



19^{ES} JOURNÉES
DE CHIRURGIE
GYNÉCOLOGIQUE
& PELVIENNE



21-23 SEPTEMBRE 2022
RENNES - COLVANT DES JACOBINS



SOIGNER SANS COMPROMIS
SUR LE CONFORT

RCP de recours en endométriose



Experts : *Amélie Levesque (Nantes), Benjamin Merlot (Bordeaux) & Pietro Santulli (Paris)*

Floriza Ferreira (Rennes), Céline Rozel (St Malo)

Animation : Krystel Nyangoh-Timoh & Claire-Marie Roger (Rennes)



19^{ES} JOURNÉES
DE CHIRURGIE
GYNÉCOLOGIQUE
& PELVIENNE



21-23 SEPTEMBRE 2022
RENNES - COLVANT DES JACOBINS



SOIGNER SANS COMPROMIS
SUR LE CONFORT

RCP de recours en endométriose : FAISONS CONNAISSANCE

Guillaume LEGENDRE



QCM 1 : Région d'exercice

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



1) Auvergne-Rhône-Alpes

2) PACA-Corse

3) Occitanie

4) Nouvelle Aquitaine

5) Bourgogne-Franche-Comté

6) Centre Val-de-Loire

7) Pays de la Loire

8) Grand Est

9) Hauts-de-France

10) IDF

11) Normandie

12) Bretagne

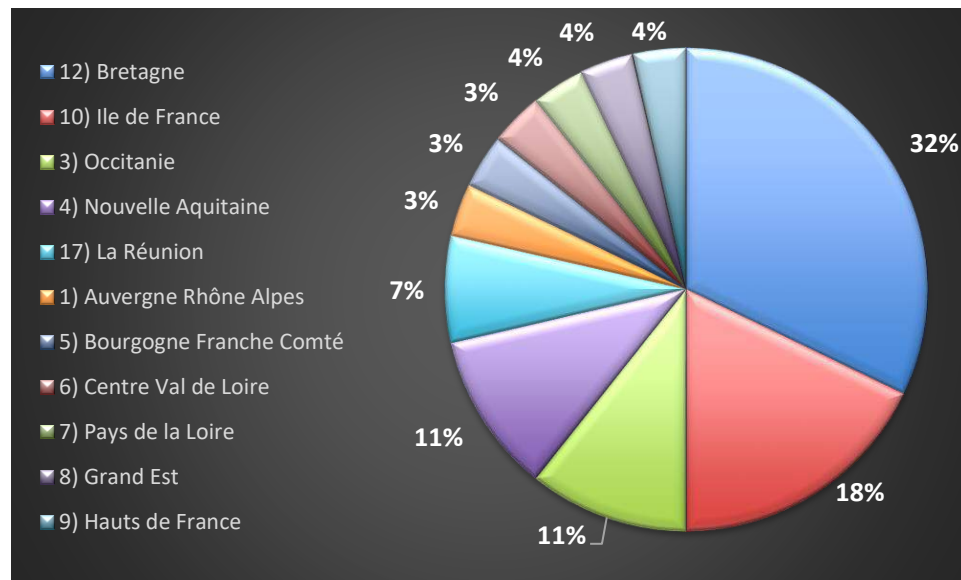
13) Guadeloupe

14) Martinique

15) Guyane

16) Mayotte

17) La Réunion



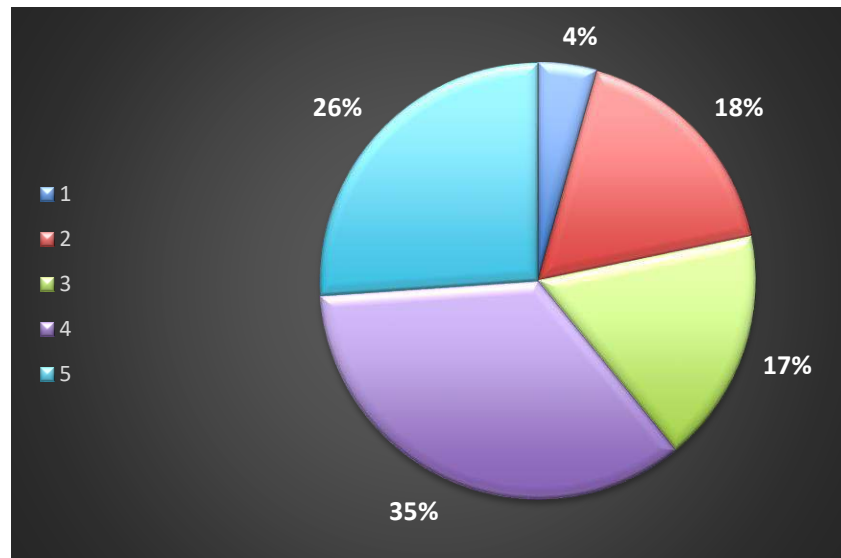


QCM 2 : Prenez-vous personnellement en charge des patientes pour endométriose ?

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- 1) NON
- 2) OUI : diagnostic et traitement médical uniquement
- 3) OUI : diagnostic, traitement médical, prise en charge de l'infertilité
- 4) OUI : diagnostic, traitement médical, prise en charge chirurgicale
- 5) OUI : diagnostic, traitement médical, prise en charge chirurgicale, prise en charge de l'infertilité



