



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Synthèse des stratégies et prise en charge chirurgicale de l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS

Strategies and surgical management of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines

H. Roman^{a,*}, M. Ballester^b, J. Loriau^c, M. Canis^{d,e}, P.A. Bolze^{f,g}, J. Niro^h, S. Ploteauⁱ,
C. Rubod^{j,k}, C. Yazbeck^{l,m}, P. Collinet^{j,k}, B. Rabischong^{d,e}, B. Merlotⁿ, X. Fritel^{o,p,q}

^a Centre expert de diagnostic et prise en charge multidisciplinaire de l'endométriose, clinique gynécologique et obstétricale, CHU Charles Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen, France

^b Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^c Service de chirurgie digestive, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, 185, rue Raymond Losserand, 75001 Paris, France

^d Service de gynécologie-obstétrique et reproduction humaine, CHU Estaing, 1, place Lucie Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

^e Faculté de médecine, Encov-ISIT, UMR6284 CNRS, université d'Auvergne, 28, place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand, France

^f Service de chirurgie gynécologique oncologique, obstétrique, CHU Lyon Sud, 165, chemin du Grand Revoyet, 69495 Pierre Bénite, France

^g Université Claude Bernard Lyon 1, 69000 Lyon, France

^h Service de chirurgie gynécologique, clinique Tivoli, 220, rue Mandron, 33000 Bordeaux, France

ⁱ Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Mère-Enfant, CHU Nantes, 8, boulevard Jean-Monnet, 44093 Nantes, France

^j Clinique de gynécologie, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU Lille, 59000 Lille, France

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

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

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

ⁿ Service de chirurgie gynécologique, clinique Tivoli, 220, rue Mandron, 33000 Bordeaux, France

^o Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, inserm CIC 1402, 2, rue de la Milétrie, 86000 Poitiers, France

^p Université de Poitiers, 86000 Poitiers, France

^q Inserm CIC 1402, 86000 Poitiers, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Endométriose
Chirurgie
Coelioscopie
Endométriose profonde
Endométriose

RÉSUMÉ

Le texte présente les données issues des études de bon niveau de preuve concernant la prise en charge des principales localisations de l'endométriose. Le traitement chirurgical des lésions d'endométriose pelvienne minime à modérée réduit les douleurs chez les patientes symptomatiques et augmente la probabilité de grossesse spontanée chez les patientes infertiles (NP1), par conséquent il est recommandé dans ces deux indications (grade A). Le traitement chirurgical peut être proposé en cas d'endométrioses ovariens de plus de 20 mm de diamètre chez les patientes symptomatiques (NP3). Dans ces cas, la cystectomie permet un taux de grossesse meilleur que l'ablation au courant bipolaire (NP2) et un taux de récurrences inférieur par rapport à l'ablation au courant bipolaire ou au laser (NP2). La technique ablatrice par coagulation bipolaire des endométrioses n'est pas recommandée (grade B). En raison de son efficacité sur les douleurs et l'infertilité, la chirurgie peut être proposée aux patientes symptomatiques atteintes d'endométriose colorectale (NP2). Chez ces patientes, la voie laparoscopique augmente la probabilité de conception spontanée par rapport à la laparotomie (NP2). La résection rectale segmentaire augmente le risque de sténose postopératoire du tube digestif nécessitant des gestes complémentaires, par rapport aux techniques plus conservatrices (*shaving* et exérèse rectale discoïde ; NP2). Pour les endométrioses responsables d'une infiltration du rectum de plus de 20 mm, les techniques conservatrices n'apportent pas un bénéfice significatif en termes de préservation de la fonction digestive (NP2). En raison du risque de fistule digestive, il n'est pas recommandé d'utiliser des barrières

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : horace.roman@gmail.com (H. Roman).

anti-adhérentielles au décours d'une chirurgie pour endométriose profonde comportant une anastomose digestive, lorsque les barrières sont appliquées autour de l'anastomose (grade C). D'autres recommandations concernant la prise en charge des formes variées d'endométriose sont formulées, mais elles sont basées sur des données issues d'études de faible niveau de preuve.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Keywords:

