

Infertilité par endométriose : la chirurgie est-elle obsolète ?

Professeur Jean Luc POULY

Université de Clermont Auvergne

Et Centre Hospitalier de Moulins -Yzeure

Rappels historiques

- 1983 : laser CO2 par coelioscopie (staff Clermont Fd –jl Pouly)
- 1983 : drainage des endométrioses (staff Clermont Fd –H Manhés)
- 1984 : KIP pour endométriome (staff Clermont Fd –jl Pouly)
- 1984 : vaporisation des endométriomes au laser (staff Bruxelles–Donnez)
- 1986 : 1^{ER} Congrès mondial sur l'endométriose (staff Clermont Fd –Canis)
- 1996 : stratégie infertilité par endométriose (Hum reprod Update–jl Pouly)
- 2000 : premier essai du plasma jet (staff Clermont Fd –Canis et Pouly)
- 2000 : première alcoolisation d'endométriomes en France (Pouly)

Tendances actuelles

- 1- Opposer FIV et chirurgie pour la prise en charge en infertilité
- 2- Ne jamais opérer l'endométriose chez la femme jeune non encore stérile

Stérilité par endométriose : chirurgie ou AMP

- **Cancer du sein :**
chirurgie ou chimiothérapie ou radiothérapie ?
 - Combinaison de traitement
 - La question : dans quel ordre et dans quel cas ?

La problématique de l'endométriose est très voisine : Chirurgie, traitement médical, AMP

Stratégie en infertilité

- Deux cas de figures
 - Endométriose connue ou soupçonnée depuis longtemps
 - Doute sur endométriose dans un bilan de stérilité

Endométriose connue ou soupçonnée depuis longtemps

- Cas de figure de plus en plus fréquent
- Traitement
 - Le plus souvent médical à long terme
 - Eventuellement chirurgie
- Arrêt de traitement (contraceptif)
 - Essai de grossesse immédiat
 - Probabilité de grossesse : chiffre incertain : 60 %
 - 3 Questions

Les 3 questions

- Délai d'attente avant d'agir
 - 6, 9, 12 mois
 - Pas de donnée dans la littérature
 - 2 critères fondamentaux :
 - Âge
 - Bilan extension basique : clinique, écho Spermogramme
 - Reserve ovarienne ????
- Intérêt de stimuler l'ovulation
 - Des arguments (IIU versus IIU + stimulation – chirurgie versus chirurgie + stimulation)
 - Mais pas d'étude réelle
- Si infertilité confirmée que faire ?
 - Comme si rien ne s'était passé avant ?
 - Oui si pas de coelioscopie préalable
 - Si coelioscopie préalable : en tenir compte

Infertilité : endométriose ?

- 1/ Interrogatoire : +++
 - 2/ Examen ++
 - 3/ Echographie 3 D ++
-
- Pas d'argument : risque d'endométriose (légère) faible : <5 %
 - Argument en faveur : risque d'endométriose > 80 %
 - Futur: tests salivaires ?

Infertilité et doute sur endométriose

- 1/ Bilan de base complet quoi qu'il en soit
 - Spermogramme +++
 - Ovulatoire
 - Utérin (fait à l'échographie)
 - Tubaire : sérodiagnostic de chlamydiae sauf antécédents particuliers
 - HIFOSI : intérêt limité
 - Echo 3D : endométriomes , images tubaires, Adhérences , Nodules
- 2/ Décision stratégique

Les données de base

- Résultats de la chirurgie
 - 30 % d'accouchements
 - Mais plutôt 40-45 % si stimulation de l'ovulation dans les suites
 - Facteurs prédictifs : oui
 - Espoir d'amélioration des techniques et des résultats : aucun (HIFU Micro-ondes ?)
- AMP
 - Par cycle commencé : 25 % d'accouchement (frais + congelés)
 - Cumulatifs réels sur 4 cycles possibles : 50 à 55 %
 - Facteurs prédictifs : âge +++ Réserve ovarienne +
 - Espoir d'amélioration des résultats : aucun

Facteurs prédictifs des résultats de la chirurgie

- Nombreuses études de qualité variable
 - Facteurs négatifs
 - Etat tubaire et adhérentiel
 - Âge
 - Endométrions multiples – risque d'IOP
 - Adénomyose associée
 - Association à autre facteur d'infertilité
 - Facteurs positifs
 - Nodule recto-vaginal isolé
 - Facteurs neutres
 - Stade (hors adhérences)
 - Endométriome isolé