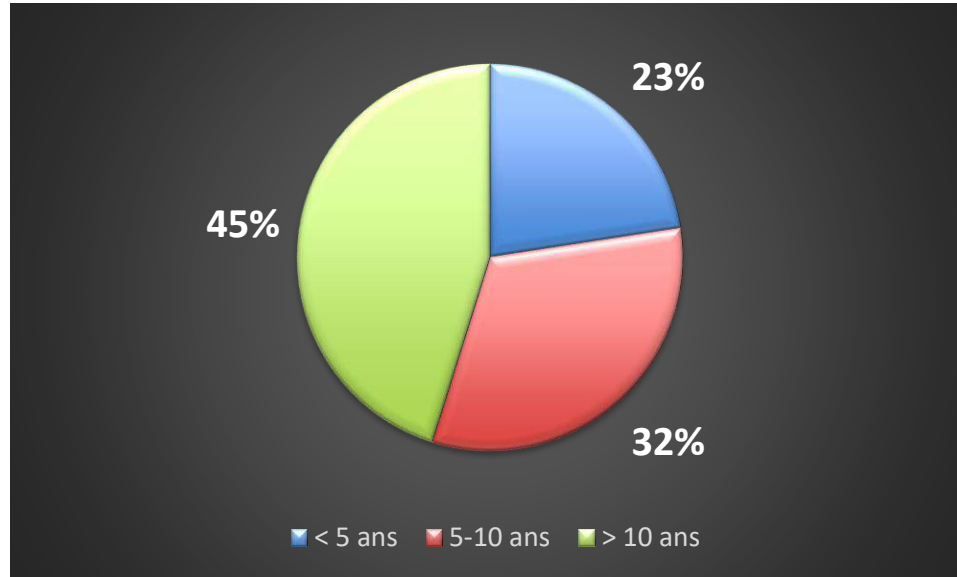


QCM 3 : Nombre d'années d'exercice depuis votre thèse

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE

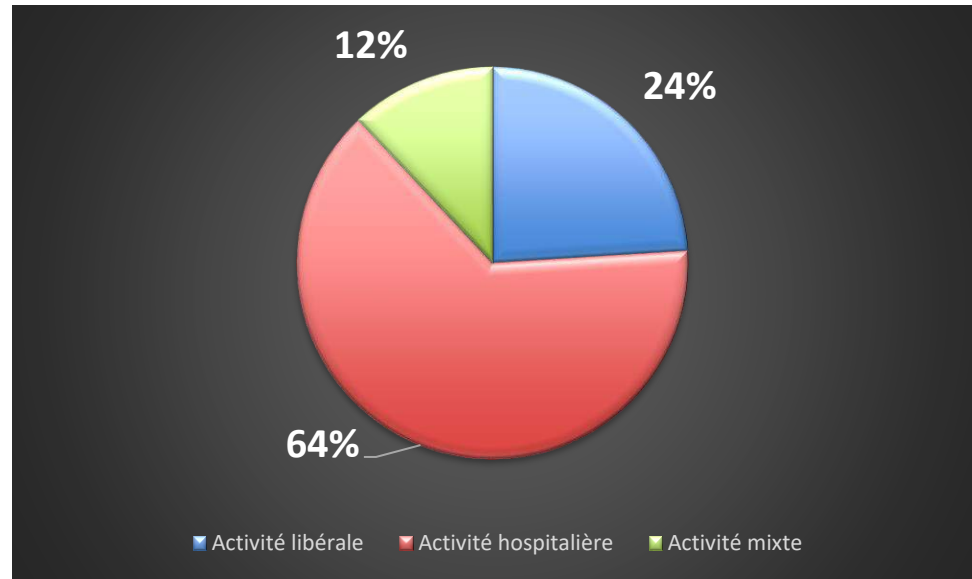


- 1) < 5 ans
- 2) 5-10 ans
- 3) > 10 ans





- 1) Activité libérale
- 2) Activité hospitalière
- 3) Activité mixte
- 4) Autre



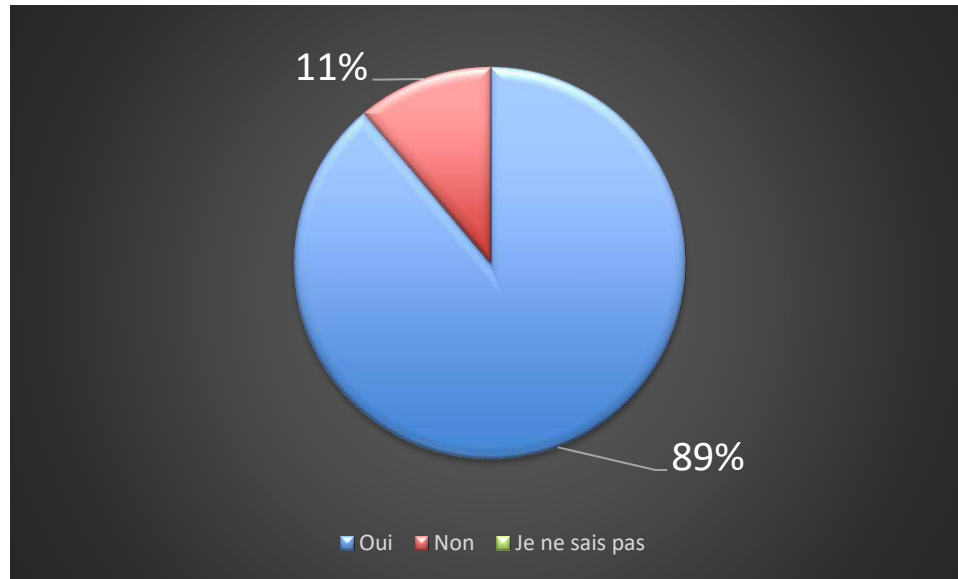


QCM 5 : Existe-t-il une RCP endométriose dans votre structure d'exercice?

