



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Traitement chirurgical des endométriomes. Modalités et résultats en termes de douleur, fertilité et récurrence des techniques chirurgicales et de ses alternatives. RPC Endométriose CNGOF-HAS

Surgical management of endometrioma: Different alternatives in term of pain, fertility and recurrence. CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines

C. Rubod^{a,*,b,c}, E. Jean dit Gautier^{a,b,c}, C. Yazbeck^{d,e}

^a Clinique de gynécologie, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU Lille, université Lille-Nord-de-France, 59000 Lille, France

^b Université Lille-Nord-de-France, 59000, Lille, France

^c Département de gynécologie-obstétrique, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92151 Suresnes, France

^d Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Foch, AP-HP, 40, rue Worth, 92151 Suresnes, France

^e Centre d'assistance médicale à la procréation, clinique Pierre-Cherest, 5, rue Pierre-Cherest, 92200 Neuilly-Sur-Seine, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Endométriome
Réserve ovarienne
Ponction
Kystectomie
Excision
Sclérothérapie
Vaporisation laser
Vaporisation plasma
Ablation

Keywords:

Endometrioma
Ovarian reserve
Aspiration
Cystectomy
Ablative surgery
Sclerotherapy
Laser-vaporization
Plasma-energy
Ablation

R É S U M É

Le traitement chirurgical de l'endométriome rentre souvent dans un cadre de prise en charge plus globale de l'endométriose. L'endométriome isolé reste exceptionnel. La kystectomie ovarienne par cœlioscopie est la technique chirurgicale de référence ; cette chirurgie peut altérer la fonction ovarienne ; l'hémostase ovarienne doit être assurée de façon conservatrice pour le stroma ovarien. La ponction échoguidée du kyste, le drainage cœlioscopique, ou la coagulation bipolaire exclusive ne sont pas recommandés en première intention. Les données actuelles sont insuffisantes pour préciser la place de la destruction au laser ou à l'énergie plasma dans le traitement chirurgical des endométriomes. La sclérothérapie à l'éthanol pourrait constituer une alternative pour les kystes récidivants. Le risque de récurrence augmente en cas de chirurgie incomplète. La recherche et le traitement d'autres localisations pelviennes de l'endométriose sont recommandés lors de la découverte ou de la prise en charge chirurgicale d'un endométriome. Une évaluation de la réserve ovarienne peut être utile avant la chirurgie pour endométriome.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Surgical management of ovarian endometrioma is most often part of a global approach of endometriosis pathology. Isolated endometrioma are rare. Laparoscopic cystectomy is the gold standard for surgical management of endometrioma. Nevertheless, this technique impacts the ovarian function. The hemostasis of the ovarian cyst bed should be performed to conserve the ovarian stroma. Ultrasonography-guided cyst aspiration, laparoscopic drainage and simple bipolar coagulation are not recommended as first line of treatment. Based on the actual literature, we cannot state the place of laser-vaporization and plasma-energy ablation in surgical management. Ethanol sclerotherapy could be an alternative to treat recurrent endometrioma. Uncompleted surgical removal of endometriosis lesions increases the recurrence rate. Endometriosis management should take into account the research and treatment of all the pelvic lesion, especially before surgical management of endometrioma. In this context, the evaluation of ovarian reserve could be useful before surgery.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chrystele.rubod@chru-lille.fr (C. Rubod).

1. Introduction

La présence d'endométriome isolé est exceptionnelle, sa fréquence étant de l'ordre de 1 % des cas [1]. Traiter de la question de la prise en charge chirurgicale des endométriomes isolés se justifie néanmoins par la difficulté technique de cette prise en charge, la fréquence des endométriomes parmi les kystes organiques de l'ovaire, la symptomatologie attribuée à ces kystes, au lien avec l'infertilité, et enfin aux risques potentiels de récurrence. L'endométriome est associé, en plus de la douleur, à un effet délétère sur la fertilité [2], et à une faible réponse aux stimulations ovariennes en assistance médicale à la procréation (AMP) [3].

2. Méthodologie

En 2006 et 2013, sous l'égide du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), des recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été élaborées sur la prise en charge de l'endométriose et sur les tumeurs de l'ovaire présumées bénignes. Dans ce cadre, la prise en charge des endométriomes a été détaillée [4,5]. Notre objectif est de synthétiser les résultats utiles à la pratique et d'identifier des données nouvelles pertinentes pour la prise en charge des endométriomes à partir d'une mise à jour de la littérature sur les 5 dernières années.

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide des moteurs de recherche Pubmed et Cochrane. Cette recherche a été limitée aux publications en langue française et anglaise sans limite de temps en date du 1^{er} janvier 2017, mais en se concentrant sur les 5 dernières années. Les articles ont été sélectionnés sur la base du résumé. Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés. Ont été exclus les cas cliniques, les commentaires et les études non comparatives.