Facteurs prédictifs des résultats de la chirurgie

- **Score EFI d'Adamson : endometriosis fertility index**

Endometriosis Fertility Index : EFI

Historical Factors			SURGICAL FACTORS		
Factor	Description	Points	Factor	Description	Points
<u>Age</u>			<u>LF score</u>		
	< 35	2		7 or 8 (high)	3
	35-39	1		4 to 6 (moderate)	2
	40 and more	0		1 to 3 (low)	0
<u>Years of infertility</u>			<u>AFS Endometriosis score</u>		
	< 2 years	2		< 16	1
	>2 years	0		16 or more	0
<u>Infertility</u>			<u>AFS Total score</u>		
	Secondary	0		<71	1
	Primary	1		71 or more	0
Total Historical Factors		<input type="text"/>	Total Surgical Factors		<input type="text"/>
EFI = Total Historical Factors + Total Surgical Factors			<input type="text"/>	+	<input type="text"/>
			Historical	Surgical	= <input type="text"/>
					EFI Score

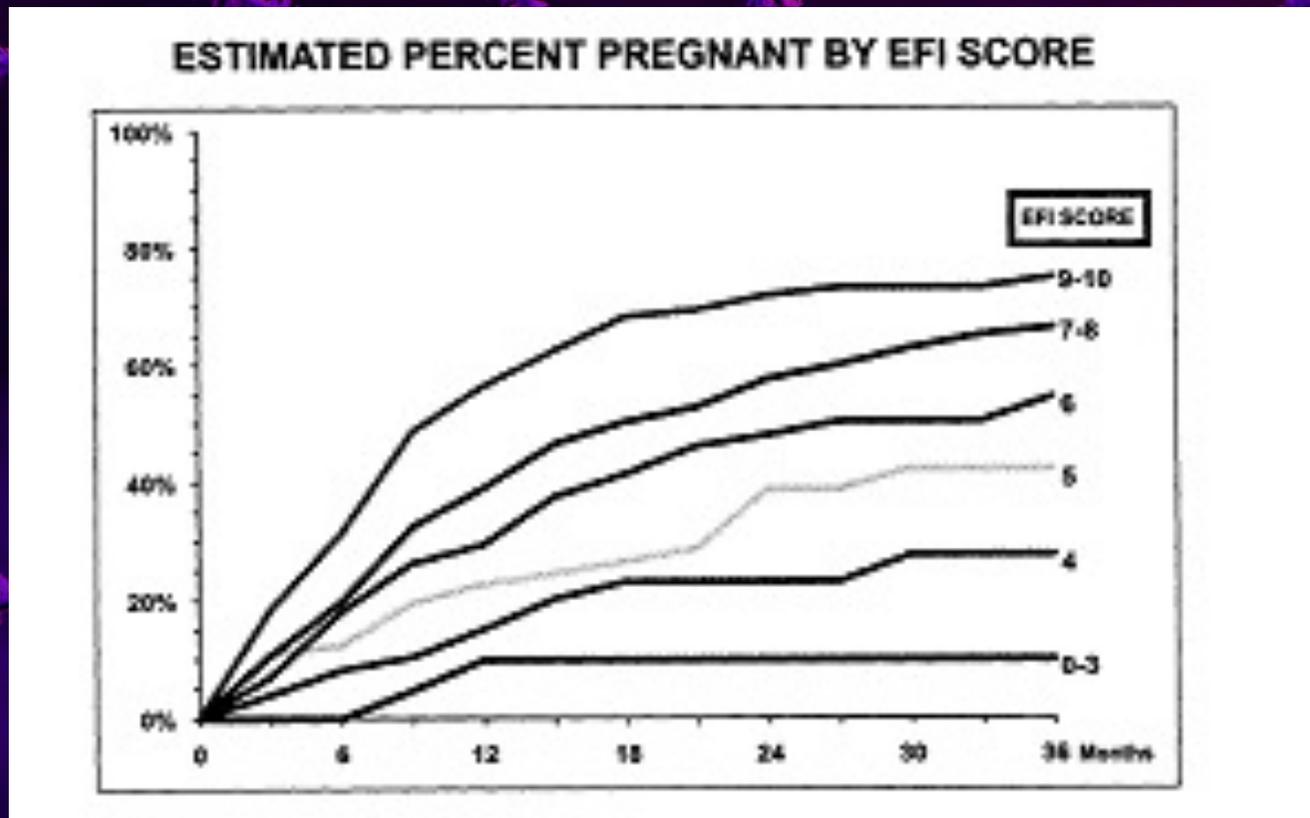
1/ Descriptions of least function terms.