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- 1) Oui
- 2) Non
- 3) NSP



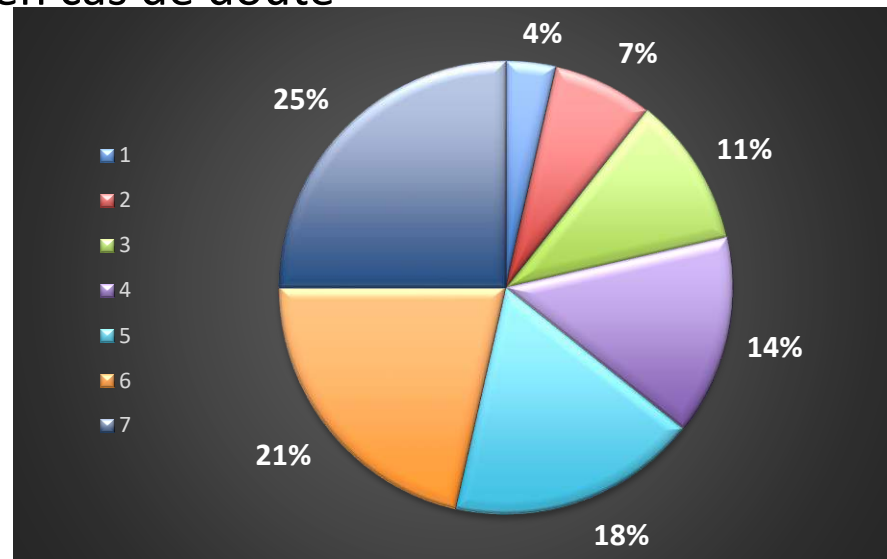
QCM 6 : Présentez-vous vos dossiers à une RCP dédiée?

- 1) OUI : tous les dossiers nécessitant une prise en charge chirurgicale
- 2) OUI : tous les dossiers une prise en charge en médecine de la reproduction
- 3) OUI : Uniquement les cas complexes d'endométriose (nécessité relecture IRM/avis digestif/avis urologique/...) ou en cas de doute

4) NON par absence de RCP

« accessible » proche

- 1) NON par manque de temps
- 2) NON par manque d'utilité
- 3) NSP



CAS CLINIQUE n°1

RENNES - ST MALO

Marine SAUVAN, Céline ROZEL





Cas clinique

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE

SCGP

SFOG
Société Française
d'Obstétrique et
de Gynécologie

Mme P, 30 ans, BMI 23 consulte pour **dysménorrhée s'aggravant**

ATCD : GOP0, 2 pneumothorax droits, endométriose diaphragmatique (thoraco : R0 + talcage).

Endométriose pelvienne profonde connue depuis 2-3 ans sous COP depuis 10 ans.

Interrogatoire :

- Dysménorrhée récente s'aggravant depuis 1 an (paracétamol AINS +/- efficaces)
- Dyspareunie gênant peu l'activité sexuelle
- Pas de signe digestif ou urinaire.

Pas de projet de grossesse actuellement.

Examen clinique : doute sur nodule torus, douloureux au TV





Dr Céline ROZEL (Imagerie les Cèdres – St Malo Combourg)
Dr Floriza FERREIRA (CHP St Grégoire Rennes)





QCM 7 RCP : quelle PEC post op pneumothorax ?

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



30 ans, G0P0, atcd d'Endométriose diaphragmatique
Sous COP depuis 10 ans.

Dysménorrhée s'aggravant, Dyspareunie

IRM : Endométriomes bilatéraux G 65 mm, D 25 mm, adénomyose, Nodule du torus 20 mm + US gauche avec adénomyose focale post et adhérence recto sigmoïdienne

- 1) Poursuite COP discontinu
- 2) Poursuite COP mais en continu
- 3) Relais par dienogest
- 4) Relais par DIU LNG
- 5) Relais par agonistes de la GnRH (avec add back thérapie)
- 6) Prise en charge chirurgicale de l'endométriose pelvienne





Évolution à 6 mois

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- Sous dienogest, bonne tolérance.
- Pas de récurrence de pneumothorax,
- Quasi disparition de la symptomatologie pelvienne (aménorrhée, dyspareunie discrète ne gênant pas la sexualité)
- Evaluation des paramètres de fertilité :
 - AMH = 2,17
 - LH 1,5 FSH=3,1 E2=19 PRL=19
 - CFA (sous dienogest) : 12 OD accessible. 0 OG, endométriome de 65 mm
- *Et si l'amélioration n'était que partielle ?*
 - *Persistance de douleurs pelviennes pseudo cycliques, moins intenses et moins prolongées qu'avant la mise sous dienogest mais invalidante (3 arrêts de travail de 2 jours depuis 6 mois).*
 - *Dyspareunies profondes supportables mais impactant la libido*
- *Quelles propositions faites vous ?*



QCM 8 RCP : quelle PEC des douleurs chroniques résiduelles ?

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- 1) Prescriptions d'amortisseurs intimes
- 2) Orientation vers un sexothérapeute
- 3) Prescription de kinésithérapie périnéale
- 4) Intervention chirurgicale pour retrait des lésions profondes
- 5) Prescription du TENS pelvien
- 6) Prescription d'amitriptyline

30 ans, GOPO, atcd d'Endométriose diaphragmatique
Sous COP depuis 10 ans.
Dysménorrhée s'aggravant, Dyspareunie
IRM : Endométriomes bilatéraux G 65 mm, D 25 mm, adénomyose, Nodule du torus 20 mm + US gauche avec adénomyose focale post et adhérence recto sigmoïdienne
Evaluation des paramètres de fertilité :
AMH = 2,17
LH 1,5 FSH=3,1 E2=19 PRL=19
CFA (sous dienogest) : 12 OD accessible. 0 OG, endométriome de 65 mm





PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR



19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



OHNUT IN ACTION

Hug Ohnut around your favorite member



Adjust depth as you go,
without being sensitive for either of you ☺





QCM 9 RCP : préservation fertilité?



