



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Endométriose profonde et infertilité, RPC Endométriose CNGOF-HAS

Deeply infiltrating endometriosis and infertility: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines

E. Mathieu d'Argent^{a,*}, J. Cohen^a, C. Chauffour^b, J.L. Pouly^b, J. Boujenah^{c,d}, C. Poncelet^{e,f},
C. Decanter^g, P. Santulli^{h,i}

^a Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, GRC6-UPMC, centre expert en endométriose (C3E), université Pierre-et-Marie-Curie Paris 6, hôpital Tenon, CHU de Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

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

^c Service de gynécologie obstétrique, CHU de Bondy, avenue du 14-Juillet, 93140 Bondy, France

^d Centre médical du Château, 22, rue Louis-Besquel, 94300 Vincennes, France

^e Service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier Renée-Dubos, 6, avenue de l'Île-de-France, 95300 Pontoise, France

^f UFR SMBH, université Paris 13, Sorbonne Paris-Cité, 93022 Bobigny, France

^g EA 4308 Gamétogenèse et qualité du gamète, service d'assistance médicale à la procréation et de préservation de la fertilité, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 1, rue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

^h Service de chirurgie gynécologie obstétrique 2 et médecine de la reproduction, CHU de Cochin, AP-HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

ⁱ Inserm U1016, équipe génomique, épigénétique et physiopathologie de la reproduction, département développement, reproduction, cancer, université Paris-Descartes, Sorbonne Paris-Cité, 12, rue de l'École-de-Médecine, 75270 Paris cedex 06, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Endométriose profonde

Endométriose colorectale

Résection digestive

Infertilité

Aide médicale à la procréation

Fécondation in vitro

RÉSUMÉ

L'endométriose profonde est une forme sévère de la maladie, définie par l'infiltration du péritoine en profondeur par le tissu endométriosique. L'atteinte peut concerner la cloison rectovaginale, les ligaments utéro-sacrés, le tube digestif ou la vessie. L'endométriose profonde est responsable de douleurs parfois invalidantes et d'infertilité. En cas d'infertilité et d'endométriose profonde, quelle est la meilleure stratégie thérapeutique à adopter ? Chirurgie de résection des lésions d'emblée puis fécondation in vitro (FIV) en cas d'infertilité persistante ou FIV d'emblée, sans chirurgie ? Après analyse approfondie de la littérature, nous proposons les recommandations suivantes : les études centrées sur la fertilité spontanée des patientes infertiles atteintes d'endométriose profonde retrouvent des taux de grossesses spontanées de l'ordre de 10 % (NP3). Un traitement doit être envisagé chez les patientes infertiles atteintes d'endométriose profonde, lorsqu'elles désirent une grossesse. Une prise en charge en FIV en cas d'infertilité liée à une endométriose profonde non opérée peut donc être proposée. Les taux de grossesse obtenus (spontanément et après AMP) après chirurgie des lésions profondes d'endométriose sans atteinte colorectale varient de 40 à 85 %. Après chirurgie des lésions d'endométriose colorectale spécifiquement, les taux de grossesses (obtenues spontanément et après AMP) sont de 47 à 59 % selon les études. Les études comparant les chances de grossesse après FIV, selon qu'elle est ou non précédée d'une chirurgie, sont contradictoires et ne permettent pas, à ce jour de conclure sur l'intérêt de la prise en charge chirurgicale des lésions profondes avant AMP. En cas d'altération de paramètres de réserve ovarienne (âge, AMH, compte des follicules antraux), il n'existe pas d'argument de niveau de preuve suffisant pour recommander une prise en charge première de l'endométriose profonde par chirurgie ou par AMP. Ainsi, l'étude de la littérature ne retrouve pas de facteurs pronostiques clairs, permettant d'orienter vers une prise en charge préférentielle chirurgicale ou en AMP. Le recours à la FIV-ICSI dans l'indication « endométriose profonde » permet des taux de grossesse satisfaisants sans risques importants, ni en termes d'évolution de la maladie ni en termes de complications des ponctions ovocytaires (NP3), ou de mauvaise tolérance (NP2).

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emmanuelle.mathieu@aphp.fr (E. Mathieu d'Argent).

A B S T R A C T

Keywords:

Deeply infiltrating endometriosis
Colorectal endometriosis
Bowel resection
Infertility
ART pregnancy
IVF.