Structure	Dysfunction	Description
Tube	Mild	<ul style="list-style-type: none"> Slight injury to serosa of the fallopian tube
	Moderate	<ul style="list-style-type: none"> Moderate injury to serosa or muscularis of the fallopian tube; moderate limitation in mobility
	Severe	<ul style="list-style-type: none"> Fallopian tube fibrosis or mild/moderate salpingitis isthmica nodosa; severe limitation in mobility
	Nonfunctional	<ul style="list-style-type: none"> Complete tubal obstruction, extensive fibrosis or salpingitis isthmica nodosa
Fimbria	Mild	<ul style="list-style-type: none"> Slight injury to fimbria with minimal scarring
	Moderate	<ul style="list-style-type: none"> Moderate injury to fimbria, with moderate scarring, moderate loss of fimbrial architecture and minimal intrafimbrial fibrosis
	Severe	<ul style="list-style-type: none"> Severe injury to fimbria, with severe scarring, severe loss of fimbrial architecture and moderate intrafimbrial fibrosis
	Nonfunctional	<ul style="list-style-type: none"> Severe injury to fimbria, with extensive scarring, complete loss of fimbrial architecture, complete tubal occlusion or hydrosalpinx
Ovary	Mild	<ul style="list-style-type: none"> Normal or almost normal ovarian size; minimal or mild injury to ovarian serosa
	Moderate	<ul style="list-style-type: none"> Ovarian size reduced by one-third or more; moderate injury to ovarian surface
	Severe	<ul style="list-style-type: none"> Ovarian size reduced by two-thirds or more; severe injury to ovarian surface
	Nonfunctional	<ul style="list-style-type: none"> Ovary absent or completely encased in adhesions

Endometriosis Fertility Index : EFI

Historical Factors			SURGICAL FACTORS		
Factor	Description	Points	Factor	Description	Points
<u>Age</u>			<u>LF score</u>		
	< 35	2		7 or 8 (high)	3
	35-39	1		4 to 6 (moderate)	2
	40 and more	0		1 to 3 (low)	0
<u>Years of infertility</u>			<u>AFS Endometriosis score</u>		
	< 2 years	2		< 16	1
	>2 years	0		16 or more	0
<u>Infertility</u>			<u>AFS Total score</u>		
	Secondary	0		<71	1
	Primary	1		71 or more	0
Total Historical Factors		<input type="text"/>	Total Surgical Factors		<input type="text"/>
EFI = Total Historical Factors + Total Surgical Factors			<input type="text"/>	+	<input type="text"/>
			Historical	Surgical	=
					<input type="text"/>
					EFI Score

Probabilité de grossesse selon le score EFI (hors AMP)



Valeur pronostique confirmée par 7 études d'autres équipes

	28 ans stérilité 2 de 1,5 an stade 2 Pas d'adhérence ni atteinte tubaire	35 ans ster 1 de 3 ans Stade 3 adhérences ++à gauche légère à droite + nrv	36 ans st 1 de 5 ans stade 4 avec adhérences ++ sur 2 ovaires avec endométrïomes
Age	2	1	1
Durée de stérilité	2	0	0
Stérilité 1 ou 2	1	0	0
Score fonctionnel	3	2	0
Score AFS de base	1	0	0
Score AFS >70	1	1	0
Total	10	4	1
Probabilité de grossesse à un an	60 %	20 %	8 %
À 3 ans	75 %	40 %	10 %

Le problème du score EFI

- Il n'est accessible qu'après une coelioscopie pour la moitié du score
 - Âge durée d'infertilité et stérilité primaire ou secondaire
- Peut-on avoir une idée de l'autre partie sans coelioscopie ?
- Et donc juger de l'intérêt ou non de faire la coelioscopie

Evaluation de l'endométriose en imagerie et clinique

- Échographie +++
 - Endométriomes +++
 - Adhérences ++
 - Nodules +
- IRM ++
 - Endométriomes +++
 - Adhérences
 - Nodules +++
- TV (après acceptation de la patiente !!)
 - Adhérences ++ (surtout si blocage)
 - Nodules ++
 - Endométriomes
- Evaluation imparfaite mais acceptable