19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- 1) Pas de PF car bonne réserve ovarienne et risque de récurrence thoracique à l'arrêt du traitement hormonal ou en cours de stimulation
- 2) Pas de PF, surveillance et PF si diminution réserve ovarienne lors surveillance
- 3) Pas de PF d'emblée, à prévoir à 35 ans
- 4) PF à proposer d'emblée
- 5) PF après 3 mois d'agonistes de la GnRH et après ponction +/- alcoolisation de l'endométrion gauche
- 6) PF uniquement si chirurgie avec kystectomie envisagée
- 7) Autre
- 8) NSP

30 ans, G0P0, atcd d'Endométriose diaphragmatique
Sous COP depuis 10 ans.
Dysménorrhée s'aggravant, Dyspareunie
IRM : Endométrions bilatéraux G 65 mm, D 25 mm, adénomyose, Nodule du torus 20 mm + US gauche avec adénomyose focale post et adhérence recto sigmoïdienne
Evaluation des paramètres de fertilité :
AMH = 2,17
LH 1,5 FSH=3,1 E2=19 PRL=19
CFA (sous dienogest) : 12 OD accessible. 0 OG, endométrion de 65 mm





QCM 10 RCP : projet de grossesse 1 an plus tard : CAT ?

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- 1) Essai de grossesse spontanée
- 2) Essai de grossesse spontanée après vérification de la perméabilité tubaire et du spermogramme
- 3) Prise en charge en FIV d'emblée
- 4) Prise en charge en FIV après traitement chirurgical de l'endométriose pelvienne
- 5) Autre réponse
- 6) NSP

30 ans, GOPO, atcd d'Endométriose diaphragmatique
Sous COP depuis 10 ans.
Dysménorrhée s'aggravant, Dyspareunie
IRM : Endométriomes bilatéraux G 65 mm, D 25 mm, adénomyose, Nodule du torus 20 mm + US gauche avec adénomyose focale post et adhérence recto sigmoïdienne
Evaluation des paramètres de fertilité :
AMH = 2,17
LH 1,5 FSH=3,1 E2=19 PRL=19
CFA (sous dienogest) : 12 OD accessible. 0 OG, endométriome de 65 mm





➤ Éléments de réponse (Reco endométriose HAS 2018)

AE

Les possibilités de préservation de la fertilité doivent être discutées avec la patiente en cas de chirurgie pour endométriome ovarien (Accord d'experts).

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 (NP2).

B/C

Dans un contexte d'endométriose, dans le cadre de la prise en charge en FIV, il est recommandé de mettre en place un pré-traitement avant stimulation par analogue agonistes de la GnRH (grade B) ou par contraception œstroprogestative (Grade C).

C

En cas d'endométriome pouvant gêner la ponction ovocytaire, celui-ci peut être drainé par voie vaginale écho-guidée avec ou sans alcoolisation (Grade C).



➤ Éléments de réponse (Reco endométriose HAS 2018)

B

Le traitement chirurgical des endométriomes dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV n'est pas recommandé (Grade B).

(Pas de données pr endométriomes > 6 cm)

B

La prise en charge par FIV peut être proposée afin d'augmenter les taux de grossesses et de naissances dans un contexte d'infertilité et d'endométriose profonde (Grade B).

C

Il n'est pas recommandé de réaliser un traitement chirurgical préalable de l'endométriose profonde dans le seul but d'améliorer les résultats en FIV (Grade C).

CAS CLINIQUE n°2

ANGERS

Léa Delbos, Guillaume Legendre,

Pierre Bigot, Liliana Bergeon, Pierre-Emmanuel Bouet, Laurent Catala, Philippe Descamps, Cécile Dreux,
Anne-Laurence Gourdière, Pauline Jeanneteau, Céline Lefebvre, Nathalie Plouzenec, Aurélien Vénara





Mme R, 37 ans, G0P0, Endométriose pelvienne connue, OK sous COP pendant plus de 10 ans

Arrêt spontané de la contraception, recrudescence des douleurs :
IRM 04.2021: Endométriome de 7 cm, Suspicion endométriose torus et LUS

Pose de SIU au Lévonorgestrel : Aménorrhée
Quelques dyspareunies profondes intermittentes
Célibataire, Pas de désir de grossesse.
Patiente « inquiète » de l'impact d'une chirurgie
IRM de contrôle en 06.2022



Dr Céline ROZEL (imagerie les Cèdres – St Malo Combourg)
Dr Floriza FERREIRA (CHP St Grégoire Rennes)





QCM 11 RCP : Bilan de fertilité? Si oui, lequel ?

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- 1) NON
- 2) OUI : AMH
- 3) OUI : Échographie – Compte des follicules antraux
- 4) OUI : Hystéroscopie
- 5) OUI : Échographie 3D
- 6) OUI : Contrôle de la perméabilité tubaire – Hyfosi / HSG
- 7) OUI : Cœlioscopie diagnostique – Épreuve au bleu / EFI

Mme R, 37 ans, G0P0, Endométriose pelvienne connue, OK sous COP pendant plus de 10 ans.
Arrêt spontané de la contraception, recrudescence des douleurs .
Pose de SIU au Lévonorgestrel : Aménorrhée Célibataire, Pas de désir de grossesse.





QCS 12 RCP : PF programmée : PEC endométriose?

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- 1) Evacuation du kyste par voie transvaginale + Sclérothérapie avant PF
- 2) Evacuation du kyste par voie cœlioscopie + Sclérothérapie cœlioscopique avant PF
- 3) Evacuation du kyste par voie transvaginale avant la stimulation
- 4) Evacuation du kyste par voie transvaginale lors de la ponction ovocyte
- 5) Cœlio Drainage simple
- 6) Cœlio Kystectomie
- 7) Cœlio drainage + coagulation à la bipolaire du fond du kyste
- 8) Cœlio drainage + Vaporisation par Plasma
- 9) Pas de prise en charge du kyste endométriosique et PF seule
- 10) NSP

Mme R, 37 ans, G0P0, Endométriose pelvienne connue, OK sous COP pendant plus de 10 ans.

Arrêt spontané de la contraception, recrudescence des douleurs .

Pose de SIU au Lévonorgestrel : Aménorrhée
Célibataire, Pas de désir de grossesse.





