
Infertilité et endométriose profonde

J-M ANTOINE

Correspondance :
Unité de Reproduction
Service de Gynécologie-Obstétrique et
Médecine de la Reproduction
Hôpital TENON
4 rue de la Chine
75020 PARIS
jemantoine@aol.com

Résumé

En dehors des stades avancés avec facteurs mécaniques tubaires ou adhérentiels, les mécanismes par lesquels l'endométriose altère la fertilité restent largement hypothétiques (maladie de la folliculogénèse, de la fécondation, de l'implantation, maladie inflammatoire). De nombreux travaux suggèrent en particulier des modifications de type inflammatoire du liquide péritonéal.

L'endométriose profonde, définie par une extension rétropéritonéale $>/5$ mm peut être isolée ou associée à une endométriose ovarienne et/ou péritonéale plus ou moins sévère. Le tableau clinique est dominé par les douleurs. L'infertilité est rarement au premier plan. Cependant il s'agit le plus souvent de femmes très jeunes nullipares, n'ayant pas encore eu le temps d'être infertiles mais désireuses de préserver leur fertilité. Le traitement médical n'a qu'une efficacité partielle et provisoire sur les douleurs, et aucun résultat démontré sur l'infertilité. La résection complète de toutes les lésions infiltrantes constitue le traitement idéal. Elle comporte une dissection étendue de l'espace rétropéritonéal, une urétérolyse et souvent une résection / anastomose rectale, à réserver à des mains entraînées, avec des risques de fistules digestives et recto-vaginales mettant directement en jeu la fertilité ultérieure. Globalement de 30 à 70% de grossesses sont obtenues après exérèse des lésions profondes, en faveur d'une relation de cause à effet.

Dans ces formes sévères d'endométriose, une prise en charge multidisciplinaire associe le plus souvent résection chirurgicale, analogues de la GnRH et Fécondation in vitro.

Mots clés : Endométriose profonde / infertilité / douleur pelvienne / analogues de la GnRH / coeliochirurgie / fécondation in vitro.

Alors que l'endométriose génitale classique est reconnue de longue date comme une cause fréquente d'infertilité féminine, le rôle éventuel de l'endométriose profonde n'a été évalué que de façon beaucoup plus récente. Définie par une extension rétropéritonéale $>/5$ mm (1), cette pathologie n'est en effet reconnue que depuis une dizaine d'années et réellement explorée en pratique que depuis cinq ans environ.

Abstract

Infertility and deep endometriosis

Apart from the tubal or adhesive disorders in advanced stages, the mechanisms by which endometriosis deteriorates fertility remain largely hypothetical: defect in folliculogenesis, fertilization, implantation and/or inflammatory disease. Many papers mainly suggest inflammatory changes in peritoneal fluid.

Deep endometriosis, defined by a subperitoneal involvement $>/5$ mm, can be isolated or associated with a more or less severe ovarian and/or peritoneal endometriosis. Pain is the main clinical sign. Infertility is seldom in the foreground. However the patients are generally very young nulliparous women, not having had time to be infertile yet, but eager to preserve their fertility.

Medical treatment only has a partial and time-limited effectiveness on pain, and no proved result on infertility.

Complete excision of all the infiltrating lesions constitutes the ideal treatment. It comprises wide dissection of the subperitoneal space, ureterolysis and often rectal resection / anastomosis, to be only performed by experienced surgeons, with risks of rectal-vaginal fistulas putting directly at stake the later fertility.

Overall, 30 to 70% of pregnancies are obtained after excision of the deep lesions, in favour of a causal relationship.

In these severe forms of endometriosis, a multidisciplinary approach generally associates surgical resection, GnRH analogs and in vitro fertilization.

Key-words : Deep endometriosis / infertility / pelvic pain / GnRH analogs / laparoscopic surgery / in vitro fertilization.

