Endométriose : pathologie pluridisciplinaire émergente

Endometriosis: its emergence as a multisystem disease

É. Darai

Reçu le 7 octobre 2009 ; accepté le 8 octobre 2009
© Springer-Verlag France 2009

Au cours des deux dernières décennies, l'endométriose s'est imposée comme une pathologie émergente dont l'incidence ne cesse de croître avec des arguments épidémiologiques majeurs suggérant l'implication dans sa genèse, y compris pour les localisations digestives, de facteurs environnementaux. Parallèlement à l'augmentation de l'incidence, les progrès dans le traitement médical restent modestes alors même que des formes pseudo-invasives sont plus fréquemment diagnostiquées.

Ces lésions majeures affectent, outre la sphère génitale, tous les organes et structures anatomiques du petit bassin posant le problème de la légitimité chez des femmes jeunes d'une chirurgie mutilante associée à des risques postopératoires impactant négativement sur la qualité de vie. Parmi ces risques, la fistule rectovaginale est rapportée chez 2 à 10 % des patientes nécessitant une résection concomitante vaginale et colorectale, et la survenue de dysurie de novo est évaluée entre 4 et 10 %. Encore faut-il explorer adéquatement ces patientes pour faire la part entre une pathologie préexistante d'une séquelle postopératoire. L'exemple de la dysurie est particulièrement éloquent. Si l'interrogatoire des patientes est fait à l'aide d'un questionnaire non spécifique (avez-vous des troubles de la miction ? Présentez-vous des urines sanglantes ? Avez-vous des douleurs lors de la miction ?), la dysurie préopératoire dans les lésions profondes de l'endométriose pelvienne n'est retrouvée que dans 3 % des cas, souvent masquée par la symptomatologie douloureuse qui est au premier plan. L'utilisation de questionnaires spécifiques et validés contribue à mieux cerner la véritable fréquence des troubles urinaires liés à la pathologie. Ainsi, dans notre expérience, la dysurie préopératoire dans l'endométriose profonde atteint 13,2 %. C'est dire la nécessité dans les endométrioses profondes d'une exploration

préopératoire soigneuse à la fois clinique, à la recherche de troubles sensitifs, et paraclinique permettant d'objectiver des troubles de la fonction vésicale (épreuves urodynamiques, électrophysiologie). Actuellement, les indications de ces explorations complémentaires restent encore imprécises, mais soulignent dès à présent l'apport d'une prise en charge multidisciplinaire et la nécessité d'une information claire des patientes sur les risques potentiels de la chirurgie.

Des progrès sensibles ont été faits pour mieux cerner les indications opératoires et sélectionner les candidates à une chirurgie. De même, la chirurgie préservant les nerfs, notamment les fibres efférentes distales du plexus hypogastrique inférieur (*nerve sparing surgery*), s'impose comme une technique incontournable. Elle impose la connaissance élémentaire de l'anatomie du plexus hypogastrique inférieure et la recherche des fibres nerveuses, aidée de la vision magnifiée des endoscopes, lors de toute chirurgie pour endométriose profonde. En effet, le risque de lésion distale du plexus hypogastrique n'est pas exclusivement l'apanage des formes extensives, mais peut se voir dans les atteintes des ligaments utérosacrés représentant la localisation la plus fréquente de l'endométriose profonde. Si cette préservation n'est pas toujours réalisable du fait de l'infiltration des fibres nerveuses par l'endométriose, il convient de s'aider de procédés techniques (en cours d'évaluation) permettant d'identifier les fibres nerveuses en peropératoire afin de les respecter (neuro-navigation coelioscopique).

Outre l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie de nos patientes, nos préoccupations sont multiples : préserver la fertilité, réduire le nombre de chirurgies itératives et/ou incomplètes et également limiter les récidives ainsi que les séquelles. Ces différents objectifs ne sont pas utopiques à condition de clarifier qui, comment et où une patiente porteuse d'une endométriose doit être traitée. Cela implique la création de centres de références. Faut-il aller jusqu'à la définition de seuil d'activité comme en oncologie ? À nous, professionnels de la santé, de nous en préoccuper avant que ce soit des bureaucrates qui nous l'imposent.

Déclaration de conflit d'intérêt : L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

É. Darai (✉)

Service de gynécologie obstétrique,
hôpital Tenon, 4, rue de la Chine,
F-75020 Paris, France

Cancer Est, université Pierre-et-Marie-Curie,
Paris-VI, 4, place Jussieu,
F-75005 Paris, France
e-mail : emile.darai@tnn.ap-hop-paris.fr