Deeply infiltrating endometriosis is a severe form of the disease, defined by endometriotic tissue peritoneal infiltration. The disease may involve the rectovaginal septum, uterosacral ligaments, digestive tract or bladder. Deeply infiltrating endometriosis is responsible for disabling pain and infertility. The purpose of these recommendations is to answer the following question: in case of deeply infiltrating endometriosis associated infertility, what is the best therapeutic strategy? First-line surgery and then in vitro fertilization (IVF) in case of persistent infertility or first-line IVF, without surgery? After exhaustive literature analysis, we suggest the following recommendations: studies focusing on spontaneous fertility of infertile patients with deeply infiltrating endometriosis found spontaneous pregnancy rates about 10%. Treatment should be considered in infertile women with deeply infiltrating endometriosis when they wish to conceive. First-line IVF is a good option in case of no operated deeply infiltrating endometriosis associated infertility. Pregnancy rates (spontaneous and following assisted reproductive techniques) after surgery (deep lesions without colorectal involvement) varie from 40 to 85%. After colorectal endometriosis resection, pregnancy rates vary from 47 to 59%. The studies comparing the pregnancy rates after IVF, whether or not preceded by surgery, are contradictory and do not allow, to date, to conclude on the interest of any surgical management of deep lesions before IVF. In case of alteration of ovarian reserve parameters (age, AMH, antral follicle count), there is no argument to recommend first-line surgery or IVF. The study of the literature does not identify any prognostic factors, allowing to chose between surgical management or IVF. The use of IVF in the indication "deep infiltrating endometriosis" allows satisfactory pregnancy rates without significant risk, regarding disease progression or oocyte retrieval procedure morbidity.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

L'association infertilité et endométriose profonde pose le problème de sa prise en charge thérapeutique. Deux alternatives existent : la chirurgie des lésions ou l'aide médicale à la procréation (AMP), avec des stratégies variables selon les atteintes mais aussi selon les équipes et les centres de gynécologie obstétriques et d'AMP.

L'endométriose profonde (*deeply infiltrating endometriosis*) représente une forme sévère d'endométriose et est définie par une infiltration péritonéale de plus de 5 mm en profondeur [1,2]. L'endométriose profonde atteint des structures anatomiques et organes variables, avec une plus grande fréquence des atteintes du compartiment postérieur, incluant le torus uterinum, les ligaments utero-sacrés, la cloison rectovaginale, le colon et le rectum. Plus rarement, elle atteint le pelvis antérieur. Les lésions colorectales, impliquant la jonction recto-sigmoïde et le rectum représentent les formes les plus sévères d'endométriose profonde et affectent 5 à 12 % des patientes présentant une endométriose [3,4].

Selon l'ESHRE, cette atteinte profonde touche 20 % des patientes endométriosiques, dont environ 55 % sont référées à des centres spécialisés [5,6].

En cas d'échec du traitement médical symptomatique ou hormonal, en cas de symptomatologie douloureuse prédominante, les recommandations de bonne pratiques récentes font consensus pour proposer une prise en charge chirurgicale avec résection des lésions d'endométriose profonde pour soulager la douleur et améliorer la qualité de vie des patientes, malgré des risques de complications et d'effets secondaires postopératoires non négligeables (ESHRE Consensus, 2014 [6], « Consensus on current managing of endometriosis » World Endometriosis Society Montpellier consortium HR 2016 [7], NICE 2016 [8]).

La prise en charge des patientes asymptomatiques ou peu symptomatiques, pour lesquelles un traitement médical est efficace, présentant une endométriose profonde associée à une infertilité (spontanée ou induite par le traitement médical), et la définition de stratégies thérapeutiques consensuelles sont

déliçates. Comment définir des critères permettant d'orienter plutôt vers l'AMP ou la chirurgie ? Comment intégrer dans la décision des paramètres comme l'insuffisance ovarienne débutante, l'association à des lésions utérines, tubaires ou ovariennes ? L'analyse de la littérature est rendue délicate par plusieurs facteurs :

- il est difficile de s'assurer que les patientes prises en charge et colligées dans les études publiées présentent bien une réelle infertilité : dans certains cas, le désir de grossesse est secondaire à la chirurgie et une prise en charge en AMP « rapide » après chirurgie est effectuée, sans délai suffisant pour une éventuelle grossesse spontanée ;
- les séries présentant les résultats de patientes opérées ne précisent que rarement si la chirurgie a été motivée par une symptomatologie rebelle au traitement médical ou par l'infertilité elle-même ;
- les classifications d'endométriose utilisées sont variables, souvent sans description anatomique précise des lésions, avec des groupes très hétérogènes de patientes, peu d'entre elles prenant en compte les paramètres anatomiques (lésions tubaires ou ovariennes, adénomyose) ou masculins de fertilité ;
- les techniques chirurgicales, en particulier pour l'endométriose colorectale sont variables, et ne font pas toujours l'objet de descriptions claires ;
- les publications ne détaillent pas toujours le caractère complet ou incomplet des résections chirurgicales effectuées et les gestes associés (ovariens en particulier) ;
- les résultats sont donnés selon les publications en taux de grossesse, sans précisions, ou en taux de grossesse évolutive (le plus souvent à 7 ou 8 semaines d'aménorrhée), plus rarement en taux de naissances vivantes, pourtant objectif principal.

Les questions posées sont donc :

- quelles sont les performances individuelles des différentes stratégies possibles de prise en charge de patientes infertiles présentant une endométriose profonde, que sont l'abstention

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926271>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926271>

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