Liens entre endométriose profonde et infertilité

L'endométriose en générale constitue dans certains cas une cause directe d'infertilité par obstacle mécanique (obstruction tubaire bilatérale, adhérences périannexielles sévères bilatérales) ou par destruction bilatérale du parenchyme ovarien. En leur absence, de nom-

breuses hypothèses ont été soulevées : maladie de la folliculogénèse, de la fécondation, de l'implantation ou encore maladie inflammatoire : caractérisée par l'élévation des prostaglandines intrapéritonéales.

En ce qui concerne l'endométriose profonde, notre série de l'Hôpital Tenon montre que les douleurs sont de loin le signe fonctionnel le plus fréquent. L'infertilité vraie n'est retrouvée que dans 30% des cas. Par contre, il s'agit le plus souvent de femmes très jeunes, nullipares dans 67% des cas, n'ayant pas encore eu le temps d'être infertiles, mais surtout désireuses de préserver leur fertilité pour l'avenir.

Principales méthodes thérapeutiques chez une femme infertile présentant une endométriose profonde

Méthodes médicales

Recherchant des effets anti-œstradiol, anti-prolifératif, anti-prostaglandines et anti-oxydants, les traitements classiques de l'endométriose (œstro-progestatifs, Danazol, progestatifs, analogues de la GnRH) agissent principalement par hypoestrogénie, accessoirement de façon directe sur le tissu endométriosique. Sur 15 cas d'endométriose rectovaginale avec douleurs modérées à sévères, Fedele (2) a montré qu'un traitement par acétate de leuprolide 3.75 mg IM /mois pendant 6 mois permet une régression des douleurs et une légère réduction du volume des lésions. Cependant, son arrêt est suivi d'une récurrence des douleurs dans 87% des cas et d'un retour du nodule à la taille initiale dans 100% des cas. Enfin la fertilité n'a pas été évaluée.

Aucun argument actuel ne permet d'espérer un bénéfice réel de ces traitements médicaux, qui par ailleurs retardent la mise en route des grossesses. D'autres modalités thérapeutiques, comme les inhibiteurs de l'aromatase (letrozole) et les modulateurs du récepteur de la progestérone (SPRM) sont en cours d'évaluation.

Méthodes chirurgicales

Basée sur une cartographie pré-opératoire précise des lésions par IRM et échographie vaginale / endo-rectale, seule l'exérèse complète de toutes les formes de lésions endométriosiques est associée à des taux élevés de grossesses (3). Pour l'endométriose profonde, elle constitue également le traitement idéal mais suppose une dissection étendue de l'espace rétropéritonéal et de la fosse latéro-rectale, une urétérolyse et souvent une résection / anastomose rectale. La revue de la littérature (4-12) montre que ces gestes sont suivis de 30 à 70% de grossesses, avec cependant certains risques :

- résections incomplètes, sources de récurrences,
- lésions urétérales et des vaisseaux de la paroi pelvienne,
- séquelles menaçant la fertilité ultérieure : dyspareunie par sclérose après résection vaginale, adhérences post-opératoires, surtout en cas de fistules digestives, fistules recto-vaginales en cas de résection rectale.

Chapron (13) a évalué sur 46 cas de résection coeliosco-

pique d'endométrioses profondes infiltrant les ligaments utéro-sacrés le risque adhérentiel par coelioscopie de 2ème look : des adhérences fines, avasculaires sont retrouvées dans 24 cas (52.2%) et des adhérences denses ou vasculaires dans 7 cas (15.2%).

Une technique de résection rectale coelioscopique a été mise au point à l'Hôpital Tenon par E. Daraï (15). Les principaux temps opératoires comprennent :

Par cystoscopie : vérification de l'absence de lésions vésicales et montée de sondes urétérales n° 7

