

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge de l'endométriose

Traitement chirurgical et fertilité

Décembre 2017

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ENDOMÉTRIOSE

Le choix du traitement chirurgical est guidé par :

- l'efficacité et les effets indésirables des traitements ;
- l'intensité et la caractérisation de la douleur ;
- la sévérité et la localisation de l'endométriose ;
- les attentes de la patiente et un éventuel souhait de grossesse.

Lors d'un traitement chirurgical de l'endométriose :

- préférer la voie d'abord chirurgicale coelioscopique ;
- en cas d'atteinte profonde : préserver les nerfs végétatifs pelviens à chaque fois que cela est possible.

Endométriose pelvienne minime à légère (stades I et II ASRM)¹

- Traiter de manière complète les lésions d'endométriose pelvienne découvertes à la coelioscopie.
- Les techniques d'exérèse et de destruction ont des efficacités comparables pour l'amélioration des douleurs.
- En cas d'infertilité, le traitement des lésions, associé à l'adhésiolyse, permet une augmentation du taux de grossesses spontanées.

Endométriome ovarien

- Procéder à une kystectomie intra-péritonéale coelioscopique. Si la kystectomie risque de conduire à une ovariectomie partielle ou totale en raison de difficultés opératoires alors que la patiente souhaite préserver son ovaire, il est préférable d'abandonner la kystectomie.
- Rechercher et traiter d'éventuelles autres localisations pelviennes de l'endométriose.
- En cas d'endométriomes récidivants : la sclérothérapie à l'éthanol peut être proposée.
- Éviter de réaliser une ponction échoguidée simple en raison du risque de la persistance ou de la récurrence rapide des douleurs et des endométriomes.
- Éviter la technique destructive par coagulation bipolaire en raison d'un risque de baisse de grossesses postopératoires et de récurrences.

1. ASRM : [www.fertstert.org/article/S0015-0282\(97\)81391-X/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(97)81391-X/pdf)

Endométriose profonde infiltrant la vessie

- Procéder à une cystectomie partielle. Cette technique est efficace à long terme sur la diminution des symptômes douloureux et sur le risque de récurrence, avec un faible taux de complications sévères.
- Éviter la résection d'un nodule d'endométriose vésicale uniquement par voie transurétrale.

Endométriose profonde des uretères

- Les techniques conservatrices (urétérolyse) ou radicales (résection urétérale avec anastomose termino-terminale ou résection urétérale et réimplantation vésicale) sont efficaces sur la diminution des symptômes douloureux, de la dilatation des voies urinaires supérieures et sur le risque de récurrence avec un faible taux de complications sévères.
- Pour les techniques radicales (anastomose, réimplantation) :
 - prise en charge par une équipe chirurgicale multidisciplinaire (gynécologique et urologique) ;
 - surveillance postopératoire par imagerie (risque de sténose de l'anastomose urétéro-urétérale ou du site de réimplantation urétérovésicale et risque d'atrophie rénale).

Endométriose profonde infiltrant le colon et le rectum

- Utiliser de préférence la voie d'abord coelioscopique.
- Procéder à une résection des lésions pelviennes d'endométriose aussi complète que possible.
- Éviter l'utilisation de barrières anti-adhérentielles autour de l'anastomose digestive.
- En cas d'endométriose du bas rectum : discuter de la nécessité de réaliser une dérivation digestive temporaire et en informer la patiente.
- Informer la patiente du risque de complications postopératoires graves.
- Mettre en place une prise en charge multidisciplinaire.

Intérêt de l'hystérectomie conservatrice ou avec annexectomie bilatérale

- Peut être proposée chez les patientes sans souhait de grossesse.
- Permet de réduire le risque de récurrence.
- Discuter avec la patiente du choix de la conservation ovarienne.
- Si besoin, un traitement hormonal de la ménopause (THM) peut être proposé en cas d'endométriose.

Endométriose extra-pelvienne : pariétale, diaphragmatique, thoracique

- Prévoir une consultation avec un gynécologue pour rechercher une atteinte pelvienne associée.
- Proposer un traitement chirurgical (efficace sur les douleurs).

PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ

Elle doit être conduite par des équipes pluridisciplinaires comprenant des radiologues spécialisés en imagerie de la femme, des gynécologues médicaux, des chirurgiens gynécologues, urologues et digestifs, des praticiens spécialisés en AMP, des praticiens de la douleur et des psychologues.

En cas d'endométriose minime à légère, l'utilisation d'une stimulation ovarienne, avec ou sans insémination intra-utérine, en postopératoire, peut être envisagée.

Après une chirurgie, utiliser l'*Endometriosis Fertility Index*² pour guider la stratégie en vue de l'obtention d'une grossesse.

Éviter la prescription d'un traitement hormonal antigonadotrope qui ne permet pas d'augmenter le taux de grossesses hors FIV, y compris en postopératoire.

Principes de la prise en charge en FIV en cas d'endométriose

- Les résultats de la prise en charge en AMP par FIV en termes de taux de grossesses et de naissances ne semblent pas affectés par l'existence d'une endométriose ou par son stade. En cas d'endométriose, le nombre d'ovocytes recueillis semble être plus faible, notamment en cas d'endométriose sévère.
- Les études sur la stimulation de l'ovulation pour FIV ne montrent pas d'aggravation des symptômes liés aux lésions d'endométriose, ni d'accélération de son évolution, ou d'augmentation du taux de récurrence de la maladie.
- En cas d'endométriose :
 - il n'y a pas lieu de privilégier l'ICSI par rapport à la FIV classique en première intention ;
 - utiliser un protocole agoniste ou un protocole antagoniste.
- En cas d'endométriose et FIV :
 - mettre en place un prétraitement avant stimulation par analogue agoniste de la GnRH ou par contraception œstroprogestative.

FIV et endométriose superficielle

- Il n'y a pas lieu de réaliser un traitement chirurgical de l'endométriose superficielle dans le seul but d'augmenter les chances de grossesse en FIV.

FIV et endométriome

- Il n'y a pas lieu de réaliser un traitement chirurgical dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV.
- Il n'y a pas lieu de réaliser une aspiration transvaginale systématique sous contrôle échographique des endométriomes avant FIV afin d'augmenter les taux de grossesses.
- En cas d'endométriome pouvant gêner la ponction ovocytaire, celui-ci peut être drainé par voie vaginale écho-guidée avec ou sans alcoolisation.

FIV et endométriose profonde

- Une FIV peut être proposée afin d'augmenter les taux de grossesses.
- Il n'y a pas lieu de réaliser un traitement chirurgical de l'endométriose profonde avant FIV dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV.
- En cas d'échec d'une ou plusieurs tentatives de FIV dans un contexte d'endométriose profonde, mettre en place une concertation médico-chirurgicale.

FIV et endométriose récidivante

- Mettre en place une concertation médico-chirurgicale pour discuter d'une prise en charge adaptée en tenant compte de la symptomatologie, des risques opératoires et des facteurs d'infertilité associés.

Préservation de la fertilité en cas d'endométriose

- Discuter avec la patiente des possibilités de préservation de la fertilité.