1. Proposition de PF après Sclérothérapie première
2. Proposition de prise en charge chirurgicale de l'endométriose
Coéloscopie opératoire : Kystectomie par Plasma + traitement des lésions superficielles d'endométriose

Respect du choix de la patiente +++

Prise en charge de l'endométriose proposée du fait des dyspareunies

Modification du traitement hormonal

Remplacement du SIU au Lévonorgestrel par du Dienogest (du fait alopécie et acnée invalidante)

Bilan de réserve ovarienne en vue de la PF ou d'une prise en charge chirurgicale

dosage AMH 3.20 ng/mL



➤ Place du « bilan de fertilité » en cas d'endométriose ?

- RPC CNGOF-HAS 2017

7.2 Endométriose ovarien

La chirurgie des endométrioses ovariens peut réduire la réserve ovarienne (NP2) par l'exérèse ou la destruction du parenchyme ovarien entourant le kyste, avec de possibles effets négatifs sur la fertilité postopératoire (NP3). Ce risque est majoré en cas d'endométrioses volumineux, récidivants ou bilatéraux (NP3). Une évaluation de la réserve ovarienne peut être utile avant la chirurgie pour endométriose.



III.8. Fertility Preservation

PICO QUESTION: IS ENDOMETRIOSIS AN INDICATION FOR FERTILITY PRESERVATION (OVARIAN TISSUE / OOCYTES)?

Patients with severe endometriosis, particularly bilateral endometriomas, are at high risk of premature ovarian insufficiency (POI) and lower AMH levels. Surgical treatment can further impact on ovarian reserve and AMH levels. The relevance of pre-treatment AMH levels to predict the chance of future pregnancy or the need for fertility preservation is unclear, as studies reporting on this have made conflicting conclusions.

A previous ESHRE guideline focusing on fertility preservation, considers that benign diseases could be an indication for fertility preservation, but it does not address whether endometriosis in particular is an indication for fertility preservation. That guideline did state that if AMH levels are measured in women with endometriosis, the levels should be assessed after surgery based on the significant negative impact surgery may have (ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation, et al., 2020).



Recommendation (59)

In case of extensive ovarian endometriosis, clinicians should discuss the pros and cons of fertility preservation with women with endometriosis. The true benefit of fertility preservation in women with endometriosis remains unknown.

⊕○○○





➤ Place du « bilan de fertilité » ?

- RPC Infertilité 2022



PICO 3 Chez la femme en âge de procréer, est-ce que le dosage systématique de l'AMH a un intérêt pour prédire les chances de grossesse spontanée donnant lieu à une naissance vivante ?

RPC 3. Chez la femme en âge de procréer, en dehors d'une prise en charge en AMP, il n'est pas recommandé de réaliser un dosage d'AMH sérique pour prédire les chances de naissances vivantes.

Qualité de preuve faible, Recommandation forte





➤ Place du « bilan de fertilité » ?

PICO 4: Chez la femme infertile, est-ce que le dosage de l'AMH a un intérêt pour prédire les chances de naissance vivante ?



RPC 4.2. Le dosage de l'AMH sérique est probablement recommandé pour estimer les taux cumulés* de naissances vivantes en FIV/ICSI. Il n'existe pas, dans la littérature, de valeur seuil car celui-ci dépend de l'âge.

Les experts rappellent que l'AMH sérique est reconnu comme un bon facteur prédictif de la réponse à la stimulation ovarienne pour FIV et du nombre d'ovocytes obtenus.

* Naissance vivante après transfert frais et/ou congelé de tous les embryons obtenus sur un cycle de FIV

Qualité de preuve faible, Recommandation faible





➤ Place du « bilan de fertilité » ?

RPC 5



- **RPC 5.1:** Les données de la littérature ne permettent pas d'émettre de recommandations quant à l'intérêt du CFA par rapport à l'AMH pour prédire les chances de grossesse spontanée et de naissance vivante chez la femme infertile.
- **RPC 5.2:** Les données de la littérature ne permettent pas d'émettre de recommandations quant à la supériorité du CFA par rapport à l'AMH pour prédire les chances de naissance vivante en cas d'aide médicale à la procréation.

Les experts rappellent que le CFA a une variabilité inter-opérateur plus importante que le dosage automatisé de l'AMH.



8.2.2 Endométriose

Il n'y a pas d'impact des endométrioses (de taille < 6 cm) sur la qualité des embryons et les résultats finaux de la FIV en termes de taux de grossesses et de naissances, malgré une diminution possible du nombre d'ovocytes ponctionnés et malgré des doses de gonadotrophines potentiellement plus élevées (NP3). Il n'y a pas de données dans la littérature pour les endométrioses de plus de 6 cm.

En cas d'antécédent de chirurgie pour endométriose, les résultats de la prise en charge en FIV (taux de grossesses et taux de naissances vivantes) ne sont pas modifiés (NP2) ; cependant, on constate une tendance à une diminution de la réserve ovarienne avec un nombre d'ovocytes ponctionnés diminué et des doses de gonadotrophines utilisées supérieures (NP2).

De nombreuses revues de la littérature montrent que la chirurgie des endométrioses par kystectomie avant prise en charge en FIV n'améliore pas les taux de grossesse (NP2).

B

Le traitement chirurgical des endométrioses dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV n'est pas recommandé (Grade B).



C

Il n'est pas recommandé de réaliser une aspiration transvaginale systématique sous contrôle échographique des endométriomes avant FIV afin d'augmenter les taux de grossesse (Grade C).

C

En cas d'endométriome pouvant gêner la ponction ovocytaire, celui-ci peut être drainé par voie vaginale écho-guidée avec ou sans alcoolisation (Grade C).



