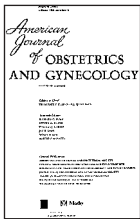




Revue de presse



Symptomatologie avant et après chirurgie d'endométriose colorectale évaluée par l'imagerie par résonance magnétique et l'échoendoscopie endorectale

Symptoms before and after surgical removal of colorectal endometriosis that are assessed by magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography

I Thomassin, M Bazot, R Detchev, E Barranger, A Cortez, E Darai. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1264-71.

Résumé

Cette étude avait pour but d'évaluer l'impact de la résection colorectale pour des nodules d'endométriose profonde sur la symptomatologie fonctionnelle, sur la qualité de vie et ses effets secondaires.

Elle incluait dans une étude prospective de mars 2001 à décembre 2002, 27 patientes qui avaient eu une résection colorectale (25 par coelioscopie et 2 par laparotomie pour antécédents de colostomie pour perforation rectale et association d'un fibrome de 9 cm). La symptomatologie fonctionnelle était évaluée par un questionnaire avant et après la chirurgie. Des scores symptômes et des scores « qualité de vie » ont été analysés.

Les dysménorrhées (89 %) et les dyspareunies (89 %) étaient les symptômes les plus fréquents. Les douleurs de défécation (63 %) étaient les symptômes digestifs les plus fréquents. Des douleurs pelviennes chroniques non cycliques étaient rapportées dans 41 % des cas.

La sensibilité et la valeur prédictive positive de l'échoendoscopie rectale pour le diagnostic d'endométriose colorectale, étaient respectivement de 89 % et de 100 %. Ils étaient de 92,6 % et de 100 % respectivement pour l'IRM. Il existait une bonne corrélation entre la taille de la lésion mesurée par l'imagerie et celle de la pièce opératoire.

L'atteinte digestive était associée dans 52 % des cas à des endométrioses, dans 89 % à des atteintes des ligaments utéro-sacrés, dans 6 % à une atteinte du septum rectovaginal et dans 23 % à une adénomyose utérine. Vingt et une des 27 patientes avaient une oblitération complète du cul de sac de Douglas.

Les gestes associés à la résection digestive étaient des kystectomie dans 11 cas (41 %), une résection du torus utérin dans 25 cas (93 %) avec exérèse unilatérale des ligaments utéro-sacrés dans 5 cas et bilatérale dans 18 cas.

Le suivi moyen postopératoire était de 15 mois (3-22 mois). Tous les symptômes gynécologiques étaient améliorés par la chirurgie. Les douleurs de défécation étaient aussi améliorées. Par contre, les troubles du transit (constipation ou diarrhée) étaient augmentés en postopératoire.

Aucune corrélation n'était trouvée entre l'intensité des symptômes, la taille de la lésion ou la profondeur de l'infiltration. Sur les 27 patientes, 14 étaient guéries, 11 améliorées et 2 aggravées après la chirurgie. Il existait une différence statistiquement significative entre le score symptôme et le score qualité de vie, en pré et postopératoire, respectivement de 8 à 2 et de 9 à 1,6. Six patientes avaient un traitement médical en postopératoire (4 pour une constipation et 2 pour des douleurs résiduelles).

Commentaire

L'endométriose profonde entraîne un important inconfort et une nette altération de la qualité de vie. L'atteinte sous-péritonéale postérieure

est l'une des localisations de l'endométriose la plus difficiles à appréhender, à diagnostiquer et à traiter. En effet, il existe fréquemment une symptomatologie riche et variée, regroupant aussi bien des douleurs génitales (dysménorrhées, dyspareunies profondes), des douleurs pelviennes chroniques non cycliques (NCP) et des douleurs plus ou moins centrées sur la sphère ano-rectale [1]. Les douleurs de défécation seraient les plus spécifiques et les plus fréquentes de l'atteinte colorectale. L'atteinte des ligaments utéro-sacrés est incriminée dans la genèse des dysménorrhées et des dyspareunies. Quant aux NCP, elles sont difficilement reliées à une atteinte précise. Elles regroupent un ensemble de symptômes aussi bien gynécologiques, qu'urinaires ou digestifs [2]. Le deuxième point, caractérisant les atteintes postérieures, est leur multifocalité [3]. Il est donc difficile de rattacher une symptomatologie douloureuse à une atteinte précise lésionnelle. Ainsi, le clinicien doit effectuer le bilan pré-thérapeutique le plus précis possible. Actuellement, le couple IRM-échoendoscopie rectale apporte les meilleurs renseignements prédictifs sur les structures atteintes [4-6].

