouvait dans le groupe endométriome une consommation de gonadotrophine plus importante, un nombre d'ovocytes recueillis moins important, un nombre d'embryons de grade I et un taux d'implantation moins important que dans le groupe kyste simple [22]. Le diamètre moyen des

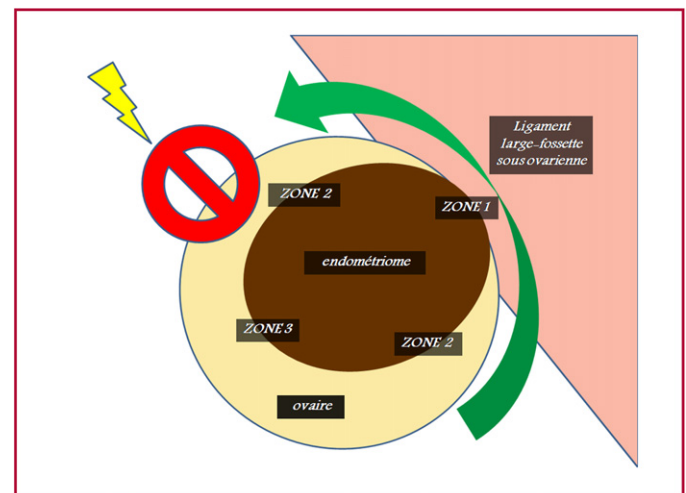


Fig. 1. Schématisation des différentes zones d'un endométriome. L'incision ne doit pas se faire par l'abord direct du kyste (éclair), c'est l'adhésiolyse qui permettra la rupture et l'ouverture du kyste (flèche verte). D'après [4].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950169>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950169>

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