



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Infertilité et endométriose digestive : faut-il opérer ?[☆]

Bowel endometriosis and infertility: Do we need to operate?

M. Bourdon^{a,b,1}, P. Santulli^{a,*,b,c,1}, L. Marcellin^{a,b,c}, M.C. Lamau^a, C. Maignien^a,
C. Chapron^{a,b,c}

^a Div. Reproductive Endocrine and Infertility, Department of Gynecology Obstetrics II and Reproductive Medicine, faculté de médecine, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, hôpital universitaire Paris centre (HUPC), centre hospitalier universitaire (CHU) Cochin, Assistance publique–hôpitaux de Paris (AP–HP), bâtiment Port-Royal, 53, avenue de l'Observatoire, 75679 Paris 14, France

^b Inserm U1016, Department "Development, Reproduction and Cancer", institut Cochin, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 75679 Paris 14, France

^c Inserm U1016, Department "Development, Reproduction and Cancer", institut Cochin, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 14 juin 2017

Accepté le 11 juillet 2017

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Endométriose digestive

Infertilité

Chirurgie

Aide médicale à la procréation

Keywords:

Bowel endometriosis

Infertility

Surgery

Assisted reproductive technology

RÉSUMÉ

L'endométriose, pathologie bénigne inflammatoire dont la physiopathologie reste mal élucidée, est source de douleurs pelviennes et d'infertilité. Une des caractéristiques principales de l'endométriose est son hétérogénéité clinique et anatomique (lésions péritonéales superficielles, ovariennes et/ou profondes infiltrantes). Parmi les atteintes profondes, une forme particulièrement sévère est l'atteinte digestive. Elle est retrouvée chez 8–12 % des patientes présentant une endométriose profonde. Cette atteinte, surtout en cas d'infertilité associée, constitue un réel challenge pour le gynécologue, posant la délicate question de la conduite à tenir au plan thérapeutique. En effet, l'exérèse chirurgicale complète des lésions, bien qu'efficace sur les douleurs et semblant améliorer la fertilité spontanée, implique des gestes techniquement difficiles et présente un risque non négligeable de complications sévères. Le recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) constitue une alternative pertinente pour améliorer les chances de grossesse. Le choix entre les deux stratégies thérapeutiques est donc très débattu. Les bénéfices et risques de ces deux options doivent être pris en considération et expliqués au couple. L'objectif de ce travail est d'apporter des éléments de réponse à la question suivante : Faut-il opérer les patientes infertiles présentant une endométriose digestive ?

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Endometriosis is a benign chronic inflammatory disease, whose pathogenesis is still unclear. Endometriosis is responsible for infertility and/or pelvic pain. One of the most important features of the disease is the heterogeneity (clinical and anatomical: superficial peritoneal, ovarian and/or deep infiltrating lesions). Bowel involvement constitutes one particularly severe form of the disease, affecting 8–12% of women with deep endometriosis. In case of associated infertility, bowel endometriosis constitutes a real therapeutic challenge for gynecologists. Indeed, while complete resection of the lesions alleviates pain and seems to improve spontaneous fertility, surgery remains technically challenging and may cause severe complications. Reverting to assisted Reproductive Technology (ART) is another valuable therapeutic option regarding pregnancy rates. Thus, the choice between surgical management or ART is still debated. Benefits and risks of these two options should be considered and discussed before

[☆] Cet article est issu d'une communication présentée lors des 22^e Journées nationales de la Fédération française d'étude de la reproduction (Tours, 13–15 septembre 2017).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pietro.santulli@cch.aphp.fr (P. Santulli).

¹ M. Bourdon et P. Santulli sont premiers auteurs de cet article.

planning treatment. In the present study, we aimed to answer the question: Bowel endometriosis and infertility: do we need to operate?

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'endométriose est une pathologie bénigne, inflammatoire et oestrogénodépendante, dont la physiopathologie demeure mal élucidée, bien que l'inflammation semble jouer un rôle central [1]. Elle se définit par la présence de tissu endométrial associant stroma et glandes, en dehors de la cavité utérine [2]. Les manifestations cliniques principales de l'endométriose sont les douleurs d'intensité variable, parfois sévères et invalidantes, ainsi qu'une infertilité, avec un réel impact sur la qualité de vie des patientes [2–4]. Une forme particulièrement sévère d'endométriose est l'atteinte digestive. Elle est retrouvée chez 8–12 % des patientes présentant une endométriose profonde [5]. Dans 90 % des cas, les lésions digestives sont localisées au niveau colorectal [6]. Cette atteinte, surtout en cas d'infertilité associée, constitue un réel challenge pour le gynécologue qui doit choisir entre les deux principales options thérapeutiques : chirurgie ou aide médicale à la procréation (AMP). En effet, la démarche thérapeutique en cas d'infertilité a comme principe, soit de réduire l'état inflammatoire chronique au niveau du pelvis par un traitement chirurgical, soit de contourner l'effet délétère pelvien de l'endométriose sur la conception spontanée par la fécondation *in vitro*. Les traitements médicaux visant à supprimer la fonction ovarienne et l'inflammation sont pour la plupart contraceptifs et efficaces sur les douleurs ; ils ne sont pas compatibles avec une fertilité spontanée [7].