Evaluation de l'endométriose en imagerie et clinique

- Adhérences

- Clinique : score LF à 0
- Uniquement échographique : score LF à 1
- Si pas score LF à 2

- Endométriomes

- Si bilatéraux : score LF à 0
- Si unilatéral score LF à 1
- Si pas score LF à 2



Evaluation du score AFS sur les mêmes critères

score chirurgical majoré de 0 à 2

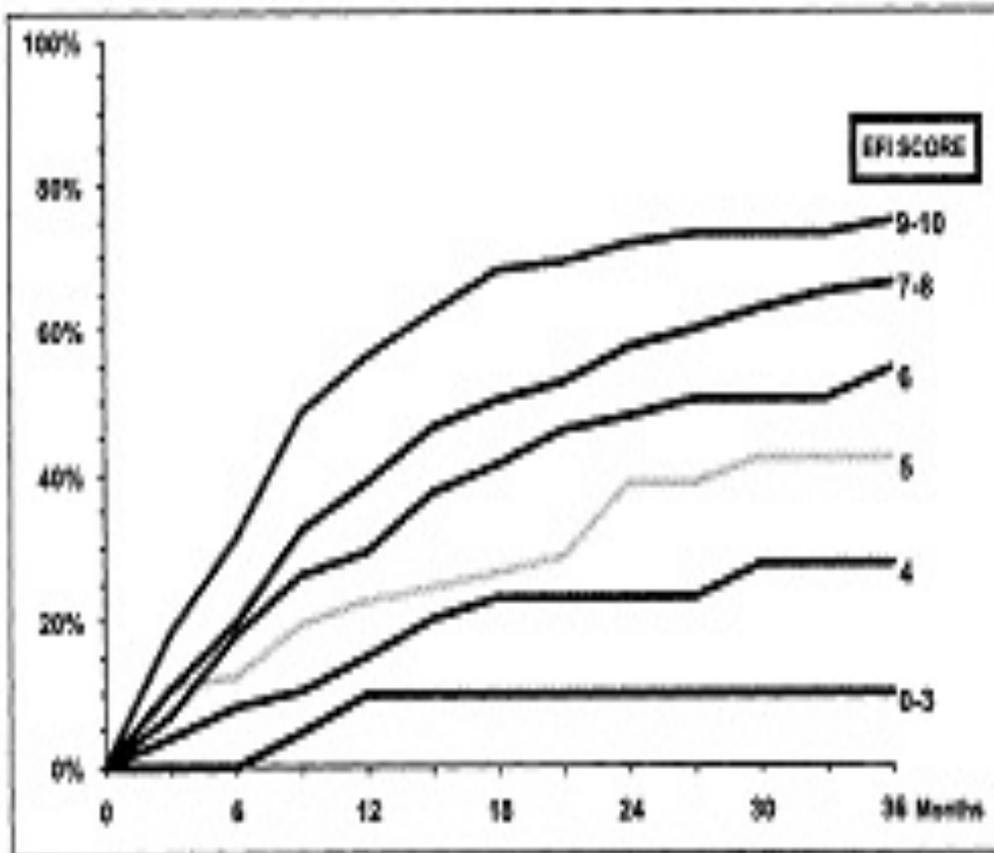
Synthèse

- Score clinique de 0 à 5
- Score LF de 0 à 2
- Score AFS de 0 à 2

Total

Décision

ESTIMATED PERCENT PREGNANT BY EFI SCORE



Score à 5 ou plus : COELIOSCOPIE première

Score de 0 à 3 : AMP première

Score 4 : à discuter mais plutôt AMP

AMP d'emblée aussi

- Facteur d'infertilité associé
- Adénomyose sévère

Données annexes

- 1/ en per-opératoire savoir renoncer à une chirurgie dangereuse et souvent inutile ... MAIS
- 2/ Planning de retour en AMP à terme défini : 9 à 12 mois
 - Et l'organiser d'emblée
 - 80 % des grossesses espérées sont dans la première année
- 3/ stimulation de l'ovulation
 - Avis personnel :
 - 4 mois sans rien
 - 4 mois de Clomifène
 - 3 mois de FSH-HMG
- 4/Si récurrence évidente dans l'attente : passage rapide en AMP