De nombreuses études ont précisé la place de choix de la coelioscopie pour l'exérèse des lésions d'endométriose [7-9]. Dans des équipes entraînées, la résection digestive peut être réalisée sous coelioscopie. Actuellement, il n'existe pas de consensus sur l'importance de l'exérèse digestive (résection segmentaire, résection partielle, résection en pastille) [10]. Dans cette étude, les auteurs ne retrouvent aucune corrélation entre la profondeur de l'infiltration, l'extension du nodule (analysées par l'imagerie et l'histologie) et l'intensité des symptômes. Histologiquement, une atteinte de la sous-muqueuse était retrouvée uniquement dans 9 cas avec une taille moyenne de la lésion de 2,5 cm pour une résection digestive d'environ 6,7 cm. À notre avis, une évaluation plus précise de l'atteinte digestive est nécessaire. Peut-être qu'une chirurgie *a minima* avec une résection en pastille du nodule représente une option thérapeutique en cas d'absence de sténose digestive documentée ou de rectorragies témoignant d'une atteinte de la muqueuse. Cette prise en charge semble moins lourde que la résection-anastomose. Mais des études complémentaires sont nécessaires pour préciser sa place dans l'arsenal thérapeutique.

Les auteurs analysent les résultats, à moyen terme (15 mois) de la résection-anastomose sur la qualité de vie et sur les symptômes. Selon leurs résultats, il existe une amélioration du score qualité de vie en postopératoire. Ceci est en accord avec l'étude de Ford [11]. De même comme d'autres études [12, 13], on note une amélioration de la symptomatologie douloureuse. Mais les patientes doivent être prévenues de la co-morbidité du geste de résection digestive (risque de stomie transitoire, risque de fistule rectovaginale), de l'apparition secondaire de troubles du transit et d'éventuelles difficultés mictionnelles [7].

Plusieurs points restent à discuter :

Il est difficile d'apprécier le bénéfice en terme de score « qualité de vie ». Les auteurs n'utilisent pas un questionnaire validé, standard.

Le retentissement psychologique de l'endométriose est difficilement analysable, quantifiable. Or, celui-ci est primordial dans le bien être de la personne. L'intervalle entre le début des signes et le diagnostic est toujours très long dans l'endométriose (24 mois dans l'étude). Ce facteur contribue à pérenniser les symptômes rendant d'autant plus difficile leur prise en charge.

La constitution d'un groupe homogène est difficile. La moitié (48 %) des patientes ont déjà un lourd vécu de leur maladie (au moins un antécédent de chirurgie). La multifocalité des lésions, et donc des exérèses chirurgicales rendent difficile l'appréciation du bénéfice de la chirurgie rapportée à une seule exérèse. De plus, la symptomatologie la plus fréquente n'est pas digestive mais génitale (dysménorrhées, dyspareunies) d'où l'amélioration des symptômes par l'exérèse concomitante des ligaments utéro-sacrés (bilatérale dans 18 cas).

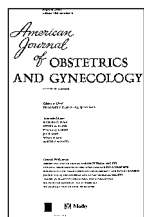
Les complications postopératoires sont peu fréquentes mais elles surviennent chez des femmes jeunes souvent nulligestes. Leurs conséquences sur la fertilité restent méconnues.

En conclusion, ces résultats prometteurs doivent être confirmés par un suivi plus long compte tenu de la tendance à la récurrence de l'endométriose.