Par coelioscopie : repérage des uretères, ouverture du péritoine pariétal et décollement des uretères, résection des utéro-sacrés et du torus uterinum, adhésiolyse entre le rectum et la face postérieure de l'utérus, décollement latéro-rectal droit et gauche, clivage entre face antérieure du rectum et face postérieure du vagin sous contrôle du doigt vaginal, ouverture du péritoine en regard du promontoire, décollement latéro-sigmoïdien et latéro-rectal, coagulation et section des ailerons rectaux, décollement rétro-rectal, jusqu'au plancher pelvien, permettant l'ascension du rectum, section du rectum à l'endo-GIA en dessous du nodule endométriosique, montée du segment proximal du rectum à la peau par élargissement de l'incision sus-pubienne médiane, résection segmentaire passant au-dessus du nodule endométriosique, confection d'une bourse sur l'enclume d'une CEEA 31, réintroduction du moignon colique dans la cavité abdominale, anastomose colo-rectale à la CEEA 31, récupération des deux collectes adressées en anatomo-pathologie avec la pièce principale, épreuves au bleu et au gaz intra-rectal vérifiant l'absence de fuite anastomotique, toilette abdominale et drainage rétro-anastomotique par une lame multitubulée, sortant en fosse iliaque droite et ablation des sondes urétérales.

Sur un total actuel de 35 cas, l'efficacité de ce geste est très spectaculaire sur les douleurs. Deux grossesses spontanées ont été obtenues chez 8 femmes infertiles, et 2 autres chez 7 femmes ayant désiré une grossesse seulement après l'intervention. Les complications les plus sévères ont été deux cas de fistules anastomotiques ayant nécessité une colostomie provisoire.

Assistance Médicale à la Procréation

Cette méthode permet d'obtenir dans l'endométriose profonde des taux de grossesse équivalents à ceux observés dans les autres formes d'endométriose et dans les autres indications de FIV. En dehors des complications propres à toute AMP, les limites dans cette indication d'endométriose profonde sont une absence d'effet sur les douleurs, sauf en cas de grossesse obtenue qui peut améliorer voir guérir la maladie endométriosique. La stimulation ovarienne, qui s'accompagne de taux plasmatiques supra-physiologiques d'œstradiol, peut même favoriser une poussée ou une reprise évolutive de la maladie endométriosique.

Éléments du choix thérapeutique

Ils portent à la fois sur :

- . le type d'infertilité : âge de la femme, durée de l'inferti-

lité, existence de facteurs associés d'infertilité (tubaires, masculins),

. et le type d'endométriose profonde : extension, association ou non à des lésions d'endométriose superficielle péritonéale ou ovarienne.

Schématiquement, pour nous :

. Le traitement médical seul n'est donné qu'à titre provisoire du fait de son efficacité très partielle et du retard pris pour l'obtention d'une grossesse.

. La résection chirurgicale si possible complète est proposée en cas de douleurs au 1er plan. Elle améliore probablement également la fertilité, mais n'est pas dénuée de risques dont la patiente doit être prévenue : dyspareunie provoquée, adhérences, fistules digestives.

. La FIV est préférée dans les cas plus rares d'infertilité isolée sans douleurs, chez les femmes déjà multi-opérées, âgées de plus de 38 ans ou avec facteurs associés tubaires et/ou masculins d'infertilité.

. Dans les formes complexes, une prise en charge multidisciplinaire adaptée au cas par cas combine habituellement chirurgie, agonistes de la GnRH et FIV.

Références

1. Koninckx PR, Fertil Steril 1991;55:759-65.
2. Fedele L, Am J Obstet Gynecol 2000;183, 6, 1462-7
3. Suginami H. Gynecol. Obstet. Investig. 2002;53(suppl 1):12-18
4. Reich H., J. of Reprod. Med. 1991;36-7:516-522
5. Nezhat F., Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1992;99:664-667
6. Candiani G.B., J. Gynecol. Surg. 1992;8-3:177-182
7. Koninckx P.R., Current Opin. Obst. Gynecol. 1994;6 : 231-241
8. Donnez J., Hum. Reprod. 1995;10-2:630-635
9. Chapron C., Hum. Reprod. 1999;14-2:329-332
10. Possover M., Obstet. Gynecol. 2000;96:304-307
11. Pouly, J.L., Réalités Gynéc. Obstét. 2000;55:12-17
12. Redwine DB, Fertil Steril 2001;76:358-65
13. Chapron C, J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001, 8,368-73
14. Darai E. Am. J. Obstet. Gynecol. In press