Cependant, l'exérèse chirurgicale complète peut être difficile techniquement et nécessite l'intervention d'une équipe entraînée. Elle est à l'origine de complications dans près de 10 % des cas [8]. De plus, une atteinte ovarienne (endométriome) étant fréquemment associée à l'endométriose digestive [9], une chirurgie complète avec geste ovarien associé fait prendre le risque d'altération de la réserve ovarienne. Ainsi, la prise en charge chirurgicale de l'endométriose digestive en cas d'infertilité associée reste très controversée dans la littérature. À travers ce travail, nous essayerons de répondre à la question : Faut-il opérer les patientes infertiles présentant une endométriose digestive ?

2. Impact de l'endométriose digestive sur la fertilité

Le rôle de l'endométriose digestive per se sur l'infertilité est incertain et difficile à évaluer car celle-ci est rarement isolée. Une endométriose superficielle (Superficial Peritoneal Endometriosis [SUP]) et/ou une atteinte ovarienne (endométrioma [OMA]) associées sont retrouvées dans plus de 50 % des cas d'endométriose profonde (Deep Infiltrating Endometriosis [DIE]) [9]. Par ailleurs, l'atteinte digestive peut également être associée à d'autres localisations d'endométriose profonde comme une atteinte des ligaments utérosacrés, du vagin, des uretères et/ou de la vessie [10]. Les mécanismes qui altèrent la fertilité chez les patientes présentant une endométriose digestive peuvent être multiples et interviennent au niveau de :

- la cavité abdominopelvienne ;
- de l'ovaire et ;
- de l'utérus [2].

En cas d'endométriose, il existe au sein de la cavité pelvienne une inflammation chronique. Des cytokines, chemokines et autres protéines impliquées dans l'inflammation ont été retrouvées à des niveaux élevés dans le liquide péritonéal de patientes atteintes

d'endométriose quelque-soit le type de lésion [1,11,12]. La trompe de Fallope étant exposée à cet environnement inflammatoire, la fécondation qui a lieu en son sein pourrait être affectée. Certains auteurs soulèvent également l'hypothèse d'une diminution de la mobilité spermatique au contact du liquide péritonéal modifié par les facteurs inflammatoires [13,14], et d'une altération de l'interaction entre l'ovocyte et le spermatozoïde [13,15]. Des adhérences, fréquentes en cas d'endométriose profonde peuvent également altérer l'anatomie pelvienne et interférer avec la fonction tubaire [16]. Il en résulte une diminution des chances de conception spontanée ou « *in vivo* ». L'atteinte ovarienne fréquemment associée à l'atteinte digestive pourrait affecter la folliculogénèse et la qualité ovocytaire [17].

De plus en plus de données de la littérature sont en faveur d'anomalies de l'endomètre eutopique [18]. Ces modifications fonctionnelles pourraient altérer la qualité de la réceptivité endométriale et entraîner des échecs d'implantation. Dans un modèle murin, l'apport de liquide péritonéal de femmes infertiles atteintes d'endométriose diminuait significativement le nombre de sites d'implantations ainsi que l'expression endométriale de Leukemia Inhibitory Factor (LIF), un marqueur de la réceptivité endométriale, par rapport aux souris recevant du liquide péritonéal de femmes fertiles [19]. Tout cela semble encore plus complexe si l'on considère l'association entre l'endométriose profonde [20], l'adénomyose et la relation possible entre cette dernière et l'infertilité [21,22]. L'endomètre semble également modifié en cas d'adénomyose [23]. Ces changements moléculaires pourraient aussi participer à la réduction des chances d'implantation en cas d'adénomyose associée [22].

Enfin, les dyspareunies fréquentes chez les patientes atteintes d'endométriose profonde pourraient également entraîner une diminution des rapports sexuels et indirectement, une infertilité.

3. La chirurgie en cas d'endométriose digestive associée à une infertilité

La chirurgie en cas d'endométriose digestive associée à une infertilité est parfois proposée afin d'augmenter les chances de conception spontanée. L'objectif théorique du geste chirurgical est de faire une exérèse complète des lésions d'endométriose afin de rétablir une anatomie et un environnement sain, non inflammatoire pour améliorer la fonction reproductive, soigner les douleurs et limiter le risque de récurrence. Pourtant, une étude contrôlée portant sur 105 femmes présentant un nodule rectovaginal a montré que le taux de grossesse n'était pas significativement différent après chirurgie par rapport à l'expectative [24]. Bien que non randomisée, cette étude qui étudie le rôle précis de la chirurgie sur la fertilité, est la seule disponible actuellement.

Dans une revue de la littérature publiée par Vercellini et al., le taux de grossesse postopératoire variait selon le statut de fertilité initiale des patientes. Sur 571 femmes présentant un désir de grossesse après la chirurgie, 223 (39 %) grossesses avaient été obtenues spontanément ou avec AMP. En prenant uniquement en compte les patientes infertiles avant la chirurgie ($n = 510$), 123 (24 %) avaient obtenu une grossesse après la chirurgie [25]. Pourtant, plusieurs revues sur le sujet semblent en faveur d'un chirurgie radicale même en cas d'atteinte colorectale, afin d'améliorer la fertilité spontanée [26–28]. La plupart des séries de la littérature comportent des biais et tendent probablement à surestimer le taux de grossesse spontanée après chirurgie, du fait de données

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926370>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926370>

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