Endometriosis
Surgery
Laparoscopy
Deep endometriosis
Endometrioma

The article presents French guidelines for surgical management of endometriosis. Surgical treatment is recommended for mild to moderate endometriosis, as it decreases pelvic painful complaints and increases the likelihood of postoperative conception in infertile patients (A). Surgery may be proposed in symptomatic patients with ovarian endometriomas which diameter exceeds 20 mm. Cystectomy allows for better postoperative pregnancy rates when compared to ablation using bipolar current, as well as for lower recurrences rates when compared to ablation using bipolar current or CO₂ laser. Ablation of ovarian endometriomas using bipolar current is not recommended (B). Surgery may be employed in patients with deep endometriosis infiltrating the colon and the rectum, with good impact on painful complaints and postoperative conception. In these patients, laparoscopic route increases the likelihood of postoperative spontaneous conception when compared to open route. When compared to conservative rectal procedures (shaving or disc excision), segmental colorectal resection increases the risk of postoperative stenosis, requiring additional endoscopic or surgical procedures. In large deep endometriosis infiltrating the rectum (> 20 mm length of bowel infiltration), conservative rectal procedures do not improve postoperative digestive function when compared to segmental resection. In patients with bowel anastomosis, placing anti-adhesion agents on contact with bowel suture is not recommended, due to higher risk of bowel fistula (C). Various other recommendations are proposed in the text, however, they are based on studies with low level of evidence.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le texte présente la synthèse de la stratégie de la prise en charge de l'endométriose chirurgicale qui sont recommandées sur la base d'études de bon niveau de preuve existante dans la littérature en mars 2017. Les différentes localisations de l'endométriose seront traitées séparément, avec la mention que dans la pratique clinique ces localisations sont le plus souvent associées.

1. Endométriose pelvienne minime à modérée

La chirurgie de l'endométriose pelvienne minime à modérée réduit les douleurs à court et moyen terme (NP1) [1–3], par conséquent il est recommandé de traiter de manière complète les lésions d'endométriose lorsqu'elles sont découvertes lors d'une coelioscopie d'exploration pour des douleurs abdomino-pelviennes (grade B). Les techniques d'exérèse et de destruction ont des efficacités comparables en terme d'amélioration des douleurs (NP2) [4–6].

En cas de découverte d'une endométriose minime à modérée chez une patiente infertile, le traitement des lésions par exérèse ou destruction, associé à l'adhésiolyse, permet une augmentation du taux de grossesse spontanée (NP1) [7].

L'utilisation des barrières anti-adhérentielles permet une réduction des scores d'adhérences postopératoires (NP2) [8], en revanche le bénéfice clinique en termes de réduction du risque de douleurs ou d'infertilité n'a pas été encore démontré par d'études cliniques de bon niveau de preuve [9].

2. Endométriome ovarien

Quand un traitement chirurgical est décidé, la voie d'abord coelioscopique est associée à une réduction des complications postopératoires, des douleurs postopératoires, de la durée d'hospitalisation et du coût, par rapport à la laparotomie (NP1) [10]. Par conséquent, la voie d'abord coelioscopique est recommandée pour le traitement des endométriomes (grade B). La chirurgie des endométriomes ovariens peut réduire la réserve ovarienne (NP2) [11] par l'exérèse ou la destruction du parenchyme ovarien entourant le kyste, avec de possibles effets négatifs

sur la fertilité postopératoire (NP3) [12]. Ce risque est majoré en cas d'endométriomes volumineux, récidivants ou bilatéraux (NP3). Une évaluation de la réserve ovarienne peut être utile avant la chirurgie pour endométriome.

En raison de la persistance ou de la récurrence rapide des douleurs et des endométriomes (NP3) [13], l'attitude expectative ou la ponction échoguidée simple ne sont pas recommandées en première intention chez les femmes douloureuses et en dehors d'une prise en charge en AMP (grade C). En raison d'un taux réduit de récurrences des kystes par rapport à la ponction simple (NP3) [14], la sclérothérapie à l'éthanol peut être proposée chez les patientes présentant des endométriomes récidivants ou prises en charge en AMP (accord d'experts).

L'endométriose ovarienne est très rarement isolée (NP3) et le risque de récurrence augmente en cas de chirurgie incomplète (NP3) [15]. 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 (grade C).

En raison des résultats inférieurs en termes de grossesses postopératoires et de récurrences des endométriomes (NP1) [16], la technique destructive par coagulation bipolaire des endométriomes n'est pas recommandée (grade B). Il manque des études de bon niveau de preuve comparant la cystectomie à la destruction au laser ou à l'énergie plasma pour recommander ces techniques en remplacement de la cystectomie [17,18]. Par conséquent, la cystectomie intra-péritonéale coelioscopique est la technique recommandée pour la prise en charge chirurgicale des endométriomes (grade A). Dans certaines situations, la cystectomie pour endométriome peut conduire à une ovariectomie partielle ou totale en raison de difficultés opératoires. En l'absence de plan de clivage, il est préférable d'abandonner la cystectomie si la patiente souhaite préserver son ovaire (accord d'experts).

3. Endométriose profonde infiltrant la vessie

La prise en charge chirurgicale des lésions d'endométriose vésicale par cystectomie partielle est efficace à long terme sur la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926267>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926267>

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