Les différentes recommandations ont été éditées en fonction des techniques chirurgicales possibles et leur potentiel bénéfique en termes de fertilité, douleur et de récurrence. Les niveaux de preuve scientifique (NP) des études et les grades de recommandations ont été définis en utilisant la grille de la Haute Autorité de santé.

3. Impact de l'endométriome sur l'ovaire

3.1. L'endométriome a-t-il un impact sur la fonction ovarienne ?

Deux documents historiques ont étudié la pathologie ovarienne dans le contexte d'endométriome in situ. Le premier est l'article de Sampson [6] décrivant dans une série de 23 cas les principales caractéristiques de l'ovaire au niveau du site de perforation « hémorragique » des kystes :

- les kystes étaient généralement petits, entre 2 et 4 cm ;
- la présence d'adénomyomes associés (connus actuellement en tant qu'endométriose profonde) ;
- la paroi kystique manifeste une activité similaire à celle de l'endomètre, avec saignement dans la muqueuse tissulaire au moment des menstruations ;
- la muqueuse lutéale et endométriale était présente dans 9 % des cas ;
- les kystes étaient bilatéraux dans 35 % des cas.

Le deuxième article, par le pathologiste Hughesdon [7], a décrit une série de 29 ovaires avec des kystes « chocolats » obtenus au

moment de l'hystérectomie chez des patientes plus âgées. Les principales caractéristiques étaient les suivantes :

- dans 90 % des cas, le mur est identifiable comme un cortex ovarien désorganisé ;
- dans de nombreux cas, l'invagination n'est pas uniforme, mais couvre une bonne partie de la cavité avec une paroi relativement mince ;
- en raison de l'étirement, l'architecture normale du cortex interne n'est pas uniforme ;
- celui-ci peut subir une métaplasie musculaire lisse allant jusqu'à 86 % des cas, ce qui élimine tout plan de clivage.

La métaplasie des cellules musculaires lisses dans l'ovaire peut être expliquée de deux façons : le muscle lisse peut provenir d'une métaplasie des cellules stromales endométriales ou du stroma ovarien. Les cellules musculaires pourraient être fonctionnellement actives et impliquées dans la génération de la douleur [8].

Des recherches plus récentes sur les caractéristiques immunohistochimiques confirment que l'endométriome ovarien est associé à une inflammation chronique telle qu'elle se manifeste par une augmentation du stress oxydatif [9], de l'expression du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF) et thrombospondine-1 [10,11], de l'expression du facteur transcriptionnel FOXO3 et de la 8-OHdG [12], de la présence de fibres nerveuses [13] et de l'expression de la cyclo-oxygénase-2 [14]. Ces résultats peuvent expliquer la fibrose cellulaire associée et la métaplasie des cellules musculaires lisses dans le cortex ovarien adjacent.

L'atteinte endométriosique ovarienne est caractérisée par une inflammation chronique, une fibrose cellulaire et une métaplasie des cellules musculaires lisses dans le cortex ovarien adjacent (NP3).

3.2. L'endométriome a-t-il un impact sur la réserve folliculaire ?

La théorie du « burn out » folliculaire a été décrite par Kitajima et al. [15] en partant du principe que l'endométriome peut causer une inflammation du cortex adjacent et une altération structurale du parenchyme, une fibrose massive et une perte du stroma spécifique à la nidation des follicules primordiaux. Une perte focale de la densité folliculaire peut causer une dysrégulation de la folliculogénèse avec augmentation du recrutement et de l'atrésie selon un cercle vicieux aboutissant à une perte du stock folliculaire dormant et résultant en une baisse globale de la réserve ovarienne. Une comparaison de 13 biopsies de cortex ovarien entre ovaire présentant un endométriome et ovaire controlatéral normal a montré la présence d'une atrésie augmentée des follicules primordiaux et une diminution de leurs diamètres ainsi que ceux des ovocytes étudiés dans l'ovaire atteint par rapport à l'ovaire sain.

Dans une étude de biopsies corticales sur des kystes ovariens bénins, Maneschi et al. [16] ont montré que le cortex ovarien étiré et aminci par la croissance d'une tumeur bénigne est, contrairement aux tératomes ou aux cystadénomes bénins, morphologiquement altéré en présence d'endométriomes, et montre une fibrose corticale, une augmentation des macrophages chargés d'hémossidérine, et des vaisseaux sanguins épais avec une réduction des complexes folliculaires. Kitajima et al. [17] ont montré sur des biopsies obtenues à partir de résection de kystes ovariens endométriosiques inférieurs à 4 cm de taille que la densité folliculaire est significativement réduite par rapport au cortex des ovaires controlatéraux normaux. En outre, les modifications du tissu cortical, comme la formation de fibrose et la perte concomitante du stroma spécifique du cortex, ont été également retrouvées dans le cortex des ovaires présentant des endométriomes quelle que soit leur taille. Les auteurs suggèrent que le diagnostic précoce et l'intervention chez les femmes atteintes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926260>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926260>

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