

CHIRURGIE de la REPRODUCTION

Dr J. VIALARD

Me le Dr Parawna ZAKA

Rennes mardi 16 mars 2009

L 'ENDOSCOPIE de DIAGNOSTIC (1)

■ Hystérocopie

- Peu de place / échographie et l 'échocsonographie +/-Doppler utérin – voire IRM
- On recherche :
 - pathologie endo-utérine
 - Degré d 'adénomyose - Fibrome(s)
 - perfusion utérine
- Geste opératoire ?

L 'ENDOSCOPIE de DIAGNOSTIC (2)

■ Coelioscopie

- ***signes d 'appel*** : cliniques, biologiques (sérologie de chlamydiae..) ou imagerie HSG voir salpingographie sélective
- Bénéfice/risque
- Coelio-chirurgie?

HYSTEROSCOPIE OPERATOIRE

- Synéchies utérines →
- Polypes
- Fibromes



HYSTEROSCOPIE OPERATOIRE (2)

■ *Plastie d'agrandissement – utérus distilbène*

- *Débat et synthèse 12ème journées nationales de la FFER
(Amiens 3 et 4 octobre 2007)
S.EPELBOIN (contre) - AUBRIOT (pour)*

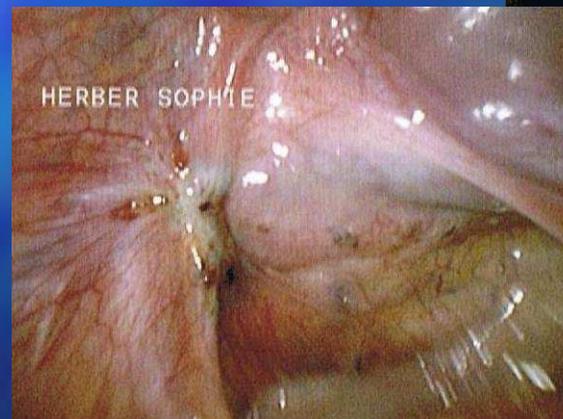
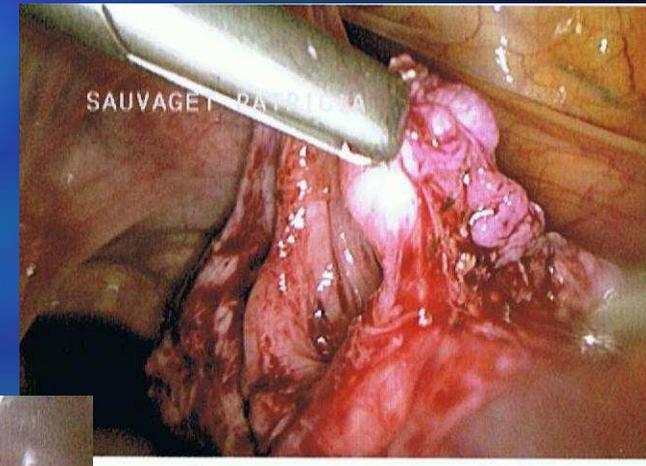
- Bilan complet de l'infertilité +++ et traitement médical
- Jamais systématique
- Discuté par certain si nulligeste > 35 ans, maladie abortive, pré-FIV
- Peser le bénéfice risque (placenta accreta – rupture utérine)

COELIO-CHIRURGIE

- Bilan adhérences avaro-tubaires +/- tuboscopie (plis ampullaires résiduels)

- ▶ Plastie tubaire

- Fimbrioplastie
- +/- néo-salpingostomie



- Endométriose ...

COELIO-CHIRURGIE (2)

- Myomectomie
- Salpingectomie (avant FIV – hydrosalpinx)
- Kyste de l'ovaire – Tumeur border-line
 - Risque de laparotomie si échec

PRISE en CHARGE des FIBROMES (1)

- *Controverse persistante*

- lien toujours difficile à prouver
- forte prévalence - augmente avec l 'âge
- les chances de grossesse - diminue avec l 'âge

PRISE en CHARGE des FIBROMES (2)

- *Fibromes sous-muqueux ou déformant la cavité utérine*
 - Klatsky *et al.* (2007) don d 'ovocyte RR 0,3
 - Méta-analyse RR 0.3
 - Pritts en FIV (2001)
 - Somigliana *et al.*(2007)
- ⇒ CHIRURGIE

PRISE en CHARGE des FIBROMES (3)

■ *Fibromes intra-muraux - La grande controverse*

- Klatsky *et al.* (2007) Don d 'ovocyte pas d 'influence
- Oliveira *et al.* (2007) En FIV influence si fibrome > 4cm ou déformant la cavité utérine
- Vimercat *et al.* (2007) FIV 3 groupes (témoin, opérée, fibromes) pas d 'intérêt < 4cm
- Benecke *et al.* (2005) RR 0,7

PRISE en CHARGE des FIBROMES (4)

- *Fibromes sous-séreux*
 - pas d 'intérêt de la chirurgie (sauf symptomatique)

PRISE en CHARGE des FIBROMES (5)

- *Fertilité et résultats en AMP après myomectomie*
 - certaines études 50% de grossesses spontanées à 1an!
 - Surtout vrai si ménorragies
 - résultats identiques par coelio-chirurgie ou laparotomie
 - rupture utérine pdt grossesse 1%
 - Récidive de fibrome > 25%
 - Aucune étude randomisée

PRISE en CHARGE des FIBROMES (6)

■ *Impact de la myomectomie avant AMP sur le pronostic obstétrical*

– Risques publiés (Coronado - 2000 - Sheiner 2004)

- RCIU 6,8% Vs 1,9%)
- HRP 2,8% Vs 1,9%
- Présentation dystocique 16,9% Vs 2,4%
- RPM 5,5% Vs 0,6%
- Césarienne 57,7% Vs 10,8%
- Transfusion 4,2% Vs 1,4%

Bravo aux
myomectomies.
Mais...

– Pas de conclusions possibles - Aucune étude randomisée

PRISE en CHARGE des FIBROMES (7)

■ Traitement chirurgical (référence)

- résection endoscopique - Hystéroscopie opératoire : fibrome sous-muqueux unique < 4cm
- Sinon laparotomie pour fibromes sous-muqueux > 4cm ou multiples
- Coelio-chirurgie pour fibromes intra-muraux < 8cm et < à 4 ou 5 sinon laparotomie

■ Alternatives

- myolyse per-coelioscopique ou les ultra-sons non validés (fertilité ou devenir obstétrical)
- CI de l 'embolisation Usadi 2007 : IO ou complications obstétricales

PRISE en CHARGE des FIBROMES (8)

■ **CONCLUSION**

- Opérer les fibromes sous-muqueux +++
- Opérer les fibromes intra-muraux > 4cm avant FIV (danger des adhérences en IO ou IIU)
- Opérer les fibromes symptomatiques (douleur)
- peser le bénéfice/risque
 - chirurgie (pertes sanguines - adhérences)
 - complications obstétricales (rupture utérine)

PRISE en CHARGE de L'ENDOMETRIOSE dans L'INFERTILITE

■ Références :

- Schémas thérapeutiques AFSSAPS 2005
- Recommandations de prise en charge de l'endométriose – CNGOF 29 novembre 2006

PRISE en CHARGE de L'ENDOMETRIOSE (2)

- **3 à 5% de la population générale**
- **Douleur 70%**
- **Infertilité 30%**
- **90% de formes minimales**

PRISE en CHARGE de L 'ENDOMETRIOSE (3)

1 - Infertilité

- bilan féminin (réserve ovarienne)
- bilan masculin

2 – Interrogatoire et examen clinique à la recherche d'une endométriose

PRISE en CHARGE de L'ENDOMETRIOSE (4)

1ère interrogation : faut-il rechercher une endométriose dans un contexte d'infertilité inexplicquée?

- Évolution des idées depuis les années 1980
où Infertilité = coelioscopie
- Facteurs de cette évolution:
 - ✓ progrès : dosages hormonaux, échographie, traitements
 - ✓ médecine basée sur les preuves – peu de choses
- Bénéfice? RMO
 - ✓ Risques de la coelioscopie (+/- coelio-chirurgie) mieux évalués
 - mortalité 3,33/100.000 (CHAPERON – 2001)
 - vasculaires 0,018% - digestifs 0,04%

PRISE en CHARGE de L'ENDOMETRIOSE (5)

Indications actuelles

✓ *Bilan de base négatif (et qui le reste)*

→ *Pas de coelioscopie* (probabilité de retrouver une lésion significative est faible)

→ Induction de l'ovulation puis IIU +/- FIV

Fonction de l'âge de la patiente, durée infertilité..

- Pour: FARQUHAR 2002 – FATUM 2002

- Contre: CORSON 2000

- Place de la **micro coelioscopie**? (AUDEBERT 2000 - BENIFLA 2000)

de la **fertiloscopie** ? (WATRELOT 1999)

PRISE en CHARGE de L'ENDOMETRIOSE (6)

- ✓ **Attitude discutée par certains:**
 - pas avant 2 ans d'infertilité
 - Après échec induction de l'ovulation, avant IIU
 - Si échec FIV !
- ✓ **Lésions significatives suspectées :** endométriose, adhérences, hydrosalpinx, masse annexielle organique...
 - **Coelioscopie avec coelio-chirurgie**

PRISE en CHARGE de L'ENDOMETRIOSE (7)

**2ème interrogation : quel type de
coelioscopie en cas signes d'appel ?**

**LES GRANDS POINTS A RETENIR de la coelioscopie
dans ce cadre**

Attitude pour les endométrioses minimales à modérées

- ⇒ Bilan lésionnel précis - classification
- ⇒ Ne pas méconnaître une endométriose sous-péritonéale associée (examen sous AG)
- ⇒ Pas de coelio-chirurgie si :
 - pelvis inflammatoire avec une endométriose floride étendue – traitement médical de 3 mois
 - Si plus sévère que prévue: bilan puis reprogrammation

PRISE en CHARGE de L'ENDOMETRIOSE (8)

- ⇒ Détruire l'ensemble des lésions (coagulation, laser ...)
 - Diminue les récurrences
 - Traite l'infertilité (MARCOUX 1997)
- ⇒ Respecter les règles de micro-chirurgie: adhérences, hydrosalpinx...
- ⇒ Peu ou pas de place pour les traitements médicaux
(progestatifs, agonistes du GnRH ...)

PRISE en CHARGE de L'ENDOMETRIOSE (9)

**3ème interrogation : kyste(s)
endométriosique(s) – Quelle attitude ?**

GENERALITES

- ⇒ Lésions ovariennes présentes dans 31 à 44% des endométrioses – Nette prédominance côté gauche (JENKINS – 1986)
- ⇒ Traitements médicaux inefficaces
- ⇒ Ca 125 peu utile (corrélé taille – récidence)

PRISE en CHARGE de L'ENDOMETRIOSE (10)

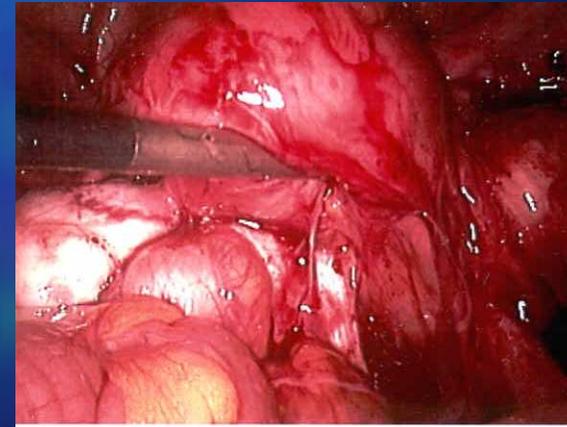
- ⇒ Éliminer kyste hémorragique (10% des cas – BENIFLA 1994)
- ⇒ Infertilité liée aux lésions péritonéales associées – Kyste isolé n'est pas un facteur d'infertilité (KURATA – 1993)
- ⇒ Éliminer une tumeur borderline (4% VERCELLINI 1993 – DONNEZ 1996)

Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

ISOLE : meilleur pronostic / fertilité
(DONNEZ – 1996)

2 –
2 situations très différentes

COMPLEXE: avec adhérences + implants

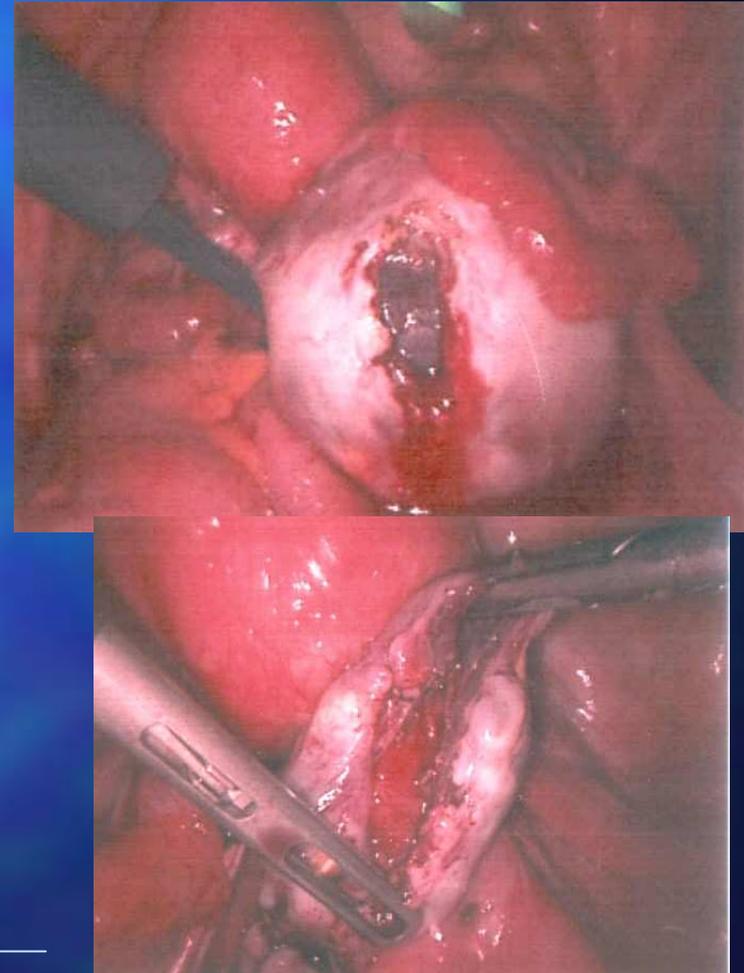


Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

TECHNIQUES

a) KYSTECTOMIE

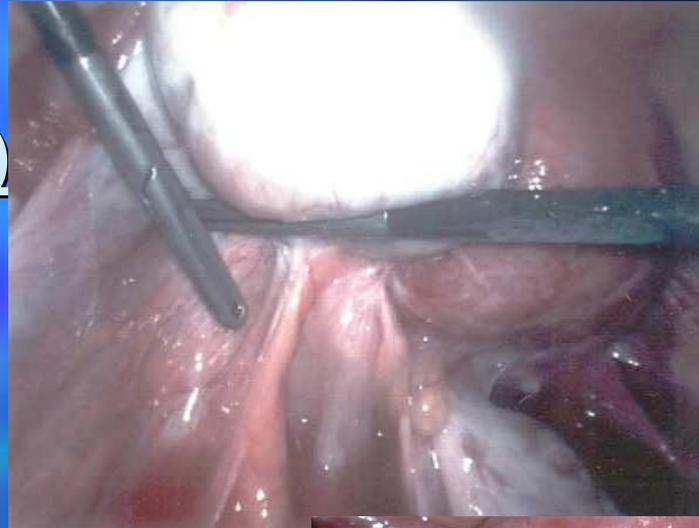
- référence taille > 3cm
- Coelio > laparo
- intrapéritonéal > trans-pariétale (volumineux)
- anatomo-pathologie



Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

KYSTECTOMIE (suite)

- Traitement lésions associées
- Si kystectomie incomplète -> électrocoagulation ou laser
- **PRESERVER le CAPITAL OVARIEN**



Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

b) Drainage – vaporisation laser secondaire

- Pocédure : ponction – agonistes du GnRH – coelio-chirurgie à 3 à 6 mois
- préserve le stock ovocytaire
- bons résultats DONNEZ 1996 : taux de récurrences et fertilité
- HEMMINGS – 1998 - Idem électro-coagulation
- pour BERETTA 1996 - étude randomisée kystectomie > drainage – vaporisation

Pour nous: très volumineux endométriomes, ou endométriose sévère inflammatoire

Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

c) Ovariectomie – annexectomie

- peu de place dans le cadre de l'infertilité
- rares indications sur endométriose annexielle unilatérale (annexe controlatéral normal) : récurrence, douleur...

Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

RESULTATS

a) Taux de récurrence

- ✓ varie 8 à 22% / séries (FAYER 1991- CANIS 1992 – BENIFLA 1994 – DONNEZ 1996)
- ✓ risque augmente avec :
 - jeune âge (< 24ans)
 - Infertilité II
 - Stade endométriose (Trt souvent incomplet dans les formes sévères)
- ✓ Traitement peu chirurgical – ponction échoguidée ? (ZANETTA – 1995) risque infectieux 1% - récurrence de 50 à 90% - patiente multiopérée ou en FIV

Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

b) Fertilité

- ✓ Kyste isolé : pronostic fonction du bilan de base
- ✓ Endométriose complexe
 - séquelles adhérentielles (coaptation ovaro-tubaire)
 - Reliquat implants
 - Réserve ovarienne

PRISE en CHARGE de L 'ENDOMETRIOSE (12)

**4ème interrogation : Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale):
qu'en faire ? que dire ?**

- Cas peu fréquents, souvent hors infertilité
- L 'association des deux complique la prise en charge thérapeutique
- L 'apport de la coelio-chirurgie depuis les années 80 a modifié cette prise en charge thérapeutique

Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

L'ÉTAPE de la DECISION

a) - L'information la plus éclairée

- Pathologie – « staging »
- possibilités thérapeutiques
- risques et résultats
- Bilan d'infertilité (réserve ovarienne, trompes , spermogramme)

b) - Schématiquement - sous traitement médical

- ⇒ Formes peu ou pas symptomatiques endométriose sous -péritonéale + endométriose génitale minime
- sans autre facteur d'hypofertilité = abstention ou induction simple dans un 1er temps
 - avec un ou plusieurs facteurs d'hypofertilité associés = PMA
-

Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

⇒ Formes peu ou pas symptomatiques + stade adhérentiel sévère = FIV protocole long 1 à 3 mois (BRAMI - WILLIAMS)

⇒ Formes symptomatiques (malgré traitement médical) = proposition de chirurgie

- Information
- chirurgie lourde, à haut risque et difficile, pour une pathologie fonctionnelle
- fréquemment multidisciplinaire
- résultats parfois décevants

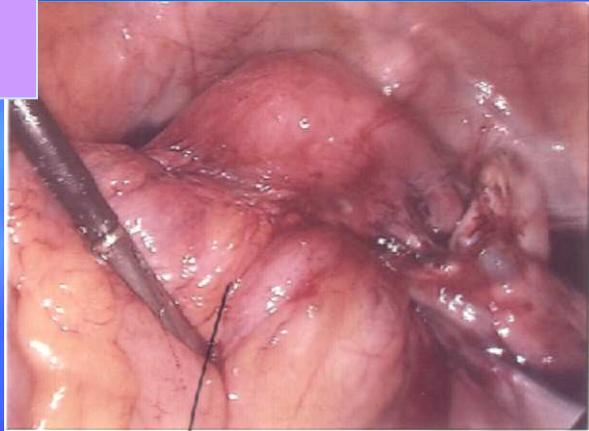
Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

TECHNIQUES CHIRURGICALES

La coeliochirurgie est aujourd'hui la référence, mais la laparotomie garde toute sa place.

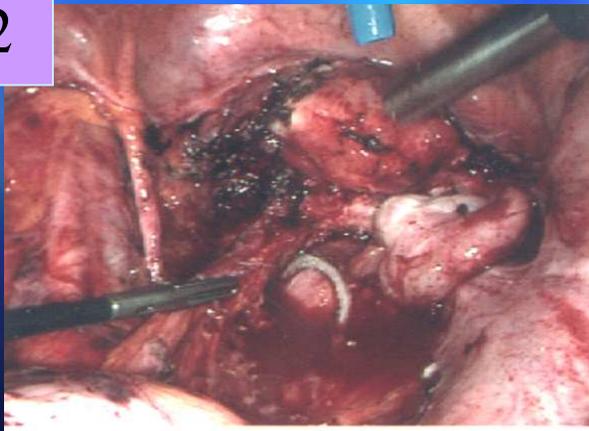
- Lésions digestives (résections recto-sigmoïdiennes ou caeco-appendiculaires)
- Traitement des lésions génitales (endométriose + adhérences)
- Lésions urinaires
- Endométriose génitale: récurrence d'endométriome (vaporisation laser)

1



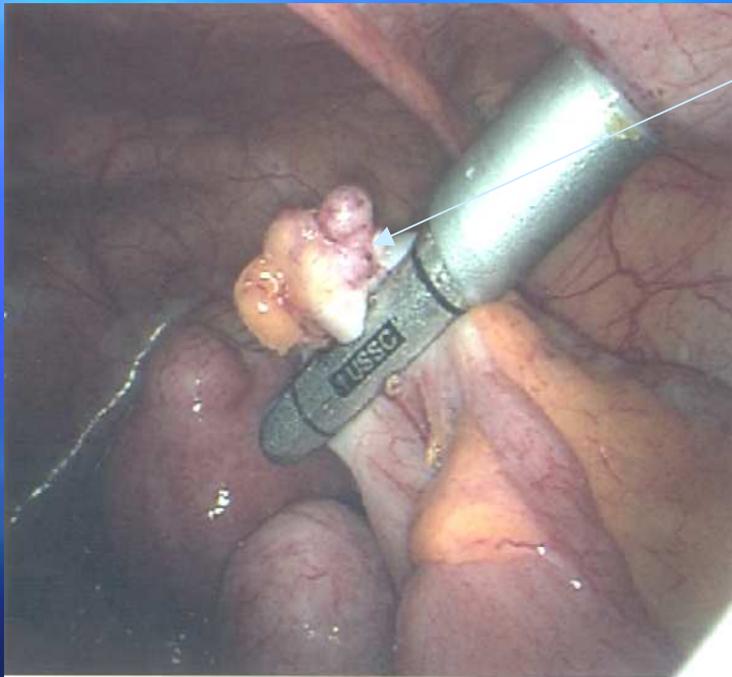
Patiente 30ans - KOG 95
Sténose sigmoïdienne en 96
Annexectomie G + résection
digestive 9/96
Grossesse spontanée 11/97

2



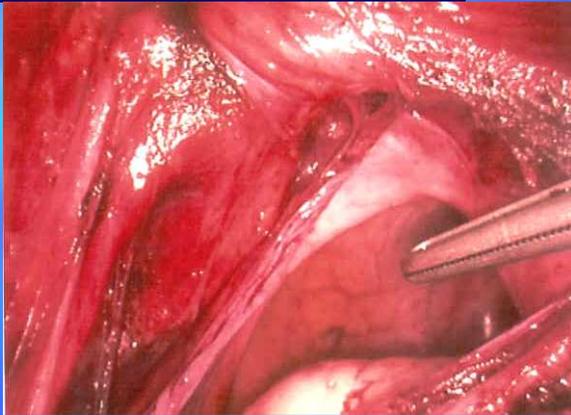
3





Endométriose caeco-
appendiculaire

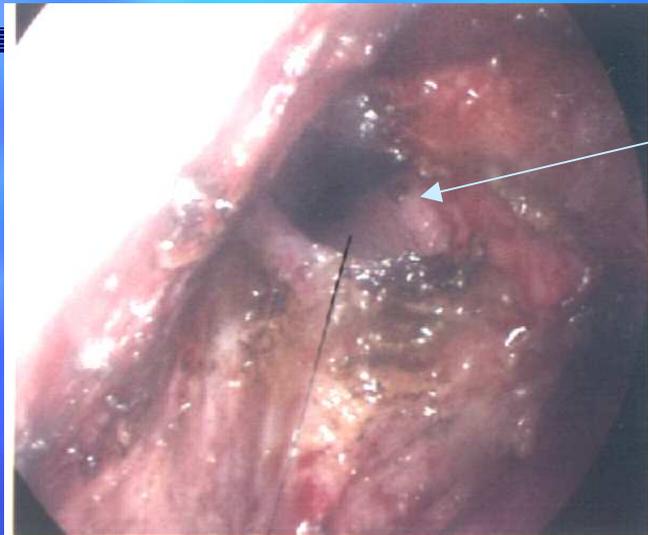
Patiente de 38ans
Endométriose digestive
et génitale Stade III rAFS
Double résection digestive



Endométriose vésicale droite



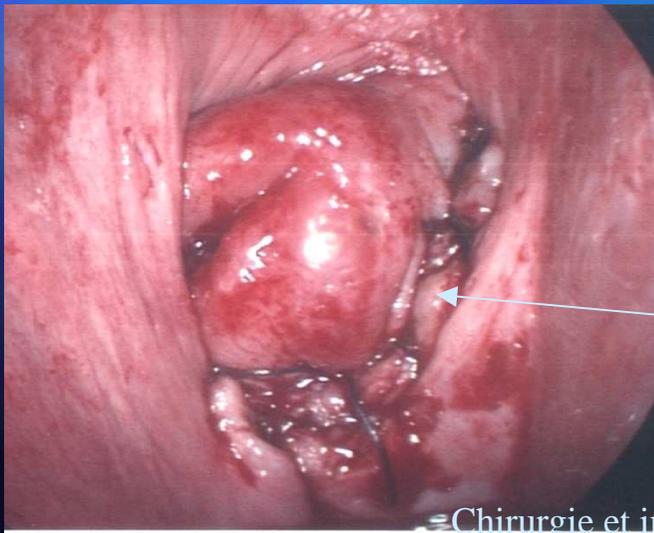
Patiente de 26ans
Endométriose vésicale
+ Artère utérine droite
Résection complète suture vessie



Cul-de-sac vaginal droit

Patiente de 27ans -
**CLOISON RECTO-VAGINALE
ISOLEE**

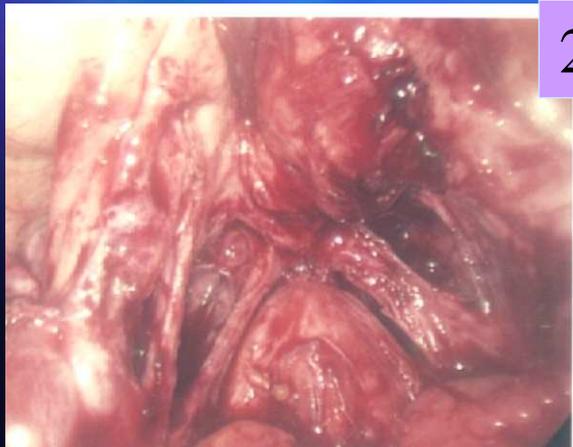
-1ère intervention résection
par voie vaginale
- Reprise par voie mixte



Vaporisation vaginale
puis suture



1 - Début
d'intervention



2 - Post-laser

Patiente de 25ans
2 kystectomies pour
endométriomes Dt puis
G

Récidive KOD +
endométriose de la
cloison recto-vaginale

Reprise en coelio-
chirurgie 9/98

Inscription FIV -
Grossesse spontanée
8/99

RESULTATS

- Taux de grossesse varie considérablement / séries et au stade
- **Endométrioses légères et modérées**
 - MARCOUX 1997: 36 semaines / 341 patientes
Coelio-chirurgie 31,2%G - Non traitée 18,1%G
 - Chirurgie améliore la fertilité (MAGE 1989 – HUGUES 1993 – ADAMSON (métaanalyse) 1994)
- **Endométrioses modérées à sévères**
 - 30 à 68% stades III
 - 20 à 64% pour les stades IV
 - Délai de 8 à 18 mois
 - SIMPSON 1992 6 à 10%

■ Endométrioses sévères et extensives

1 - Complications :

- Digestives: fistules, péritonite stercorale
- Urinaires: fistules urétérale ou vésicale, sténose urétérale.

2 - L'infertilité

- peu de séries.
- Globalement **50% de grossesses spontanées** à 18 mois - 20% en FIV
- Résultats fonction des facteurs associés

3 - Les douleurs

- guérison complète 45%
- dyspareunie, amélioration 90%
- dysménorrhée, amélioration 85%

4 - Les risques de récurrences

- diversement appréciés.
- Semblent faibles si traitement complet

RESULTATS

Résultats Sagesse 1996-2005 – P.ZAKA

85 cas d'EPP symptomatiques opérés

Évaluation téléphonique et fertilité recul
minimum de 12 mois

Age moyen 33,2 +/- 7,36 ans

Parité moyenne 0,51%

Désir de grossesse 51%

AFS-r moyen 45,4 (4-88) écart type 26,14

VI – RESULTATS

RESULTATS (entretiens téléphoniques – recul minimum de 12 mois)

- Taux de réponse 78,82%
- Amélioration:
 - Dysménorrhée: 85,19%
 - Dyspareunie profonde 75%
 - Dyschésies 50%
- Taux de grossesse 58,8%
 - 64.18% spontanée
 - 23,88% en FIV
 - 11,94% IIU
 - 5,97% FCS

ADENOMYOSE

■ **Forme diffuse**

- Traitement médical
- Endométrectomie hystéroscopique si profondeur < 2,5mm
- Endométrectomie coelioscopique ou par laparotomie
- CI de la thermocoagulation

■ **Forme focale** = Adénomyome

■ **Forme kystique**

CHIRURGIE si symptomatique

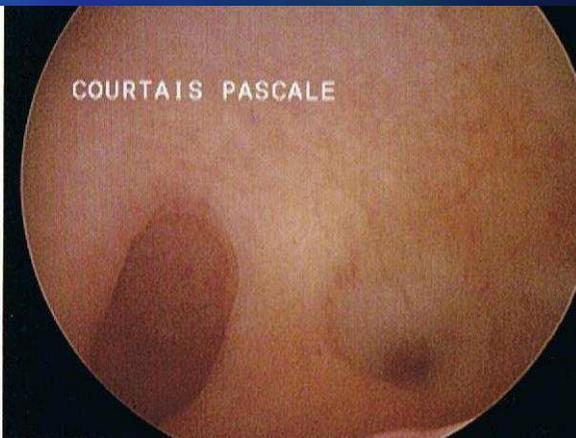
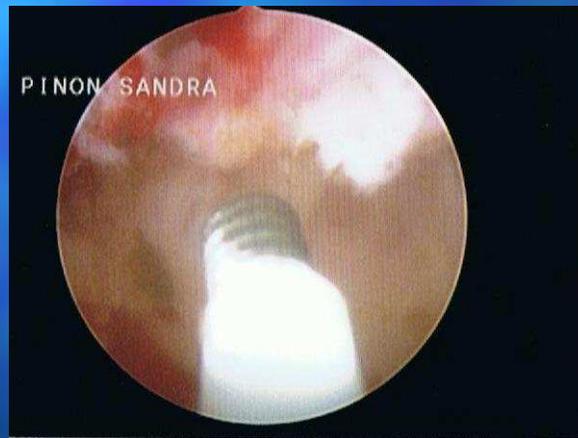
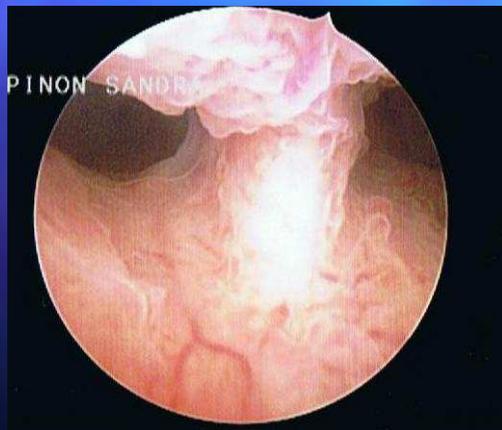
La CHIRURGIE des MALFORMATIONS

- Cloison vaginale
 - Longitudinale
 - transversale
- Utérus pseudo-unicorné
 - symptomatiques: hémihystérectomie/coelioscopique
 - Corne rudimentaire canaliculée: LDT Coelioscopique
- Utérus bicornés
 - Symptomatiques: hystérotomie transversale puis résection de l'éperon

La CHIRURGIE des MALFORMATIONS (2)

■ *Utérus cloisonné*

- Section hystéroscopique sous contrôle échographique



La CHIRURGIE des MALFORMATIONS (3)

- **Utérus cloisonné** (suite)
 - Synthèse bibliographique Dr Lourdel (CHU Amiens – FFER 2007) septoplastie hystéroscopique : très faible morbidité
 - Prévalence chez patiente infertile 1%
 - 3,3% avortements spontanés à répétition
 - INDICATION:
 - Femme > 35 ans
 - Bilan d'infertilité – avant PMA
 - ATCD obstétricaux

La CHIRURGIE

« FONCTIONNELLE »

■ ***Drilling ovarien coelioscopique***

- Rapport HAS juin 2008 : prudent / risque d'adhérences et d'insuffisance ovarienne – Efficacité prouvée jusqu'à 1 an
- Indications: Échec de clomid ou intolérance
- Coelioscopie pour autre cause + OPK
- 50% de grossesse à 12 mois



DESTERILISATION

- **Coelioscopie d'évaluation** (trompe restante > 5cm « fonctionnel ») avec beau pavillon – SWOLING coelioscopique?
- **Laparotomie avec microchirurgie**
75% de grossesse < 1an si réserve ovarienne N1e et spermogramme N1

La CHIRURGIE de PREPARATION ou de SUIVI de la FIV

- Hydrosalpinx
 - délétère pour l'implantation embryonnaire
 - salpingectomie coelioscopique
 - Hystéroscopie ESSURE – Rapport ANAES 10/2007
validé par l'AFFAPS – 2 publications de faible niveau de preuve
Indications : CI coelioscopie
- Fibromes
- Hystéroscopie de suivi

CONCLUSION

- La chirurgie a une place importante et précise
- Endoscopique +++
- Evaluation – Bénéfice/risque