F. Marcelli, M. Cosson
CHU de Lille.

RÉFÉRENCES

1. Chapron C, Dubuisson JB, Pansini V, Vieira M, Fauconnier A, Barakat H *et al.* Routine clinical examination is not sufficient for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9: 115-9.
2. Hurd WW. Criteria that indicate endometriosis is the cause of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 1029-32.
3. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V *et al.* Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod* 2003; 18: 157-61.
4. Roseau G, Dumontier I, Palazzo L, Chapron C, Dousset B, Chausade S *et al.* Rectosigmoid endometriosis: endoscopic ultrasound features and clinical implications. *Endoscopy* 2000; 32: 525-30.
5. Fedele L, Bianchi S, Portuese A, Borruto F, Dorta M. Transrectal ultrasonography in the assessment of rectovaginal endometriosis. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 444-8.
6. Chapron C, Dumontier I, Dousset B, Fritel X, Tardif D, Roseau G *et al.* Results and role of rectal endoscopic ultrasonography for patients with deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 1998; 13: 2266-70.
7. Camagna O, Dhainaut C, Dupuis O, Soncini E, Martin B, Palazzo L *et al.* Surgical management of rectovaginal septum endometriosis from a continuous series of 50 cases. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32: 199-209.
8. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Bettoni G, Gotsch F. Long-term follow-up after conservative surgery for rectovaginal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1020-4.
9. Redwine DB, Sharpe DR. Laparoscopic segmental resection of the sigmoid colon for endometriosis. *J Laparoendosc Surg* 1991; 1: 217-20.
10. Redwine DB, Wright JT. Laparoscopic treatment of complete obliteration of the cul-de-sac associated with endometriosis: long-term follow-up of en bloc resection. *Fertil Steril* 2001; 76: 358-65.
11. Ford J, English J, Miles WA, Giannopoulos T. Pain, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111: 353-6.
12. Fedele L, Parazzini F, Bianchi S, Arcaini L, Candiani GB. Stage and localization of pelvic endometriosis and pain. *Fertil Steril* 1990; 53: 155-8.
13. Garry R. The effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16: 299-30314.



Occlusion coelioscopique des artères utérines dans le traitement des fibromes utérins symptomatiques : résultats préliminaires et comparaison avec l'embolisation

Laparoscopic occlusion of uterine vessels for the treatment of symptomatic fibroids: initial experience and comparison to uterine artery embolization

K Hald, A Langebrette, NE Klow, HJ Noreng, AB Berge, O Istre. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 37-43.

Résumé

L'objectif de cette étude norvégienne était de décrire une nouvelle approche thérapeutique conservatrice des fibromes utérins symptomatiques : l'occlusion des artères utérines et des pédicules utéro-ovariens par coelioscopie, et la comparer à l'embolisation.

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, non randomisée portant sur 46 patientes non ménopausées, d'un âge moyen de 43 ans (extrêmes : 34-51 ans), prises en charge entre 1999 et 2003. Vingt-quatre patientes ont été traitées par embolisation et 22 par occlusion coelioscopique des artères utérines et des pédicules utéro-ovariens. Les patientes incluses dans le groupe « embolisation », l'ont été indépendamment de la taille de l'utérus ou des fibromes. En revanche, dans le groupe « coelioscopie », le(s) fibrome(s) ou l'utérus ne dépassaient pas l'ombilic. Le volume utérin moyen était ainsi plus important dans le groupe « embolisation ». L'indice de masse corporelle était également plus élevé dans ce groupe.

La technique de l'embolisation est celle décrite dans la littérature. Les particules utilisées étaient non résorbables (particules de Polyvinylalcool). L'occlusion artérielle coelioscopique était réalisée, de façon bilatérale, par mise en place d'un clip vasculaire à l'origine de l'artère utérine et par électrocoagulation bipolaire des pédicules utéro-ovariens.

Les résultats ont été appréciés sur le plan fonctionnel par la disparition des troubles secondaires aux fibromes et sur le plan anatomique, par la réduction de la taille des fibromes en imagerie (échographie ou

IRM). L'importance des ménorragies était évaluée à l'aide d'un score semi-quantitatif (le « pictorial blood loss assessment score », PBAC) [1]. L'absence de régression des symptômes liés aux fibromes, le recours secondaire à la chirurgie ou à un dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel étaient considérés comme des échecs. Les contrôles ont été effectués à 6 semaines puis à 3 et 6 mois.

L'embolisation a pu être effectuée de façon bilatérale dans 22 cas sur 24 et unilatérale dans 1 cas. Dans un cas, l'embolisation n'a pas été possible en raison d'un vasospasme utérin bilatéral. Aucune complication immédiate n'a été observée en dehors de 3 cas d'hyperthermie modérée 3 à 8 jours après la procédure. Une hystérectomie a été effectuée au 4^e mois pour nécrose utérine extensive.

L'occlusion coelioscopique a été réalisée avec succès dans tous les cas. Les complications à court terme ont été essentiellement trois cas de lésion du nerf obturateur d'évolution favorable et un cas d'embolie pulmonaire postopératoire.

Les doses de traitement antalgique après embolisation étaient plus élevées qu'après occlusion coelioscopique. Quatre patientes, 2 dans chaque groupe, ont présenté une élévation transitoire de la FSH plasmatique.

À 3 mois, toutes les patientes du groupe « embolisation » ont rapporté une diminution du volume des règles (diminution du PBAC de 63 %). Dix-sept patientes du groupe « coelioscopie » ont rapporté une diminution du PBAC de 50 % (différence non significative).