Données annexes

- 5/ Si décision d' AMP d'emblée et présence d'endométrïomes
 - Alcoolisation préalable à l' AMP
 - Decapeptyl retard pour 3 mois
 - À un mois alcoolisation
 - À 2 mois contrôle échographique
 - Si OK démarrage de la FIV

Données annexes

- Situation particulière :
 - Logique : AMP d'emblée
 - Mais nodules +++ avec dyspareunie +++
 - Part de la dysfonction sexologique dans l'infertilité ?
 - → Chirurgie de la douleur
 - En sachant limiter les risques
 - En étant respectueux des ovaires si endométriomes
 - Et AMP 3 à 6 mois après la chirurgie
 - On joue sur 2 tableaux

Données annexes

- Cas particulier
 - Stérilité par endométriose → coelioscopie opératoire → accouchement
 - Puis stérilité secondaire avec récurrence d'endométriose
 - → nouvelle chirurgie
 - Probabilité de succès de l'ordre de 70 %

La chirurgie après échec de l'AMP

- Aucun argument pour penser que la chirurgie améliore les résultats de l'AMP
 - 20 études : 2 en faveur
- Donc pratique de la dernière chance
 - Avec un espoir de grossesse grâce à la chirurgie < 20 %
 - A discuter avec les patientes
- Avis personnel
 - Après 2 échecs d'AMP (beaucoup d'abandon en AMP)

Deuxième problème

- Femme jeune avec endométriose, sans enfant et sans désir immédiat de grossesse
- Dogme : ne pas opérer – traitement médical jusqu’au désir de grossesse
- Faut-il être aussi strict ?
- Quel rôle doit avoir le médecin ?

La plupart des spécialistes connus de l’endométriose ne voit pratiquement jamais ce genre de cas qui sont vus par les gynécologues médicaux

INTERNET : le cauchemar ?

- Annonce d'endométriose → consultation d'Internet
- Messages d'Internet (Compris par de nombreuses patientes)
 - Votre vie est foutue
 - Vous aurez mal toute votre vie
 - Vous serez probablement stérile
 - A votre place j'irai me faire congeler des ovocytes
 - ...

Dédramatiser mais agir

- Surtout ne pas nier la possibilité d'une endométriose
- Cas de figure simple : patiente a déjà eu des rapports
 - → examen + échographie
 - -pathologie avérée : Endométriome ou Nodule ou Adhérences (?) ou adénomyose
 - -pas d'évidence
 - Traitement médical d'épreuve : pilule, dienogest ...
- Cas de figure difficile : patiente vierge
 - Faut-il faire une IRM :
 - Non mais !
 - Traitement d'épreuve
 - Futur test salivaire ?

Pathologie avérée : Endométriome ou Nodule ou Adhérénces (?)

- Endométriome(s)
 - Si plus de 5 cm ou multiples
 - Alcoolisation
 - Et discuter la préservation
 - Si unique de moins de 5 cm : coelioscopie et KIP (ou alcoolisation)
- Nodules postérieurs
 - En fonction de l'importance de la dyspareunie
 - Si faible : traitement médical d'essai
 - Si majeure avec impact psy : Chirurgie coelioscopique
- Adhérénces isolées (suspicion)
 - Si isolées : traitement médical

Pathologie avérée : Adénomyose (rare)

- Vu a l'échographie
- Faire IRM
- Diagnostic difficile
- Traitement médical
- Si échec et si adénomyose focale → chirurgie coelioscopique
- Si adénomyose diffuse : traitement médical progressif ... Rieqo[®]

Pas de pathologie évidente ou patiente vierge

- Traitement médical
- Mais échec
 - Grand espoir sur tests salivaires
 - Car composante psychologique est évidente dans certains cas
 - Mais endométriose → douleurs → composante psychologique
 - IRM
 - si positive : Coelioscopie (selon les règles précédentes)
 - Si négative : ???
 - IRM négative n'est pas une certitude
 - Poursuite des traitements médicaux ? PLUTÔT OUI
 - Surveillance par TV et écho régulière : apparition secondaire de lésions

Conclusion

- La chirurgie de l'endométriose n'est pas morte
- Il faut se méfier des dogmes
- Mais il faut éviter les chirurgies itératives surtout ovarienne
- L'endométriose est une maladie chronique donc il faut toujours anticiper