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Recommandations pour la pratique clinique
Indications de vitrification ovocytaire dans les pathologies gynécologiques bénignes : conseils de bonne pratique du CNGOF après étude de consensus par méthode Delphi[®]
French clinical practice guidelines developed by a modified Delphi consensus process for oocyte vitrification in women with benign gynecologic disease
B. Courbiere^{1,2,3}, E. Le Roux^{1,2,3}, E. Mathieu d'Argent^{1,2}, A. Torne^{1,2}, C. Patrat^{4,5}, C. Poncelet^{1,2}, J. Montagut^{1,2}, A.-S. Gremeau^{1,2}, H. Creux^{1,2}, M. Peigne^{1,2}, I. Chanavaz-Lachery^{1,2}, L. Dirian^{1,2}, X. Fritel^{1,2}, J.-L. Pouly^{1,2}, A. Fauconnier^{1,2}



Section 3 – Indications de préservation de la fertilité pour endométriose chez une femme en âge de procréer

- 12 Il est proposé une préservation de la fertilité en cas d'endométrioses bilatéraux > 3 cm
- 13 Il n'est pas conseillé de proposer une préservation de la fertilité en cas de premier épisode d'endométriose unilatéral inférieur à 3 cm chez une femme ayant une réserve ovarienne normale pour son âge
- 14 En cas de premier épisode d'endométriose unilatéral > 3 cm, il est proposé d'évaluer l'indication de préservation de la fertilité au cas par cas en fonction de l'âge et de la réserve ovarienne.
- 15 Il est proposé de discuter une préservation de la fertilité en cas d'endométriose unilatéral récidivant
- 16 Il est proposé de réaliser une préservation de la fertilité en cas d'endométriose sur ovaire unique
- 17 Lorsqu'une stimulation ovarienne pour préservation de la fertilité est indiquée pour endométriose(s), il est proposé de la réaliser si possible avant systéctomie afin d'augmenter le nombre d'ovocytes conservés si les ovaires sont facilement accessibles à la ponction.
- 18 Il n'est pas conseillé de proposer de préservation de la fertilité pour les endométrioses minimales à légères sans atteinte ovarienne
- 19 Lorsqu'une stimulation ovarienne pour préservation de la fertilité est indiquée pour endométriose(s), il est proposé de la réaliser après drainage si les endométrioses sont trop volumineux et/ou ne rendent pas les ovaires facilement accessibles à la ponction.



III.2.b. Ovarian endometriosis

We did not find any RCTs comparing fertility outcomes after surgery for endometrioma in comparison with expectant management, nor studies exploring the indication for surgery depending on the size of the cyst.

A review by Alborzi et al. reported that, based on the combined results of 8 studies, the pregnancy rate after surgery for endometrioma was 43.8% (95%CI 22.5 to 66.4) and showed this was not significantly different from other treatments, such as surgery combined with ART, ART only or aspiration + sclerotherapy + ART (Alborzi, et al., 2019).

Surgical treatment of endometriomas is mainly performed by 2 types of procedures: cystectomy (excision of the cyst wall) and ablation (destruction of the inner surface of the cyst wall in situ). Regarding surgical technique, a review from 2013 reported that pregnancy rates were higher in patients that underwent cystectomy when compared to fenestration/coagulation (RR 2.64; 95%CI 1.49 to 4.69) and compared to CO₂ laser vaporisation (RR 0.92; 95%CI 0.30 to 2.80) (Dan and Limin, 2013).

A recent comparative study reported pregnancy rates that were similar after laparoscopic stripping technique (72.2%) or cyst vaporisation with CO₂ fibre laser (74.3%). However, spontaneous pregnancy rate was higher after laparoscopic stripping (55.5% vs 35.9%) (Candiani, et al., 2020).

It should be noted that none of the studies discussed were stratified according to the Endometriosis Fertility Index (EFI).



7.2 Endométriome ovarien

La chirurgie des endométriomes ovariens peut réduire la réserve ovarienne (NP2) par l'exérèse ou la destruction du parenchyme ovarien entourant le kyste, avec de possibles effets négatifs sur la fertilité postopératoire (NP3). Ce risque est majoré en cas d'endométriomes volumineux, récidivants ou bilatéraux (NP3). Une évaluation de la réserve ovarienne peut être utile avant la chirurgie pour endométriome.

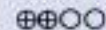
Quand un traitement chirurgical est décidé, la voie d'abord coelioscopique est associée à une réduction des complications postopératoires, des douleurs postopératoires, de la durée d'hospitalisation et du coût, par rapport à la laparotomie (NP1).

A La kystectomie intrapéritonéale coelioscopique est la technique recommandée pour la prise en charge chirurgicale des endométriomes (Grade A).



Recommendation (B4)

When surgery is indicated in women with an endometrioma, clinicians should perform ovarian cystectomy, instead of drainage and electrocoagulation, for the secondary prevention of endometriosis-associated dysmenorrhea, dyspareunia, and non-menstrual pelvic pain. However, the risk of reduced ovarian reserve should be taken into account.





RECOMMANDATIONS 12/13



19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



Recommendations (26-28)

When performing surgery in women with ovarian endometrioma, clinicians should perform cystectomy instead of drainage and coagulation, as cystectomy reduces recurrence of endometrioma and endometriosis-associated pain.

⊕⊕○○

When performing surgery in women with ovarian endometrioma, clinicians can consider both cystectomy and CO₂ laser vaporisation, as both techniques appear to have similar recurrence rates beyond the first year after surgery. Early post-surgical recurrence rates may be lower after cystectomy.

⊕○○○

When performing surgery for ovarian endometrioma, specific caution should be used to minimise ovarian damage.

⊕○○○





PICO QUESTION: IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS, IS SURGERY EFFECTIVE TO INCREASE THE CHANCE OF NATURAL PREGNANCY?

Recommendations (43-46)



Operative laparoscopy could be offered as a treatment option for endometriosis-associated infertility in rASRM stage I/II endometriosis as it improves the rate of ongoing pregnancy.

⊕⊕○○

Clinicians may consider operative laparoscopy for the treatment of endometrioma-associated infertility as it may increase their chance of natural pregnancy, although no data from comparative studies exist.

⊕○○○

Although no compelling evidence exists that operative laparoscopy for DE improves fertility, operative laparoscopy may represent a treatment option in symptomatic patients wishing to conceive.