Avec un recul moyen de 6 mois, la réduction du volume des fibromes et de l'utérus était comparable dans les deux groupes.

Deux hystérectomies et une endoméctomie avec pose d'un dispositif intra-utérin au lévonorgestrel ont été nécessaires pour persistance des ménorragies dans les suites de l'occlusion coelioscopique. Une hystérectomie pour nécrose utérine extensive a été nécessaire après embolisation (cas signalé ci-dessus).

Commentaire

Le traitement de référence des fibromes utérins symptomatiques était, jusqu'à ces dernières années, principalement chirurgical, conservateur (myomectomie) ou radical (hystérectomie). Depuis 1995, l'embolisation est proposée comme alternative au traitement chirurgical dans la prise en charge des fibromes utérins symptomatiques [2]. Bien que cette technique soit encore en cours d'évaluation, notamment chez les femmes jeunes désireuses de conserver leur fertilité, son efficacité et ses avantages ne sont plus contestables [3]. Malheureusement, elle reste limitée aux centres disposant d'un service de radiologie interventionnelle.

L'embolisation intéresse essentiellement les vaisseaux alimentant les fibromes et respecte le myomètre normal, ce qui entraîne une ischémie responsable de la nécrose sélective des myomes puis leur réduction de volume et la disparition des symptômes [2, 3]. L'ischémie explique également les douleurs observées après la procédure. Ces douleurs répondent habituellement aux traitements antalgique et anti-inflammatoire [3]. Elle est habituellement réalisée sous anesthésie locale éventuellement associée à une neuroleptanalgie. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 36 à 48 heures [3]. Toutes les études publiées font état de résultats analogues avec environ 90 % des succès se maintenant dans le temps [3]. Les complications rapportées sont dans l'ensemble rares. Les complications graves sont estimées à moins de 1 % (0,25 % dans la série de Ravina portant sur 454 embolisations) [3]. Dans les premières publications, les femmes jeunes désireuses de conserver leur fertilité représentaient une contre-indication en raison des risques de ménopause précoce. Depuis quelques années, plusieurs grossesses sans complications obstétricales, ont été rapportées permettant ainsi d'élargir les indications à cette population [3].

L'occlusion coelioscopique des artères utérines et des pédicules utéro-ovariens est-elle une alternative thérapeutique conservatrice efficace des fibromes utérins symptomatique ?

Cette étude norvégienne confirme et démontre la faisabilité de la technique, déjà rapportée dans la littérature. En effet, plusieurs cas cliniques et courtes séries ont été publiés sur ce sujet [4]. Les résultats préliminaires semblent encourageants. Dans cette série, malgré un faible effectif, les résultats semblent comparables, à court terme, à ceux de l'embolisation. Cependant, cette technique ne semble pas envisageable en cas de volumineux utérus atteignant ou dépassant l'ombilic. Elle nécessite une bonne maîtrise de la coelioscopie et ne peut donc être effectuée que par des chirurgiens rompus à la technique et habi-

tués à l'abord de l'espace rétropéritonéal. La durée moyenne de l'hospitalisation est supérieure à 48 heures !

Dans cette étude, les complications immédiates semblent plus fréquentes avec l'occlusion coelioscopique qu'avec l'embolisation.

En conclusion : cette étude rapporte les avantages déjà connus de l'embolisation définitive dans le traitement conservateur des fibromes utérins symptomatiques et la faisabilité de l'occlusion des artères utérines par coelioscopie. D'autres études sont nécessaires avant de valider cette dernière et de définir la population qui pourrait en bénéficier. Toutefois, avec la diffusion de l'embolisation, moins invasive, les indications de l'occlusion vasculaire coelioscopique devraient rester exceptionnelles.

N'Dayé Mubiayi, M. Cosson,
CHU de Lille.

RÉFÉRENCES

1. Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. *Br J Obstet Gynaecol* 1990 ; 97 : 734-9.
2. Ravina JH, Herbreteau D, Ciraru-Vigneron N, Bouret JM, Houdart E, Aymard A *et al*. Arterial embolisation to treat uterine myomata. *Lancet* 1995 ; 346 : 671-2.
3. Ravina JH, Aymard A, Ciraru-Vigneron N, Clerissi J, Merland JJ. Embolisation des fibromes utérins : résultats sur 454 cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2003 ; 31 : 597-605.
4. Liu WM, Ng HT, Wu YC, Yen YK, Yuan CC. Laparoscopic bipolar coagulation of uterine vessels : a new method for treating symptomatic fibroids. *Fertil Steril* 2001 ; 75 : 417-22.