⊕○○○

The GDG recommends that the decision to perform surgery should be guided by the presence or absence of pain symptoms, patient age and preferences, history of previous surgery, presence of other infertility factors, ovarian reserve, and estimated EFL.

GPP



CAS CLINIQUE n°3

BREST QUIMPER

Philippe Merviel,

Christie Rebahi, Sarah Bouée, Mathilde Le Guillou, Julien Penvern, Mathieu Jacquot





- **Mme P, 38 ans, projet de grossesse depuis 2019**
- ATCD : appendicectomie, G0P0, écho 2013 : probable endométriome OD
- **2019 : HSG +/-** mais passage tubaire G en péritoine cloisonné AMH : 1,26 ng/ml
- **2021** : Hystéroscopie N

Coelio diag :

- lésions d'endométriose grêle (adh vessie) et colon D,
- oblitération du cul de sac de Douglas,
- pavillon D normal, OD normal
- trompe G non visible, OG enclavé avec kyste endométriosique 3 cm.
- Epreuve au bleu : pas de passage tubaire bilatéral.
- Biopsie faite (endométriose).

Score AFRr : 102



10/2021 : adressée pour désir de grossesse depuis 2019

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- Interrogatoire :
 - pas de dysménorrhée,
 - dyspareunie profonde positionnelle rare,
 - pas de douleur à la défécation ou miction, pas de sang selles et urines
- Examen clinique : pas d'atteinte des LUS ou du torus
- Bilan fertilité : AMH 1,53 ng/ml
- Spermogramme : 6,9 M/ml, 19,3 M/éjaculat, 47% mobilité a+b 1^{ère} heure, 77% vitalité, TMS : 2,5 M, 32% mobilité à 24h (survie moyenne), 6% FN (David modifié ; acrosome et base anormale)



QCS 13 RCP : Projet de grossesse ++ Quelle CAT ?

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- 1) Expectative 1 an avec RS réguliers
- 2) Traitement chirurgical complet de l'endométriose abdomino-pelvienne (lésions colique et intestin grêle) puis tentative Gr spontanée
- 3) IIU en première intention
- 4) FIV d'emblée
- 5) NSP

Mme P, 38 ans, projet de grossesse depuis 2019
G0P0, écho 2013 : probable endométriome OD
2019 : HSG +/- mais passage tubaire G en péritoine cloisonné, 2021 :
Hystérocopie N
AMH : 1,26 ng/ml
Cœlio diag : lésions d'endométriose grêle (adh vessie) et colon D,
oblitération du cul de sac de Douglas, pavillon D normal, OD normal
trompe G non visible, OG enclavé avec kyste endométriosique 3 cm.
Epreuve au bleu : pas de passage tubaire bilatéral.
Biopsie faite (endométriose). Score AFRr : 102
dyspareunie profonde positionnelle rare,
Bilan fertilité : AMH 1,53 ng/ml
Spermogramme : 6,9 M/ml, 19,3 M/éjaculat, 47% mobilité a+b 1ère
heure, 77% vitalité, TMS : 2,5 M, 32% mobilité à 24h (survie
moyenne), 6% FN (David modifié ; acrosome et base anormale)





2 FIV/ICSI en 2022

19^e JOURNÉES
de CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE
& PELVIENNE



- **1/2022 : ICSI 1** : protocole antagoniste Puregon 250 UI/j (S11 ; E2 : 1677 ; P : 0,6 ; LH : 4)
→ 8 ovo (4 foll > 15 mm), 6 M2, 2 fec → 11 (1-1) transféré (→ 0) et 12 (1-2) congelé à J3.
- **infection pelvienne au décours** : traitement médical
- **3/2022 : TEC** : Puregon 50 UI/j (E2 : 185 ; P : 0,2 ; LH : 9,1) : 14 (1-2) → 0
- **4/2022** : endométriose OG 7 cm sans follicule périphérique → **alcooolisation** + Ponction endométrioses OD 1 cm
- **5/2022 : ICSI 2** : Antagoniste Puregon 450 (S12 ; E2 : 2664 ; P : 1,1 ; LH : 0,73) → 2 ovo (5 foll > 15 mm), 1 M2, 1 Fec → 5(2-2) qui deviendra dégénératif, pas de transfert.
endométriome OG de 4 cm
- **Colique néphrétique droite** au décours



Dr Céline ROZEL (imagerie les Cèdres – St Malo Combourg)
Dr Floriza FERREIRA (CHP St Grégoire Rennes)





QCM 14 RCP : CAT ?

- 1) Opérer la patiente pour améliorer ses résultats en FIV/ICSI
- 2) Reprendre rapidement le couple en FIV/ICSI (tentative 2bis)
- 3) Faire une échoendoscopie rectale +/- coloscopie
- 4) Refaire un bilan hormonal complet chez la femme (nouvelle AMH)
- 5) Aucune de ces affirmations n'est exacte
- 6) NSP

Mme P, 38 ans, projet de grossesse depuis 2019, G0P0, 2019 : HSG ++ mais passage tubaire G en péritoine cloisonné, dyspareunie profonde positionnelle rare,
Bilan fertilité : AMH 1,53 ng/ml
Spermogramme : 6,9 M/ml, 19,3 M/éjaculat, 47% mobilité a+b 1ère heure, 77% vitalité, TMS : 2,5 M, 32% mobilité à 24h (survie moyenne), 6% FN (David modifié ; acrosome et base anormale).
IRM pelvienne : Utérus normal, OG:endométriome de 46mm, hématosalpinx de 16 mm, CFA4, OD: endométriome de 30mm, CFA6 (total:10), Kissing ovarien, nodule d'endométriiose sur le torus de 24mm, épaissement des ligaments utéro-sacrés; nodule de la charnière recto-sigmoïdienne à 12cm de la marge anale, avec probable atteinte transmurale s'étendant sur environ 30mm de hauteur, 12mm d'épaisseur, et envahissant environ 25% de sa circonférence.





➤ Bilan d'infertilité (CNGOF)

- L'infertilité est suspectée (et nécessite un bilan) après un an de rapports sexuels réguliers sans contraception. Ce délai peut être réduit à 6 mois à partir d'un âge féminin de 35 ans
- Bilan hormonal J2-J3 du cycle: oestradiol, FSH, LH, prolactine, AMH
- Echographie: normalité, compte des follicules antraux (équivalent AMH)
- Spermogramme et spermocytogramme, spermoculture



➤ Endométriose (CNGOF, HAS)

- La réalisation d'une coelioscopie dans le seul but de confirmer le diagnostic n'est **pas recommandée (B)**, par contre elle **peut être indiquée en cas de forte suspicion clinique d'endométriose, alors que les examens préopératoires n'en ont pas fait la preuve (C)**
- En cas d'endométriome (douloureux), rechercher une endométriose profonde (C)
- La réalisation de biopsies dirigées (avec examen anatomopathologique) en cas de lésions typiques ou atypiques lors d'une coelioscopie diagnostique est recommandée pour confirmer le diagnostic d'endométriose (Grade B). **Les biopsies sur péritoine sain ne sont pas recommandées (Grade C).**



➤ Endométriose (CNGOF, HAS)

- Evaluer la douleur (intensité, retentissement) (B) et la qualité de vie (C)
- **5 D: dysménorrhée, dyspareunie, douleurs chroniques, défécations douloureuses et dysurie.**
- Disménorrhée: typiquement secondaire, croissante du 1^{er} au 4^{ème} jour, s'aggravant progressivement. Il n'existe aucune corrélation entre l'intensité de la dysménorrhée et l'importance des lésions.
- Dyspareunie: habituellement profonde et postérieure, positionnelle, et parfois majorée en phase prémenstruelle.
- Douleurs chroniques: elles sont pelviennes, abdominales, lombaires, ou sacrées.
- Troubles digestifs: ténesmes, diarrhée, rectorragies, constipations: évocateurs d'endométriose à la condition qu'ils aient un caractère cyclique.
- Troubles urinaires: Présents en cas d'atteinte profonde, intrinsèque de la vessie. Ils génèrent des mictions impérieuses, une pollakiurie, une dysurie, des hématuries, ou des douleurs suspubiennes.



➤ Endométriose (CNGOF, HAS)

- Il n'est pas recommandé de prescrire un traitement hormonal anti-gonadotrope chez une patiente endométriosique infertile afin d'augmenter les chances de grossesse hors FIV, y compris en postopératoire (Grade A).
- Dans un contexte d'endométriose et d'infertilité, **il n'est pas recommandé de réaliser un traitement chirurgical de l'endométriose superficielle** dans le seul but d'augmenter les chances de grossesse en FIV (Grade C).
- Dans le cadre de la prise en charge hors FIV d'une endométriose minimale à légère (stades I et II d'après la classification ASRM) prouvée après coelioscopie, l'utilisation d'une **stimulation ovarienne, avec ou sans insémination intra-utérine**, en postopératoire, peut être envisagée (Grade C).
- *Dans un contexte d'endométriose, dans le cadre de la prise en charge en FIV, il est recommandé de mettre en place un pré-traitement avant stimulation par agonistes de la GnRH (adénomyose, grade B) ou par contraception oestroprogestative (Grade C).*



➤ Endométriose (CNGOF, HAS)

- Le traitement chirurgical des endométriomes dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV n'est pas recommandé (Grade B).
- Les données de la littérature ne permettent pas de recommander le choix d'un protocole agoniste ou d'un protocole antagoniste chez les patientes atteintes d'endométriose (Grade C).
- En cas d'endométriome pouvant gêner la ponction ovocytaire, celui-ci peut être drainé par voie vaginale écho-guidée avec ou sans alcoolisation (Grade C).

Dunselman (ESHRE, HR 2014) : Discussion sur un traitement de l'endométriome avant FIV si ≥ 5 cm, douloureux ou gênant l'accès folliculaire (RO)

- **Pas de croissance de l'endométriome avec la stimulation**
- Pas d'antibiothérapie systématique en cas d'endométriome
- **Pas de lien probant entre endométriome et cancer ovarien**



➤ Endométriose (CNGOF, HAS)

- La **kystectomie intrapéritonéale coelioscopique** est la technique recommandée pour la prise en charge chirurgicale des endométriomes (Grade A).
- En raison d'un taux réduit de récurrences des kystes par rapport à la ponction simple (NP3), la **sclérothérapie à l'éthanol** peut être proposée chez les patientes présentant des endométriomes récidivants (Accord d'experts).
- La chirurgie pour endométriose colorectale peut être proposée chez les patientes **symptomatiques** (Grade C).
- La chirurgie de l'endométriose colorectale expose à un risque de **complications postopératoires graves** (NP2),
 - dont les patientes doivent être informées (Grade B).
- En cas d'endométriose profonde avec atteinte colorectale, la réalisation d'une chirurgie incomplète laissant en place la lésion digestive augmente le taux de récurrences des douleurs postopératoires et diminue le taux de grossesses postopératoires (NP3). Lorsque le traitement chirurgical est décidé, **il est recommandé de faire une résection des lésions pelviennes d'endométriose aussi complète que possible** (Grade C).
- En cas de chirurgie de l'endométriose du bas rectum, dans le but de réduire les complications liées à la survenue d'une fistule, la réalisation d'une **dérivation digestive temporaire** (iléostomie ou colostomie) doit être discutée, et la patiente doit recevoir une information et une éducation préopératoire adaptée (Accord d'experts).

19^{ES} JOURNÉES
DE CHIRURGIE
GYNÉCOLOGIQUE
& PELVIENNE



COUVENT DES JACOBINS

Merci de votre attention



endobreizh.

FILIÈRE DE SANTÉ BRETONNE POUR
LA PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE