



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Réssection rectale segmentaire pour endométriose colorectale :
quelle qualité de vie post-opératoire ?
Etude rétrospective monocentrique**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2014 à 18h
Au Pôle Recherche
Par Justine FIGURELLI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Denis VINATIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume PIESSEN

Madame le Docteur Chrystèle RUBOD DIT GUILLET (MCU-PH)

Monsieur le Docteur Jean-François QUINTON

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Pierre COLLINET

Table des matières

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
OBJECTIFS.....	6
PATIENTES ET METHODES.....	7
I. Caractéristiques de l'étude.....	7
II. Procédure chirurgicale.....	10
III. Protocole anesthésique.....	13
IV. Evaluation de la qualité de vie.....	13
V. Analyse statistique.....	14
RESULTATS.....	16
I. Données épidémiologiques, cliniques et radiologiques.....	16
A. Caractéristiques de la population.....	16
B. Symptomatologie préopératoire.....	18
II. Données périopératoires.....	20
III. Données post-opératoires.....	24
A. Complications post-opératoires.....	24
1. Complications post-opératoires précoces.....	24
2. Complications post-opératoires tardives.....	25
B. Suivi post-opératoire.....	26
C. Evolution de la fertilité.....	26
D. Etude de la qualité de vie post-opératoire.....	27
1. Evolution des symptômes avant et après chirurgie.....	27
2. Résultats des questionnaires EHP-5.....	29
DISCUSSION.....	31
CONCLUSION.....	43
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	45
ANNEXES.....	51
Annexe 1: Exemple du questionnaire EHP-5 envoyé aux patientes.....	51
Annexe 2: Réponses détaillées aux onze questions de l'EHP-5.....	52
Annexe 3: Classification de l'endométriose selon l'rAFS (American Fertility Society) révisée en 1985.....	58

RESUME

Contexte : La chirurgie des lésions d'endométriose colorectale a pour but de réduire les symptômes douloureux, de limiter les récurrences, d'améliorer la fertilité et la qualité de vie souvent altérée. L'objectif principal de cette étude est d'apprécier la qualité de vie post-opératoire chez les patientes opérées d'une résection rectale segmentaire ; l'objectif secondaire, d'évaluer la morbidité péri-opératoire de ces résections.

Méthode : Etude rétrospective monocentrique descriptive de la morbidité périopératoire des résections rectales segmentaires pratiquées pour endométriose colorectale entre janvier 2007 et mai 2012. La version française du questionnaire EHP-5 a été utilisée dans l'appréciation de la qualité de vie post-opératoire.

Résultats : 72 patientes ont été incluses dans l'étude. La voie d'abord était coelioscopique exclusive dans 65,28 % des cas. Le taux de fistules rectovaginales était de 2,78 % et le taux de sténose anastomotique de 4,17 %. Le taux de complications précoces, les pertes sanguines et la durée de séjour hospitalier étaient statistiquement plus faibles dans le groupe des coelioscopies par rapport aux laparotomies (29,79 % contre 56 %, $p=0,03$, 310 ml vs 840 ml, $p=0,002$, et 10,6 jours vs 12,1 jours, $p=0,003$). La durée de suivi post-opératoire était de 25,9 mois. Le taux de récurrence de l'endométriose était de 19,44 % (ovarienne essentiellement). On notait une amélioration significative des symptômes gynécologiques et digestifs après chirurgie (98,6 % vs 9 %, $p<10^{-4}$, et 81,9 % vs 50 %, $p=0,002$). Le score moyen post-opératoire à l'EHP-5 était de 439,44 points sur 1100 points.

Conclusion : Les résections rectales segmentaires pour endométriose colorectale permettent une amélioration des symptômes gynécologiques et digestifs, avec néanmoins une morbidité péri-opératoire non négligeable ; morbidité limitée par une approche laparoscopique multidisciplinaire et une sélection des indications.

INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie bénigne qui touche les femmes jeunes, en âge de procréer avec une prévalence de 5 à 10 % [1]. Elle est définie par la présence de tissu endométrial fonctionnel (cellules glandulaires et stroma) en dehors de la cavité utérine. Cette maladie est à l'origine d'un grand nombre de symptômes tels que : des douleurs pelviennes chroniques, dysménorrhées (secondaires le plus souvent et d'aggravation progressive), dyspareunies, méno-métrorragies, infertilité primaire ou secondaire, avec une répercussion souvent majeure sur la qualité de vie des patientes, d'autant que le diagnostic d'endométriose est parfois tardif (le délai diagnostique moyen entre le début des symptômes et la prise en charge est estimé à 6,7 ans, [2]).

Il existe trois formes d'endométriose : superficielles, profondes ou kystiques (endométriomes). Leur répartition est inhomogène au sein de la cavité abdominale. L'endométriose profonde désigne une infiltration de plus de 5 mm en profondeur de l'espace sous-péritonéal par du tissu endométrial [3-4]. Les lésions endométriosiques prédominent nettement au niveau pelvien et sont situées préférentiellement au niveau du compartiment postérieur (cloison rectovaginale, cul de sac de Douglas, rectum, colon sigmoïde). Les lésions atteignent le plus souvent l'hémipelvis gauche. Une atteinte digestive touche plus de 10 % des femmes ayant une endométriose pelvienne profonde (EPP) [4-5]. Sa prévalence augmente avec la sévérité de l'atteinte pelvienne pouvant atteindre 50 % dans les stades IV de l'*American Fertility Society révisée* (rAFS, annexe 3) [6-7]. Les localisations rectales et de la jonction rectosigmoïdienne sont les plus fréquentes (65,7 %), suivies des localisations sigmoïdiennes (17,4 %), appendiculaires (6,4 %), iléales (4,7 %) et iléocæcales

(4,1 %) [8]. Le terme d'endométriose profonde du rectum désigne l'infiltration au moins du muscle de la paroi rectale, la différenciant des implants endométriosiques infiltrant uniquement la séreuse digestive et considérées comme des lésions superficielles [4]. L'atteinte digestive est alors source de douleurs pelviennes chroniques ou cycliques mais aussi de troubles colo-proctologiques tels qu'un syndrome rectal, diarrhées cataméniales, constipation et des rectorragies. Ces symptômes sont diversement associés chez une même patiente en fonction de la localisation des nodules endométriosiques. Dans de rares cas, la patiente ne présente aucun symptôme et c'est à l'occasion du bilan d'infertilité, que sont révélées les lésions.

Le diagnostic est souvent évoqué par la clinique mais confirmé par des examens complémentaires validés tels que l'IRM pelvienne avec opacification rectale et vaginale qui permet de réaliser une cartographie globale des atteintes endométriosiques. L'atteinte digestive peut-être caractérisée par le coloscanner notamment pour rechercher d'autres localisations digestives ou évaluer le degré de sténose digestive, ou l'écho-endoscopie anorectale pour mieux préciser l'infiltration pariétale en cas de discordance avec l'IRM notamment (sensibilité de 97 % et spécificité de 85 %) [8].

Le traitement chirurgical des lésions d'EPP digestives varie en fonction de la profondeur d'infiltration : résections segmentaires, résections en pastille ou exérèse du nodule sans ouverture de la paroi colique (« *shaving* » rectal). Cette prise en charge a pour but de réduire les symptômes liés à l'endométriose, de limiter les récurrences et d'augmenter la fertilité chez ces patientes. Bon nombre d'études rétrospectives ont prouvé que la résection colorectale dans l'endométriose pelvienne profonde était une procédure justifiée, sûre et efficace. Beaucoup d'auteurs

s'accordent à dire que ces chirurgies radicales limitent le risque de récurrence de la maladie. Mais des études plus récentes [9] ont également montré que ces chirurgies, morbides, induisaient des troubles fonctionnels digestifs post-opératoires (comme : constipation, dyschésie voire incontinence fécale) plus importants que pour les chirurgies conservatrices. Aussi une décision de chirurgie radicale, prise en réunion multidisciplinaire (et parfois en fonction des constatations peropératoires) est justifiée par l'importance en profondeur et en hauteur de la sténose digestive, pour des localisations digestives hautes et en fonction de l'âge de la patiente (plus la patiente est âgée, plus le geste est conservateur).

Depuis le début des années 1990, la faisabilité de la prise en charge coelioscopique de l'EPP avec composante digestive a été démontrée. En effet, en comparaison avec la laparotomie, l'approche coelioscopique donne des résultats fonctionnels à long terme identiques tout en réduisant le traumatisme chirurgical et en facilitant la dissection des structures pelviennes profondes par une meilleure vision des différents organes pelviens [10]. Ce type de chirurgie, qui se rapproche parfois de la chirurgie carcinologique, ne peut s'envisager que par un ou plusieurs chirurgiens expérimentés et formés à la chirurgie digestive, dans des centres de référence.

La chirurgie des lésions d'EPP avec composante digestive a également pour but d'améliorer la qualité de vie chez ces patientes, le plus souvent altérée. Des questionnaires de qualité de vie spécifiques de l'endométriose tels le Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) [11-12-13] et EHP-5 (version simplifiée de l'EHP-30), initialement en version anglo-saxonne puis traduits en français, permettent d'apprécier l'impact de cette maladie chez ces patientes. L'évaluation de la qualité de vie chez les patientes atteintes d'EPP a fait l'objet de quelques études [14-15-16], le plus souvent par des questionnaires généralistes de qualité de vie comme le Short

Form 36 Item Health Survey (SF-36), le Short Form-12 (version simplifiée du SF-36), EuroQol EQ-5D. Ces questionnaires manquent cependant de spécificité et l'utilisation de l'EHP-30 et l'EHP-5 semble plus adaptée. Il apparaît évident qu'à l'heure actuelle, cet aspect mérite d'être largement investi pour une prise en charge optimale de cette pathologie.

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est d'apprécier la qualité de vie post-opératoire par l'EHP-5 (dans sa version traduite en français) pour les patientes ayant eu une résection rectale segmentaire pour endométriose colorectale.

Les objectifs secondaires de ce travail sont d'évaluer la morbidité péri et post opératoires pour ce type de chirurgie et de comparer dans notre expérience, la voie d'abord laparoscopique à la laparotomie.

PATIENTES ET METHODES

I. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et monocentrique, menée au Centre Régional Universitaire de Lille, sur une période allant de janvier 2007 à mai 2012.

Cette étude intéresse soixante douze patientes atteintes d'EPP avec atteinte digestive prouvée histologiquement. Une résection rectale segmentaire était réalisée dans tous les cas, soit dans le service de chirurgie gynécologique de l'hôpital Jeanne de Flandre, soit dans le service de chirurgie digestive et générale de l'hôpital Claude Huriez, du CHRU de Lille.

Tous les cas de résection rectale segmentaire pour endométriose pelvienne profonde étaient répertoriés dans une base dédiée à cette procédure, dans le service de chirurgie digestive et générale de l'hôpital Huriez et mise à jour régulièrement.

L'évaluation préopératoire était effectuée cliniquement lors d'une consultation gynécologique au CHRU de Lille. Le recours à la chirurgie était envisagé en cas d'échec du traitement médical, pour les formes sévères d'EPP, pour une symptomatologie digestive ou urinaire invalidante, dans le cadre de la prise en charge de l'infertilité. Seules les patientes symptomatiques étaient opérées. De même, seules les patientes présentant une symptomatologie digestive spécifique étaient candidates à une éventuelle chirurgie digestive.

Tous les dossiers des patientes étaient discutés au sein d'une réunion de concertation pluridisciplinaire « endométriose ». Ces réunions ont été mises en place depuis 2005 au CHRU de Lille. Elles se tiennent une fois par mois et réunissent des chirurgiens gynécologues, digestifs et urologues, des spécialistes de la procréation médicalement assistée et des radiologues spécialisés dans l'imagerie de la femme.

Les patientes bénéficiaient toutes d'une IRM pelvienne avec injection de gadolinium et opacification digestive et vaginale, réalisée et/ou relue dans le service d'imagerie de la femme du CHRU de Lille. En fonction de la suspicion clinique d'atteinte digestive, une écho-endoscopie rectale (EER) ou plus récemment un coloscanner (qui précise mieux le degré de sténose et les lésions hautes non vues par l'IRM) étaient réalisés.

Les patientes pour lesquelles une chirurgie conservatrice (« *shaving* » rectal notamment) était envisagée, étaient exclues de l'étude.

Une résection rectale segmentaire était indiquée si :

- la taille du nodule était supérieure à 2 cm
- il existait une atteinte profonde pariétale des couches : séreuse, musculuse et sous muqueuse avec débord endoluminal
- en cas de sténose digestive symptomatique
- en cas d'échec d'une chirurgie conservatrice rectale

Au terme de ce bilan et si une résection digestive était envisagée, les patientes étaient toutes reçues en consultation préopératoire par un chirurgien viscéral où elles étaient informées du type de chirurgie, de l'éventualité d'une résection digestive protégée par stomie temporaire, des complications éventuelles et du rétablissement de continuité. En cas de dilatation des voies urinaires associée ou de geste urologique prévisible (résection urétérale avec réimplantation urétéro-vésicale sur vessie psorique, cystectomie partielle), une consultation préopératoire avec un chirurgien urologue et la mise en place de sonde urétérale double J étaient réalisées. L'ensemble des données pré, per et postopératoires étaient colligées à partir des dossiers médicaux des patientes – papier et informatisé (logiciel Sillage) - puis

répertoriées dans une base de données spécifique aux EPP avec atteinte digestive. Une base de données générale EPP a été établie au CHRU de Lille et est mise à jour régulièrement.

Les données médicales étudiées et colligées étaient : les caractéristiques épidémiologiques des patientes (âge, Index de Masse Corporelle, habitus), les antécédents médicochirurgicaux, obstétricaux et familiaux, antécédents de chirurgie pour endométriose, les résultats des examens complémentaires, l'existence d'une infertilité, les signes fonctionnels préopératoires (gynécologiques, digestifs, urologiques ou autres), les données de l'examen clinique (spéculum et toucher pelvien), le type de traitement médical antérieur, l'évaluation de la réserve ovarienne (dosage de l'hormone antimüllérienne AMH) préopératoire, le geste chirurgical (digestif, gynécologique ou urologique associés), la voie d'abord (cœlioscopie, laparotomie, laparoconversion), la réalisation d'une stomie, les données peropératoires (durée incision-fermeture, les pertes sanguines, la nécessité d'une transfusion), la durée de séjour hospitalier, les complications précoces et tardives, l'analyse anatomopathologique des lésions (taille nodule, marges, corrélation avec imagerie), la durée de suivi, la fertilité postopératoire, la récurrence des symptômes et/ou lésions d'endométriose.

Les voies d'abord ont été comparées dans notre étude sur :

- l'âge
- l'indice de masse corporelle
- les antécédents chirurgicaux et les antécédents chirurgicaux d'endométriose
- la durée opératoire
- les pertes sanguines
- la durée de séjour hospitalier

- les complications post-opératoires précoces

Concernant l'étude des complications précoces, elles étaient classées en deux catégories : majeures – celles nécessitant une prise en charge chirurgicale, endoscopique ou radiologique (grade III et plus de Clavien-Dindo) – et mineures, pouvant être traitées de manière plus conservatrice (grade I et II de la classification de Dindo). Respectant la définition de la classification de Clavien-Dindo [17], les complications post-opératoires tardives n'étaient pas définies selon celle-ci.

La fertilité était étudiée comme suit : proportion de patientes infertiles avant la chirurgie, délai entre la conception et la chirurgie, nombre de grossesses obtenues et mode de conception (spontané ou assisté médicalement), taux de naissances vivantes et taux cumulé de grossesses.

II. Procédure chirurgicale

Toutes les patientes étaient hospitalisées la veille de l'intervention pour la réalisation d'une préparation digestive (Fleet Phospho-Soda®) et avaient la semaine précédant l'intervention suivi un régime alimentaire sans résidus. En cas d'atteinte annexielle associée (endométriome), une évaluation de la réserve ovarienne était réalisée par dosage préopératoire de l'AMH (puis à 6 semaines et à 6 mois si les patientes participaient à l'étude AMH et kystectomie ovarienne). Un marquage cutané de l'emplacement de la stomie était effectué la veille de l'intervention.

Les voies d'abord étaient soit coelioscopique, soit laparotomie d'emblée ou laparoconversion.

Le premier temps opératoire était généralement le temps gynécologique si nécessaire. Le traitement des lésions annexielles était le plus conservateur possible.

Il associait de façon variable, kystectomie ovarienne (uni ou bilatérale), ovariectomie,

salpingectomie, neosalpingostomie, et annexectomie. Une hystérectomie non conservatrice n'était réalisée que chez des patientes sélectionnées de plus de 40 ans généralement et en l'absence de désir de grossesse. Toutes les lésions péritonéales superficielles étaient détruites. Ce temps opératoire s'attachait également, dans la mesure du possible, à restituer une anatomie pelvienne normale. Une meilleure exposition était obtenue par la ventrofixation d'un ou des deux ovaires ainsi que l'utérus et parfois ventrofixation de la boucle sigmoïdienne.

Selon la localisation du nodule et après repérage des uretères, une urétérolyse uni ou bilatérale était réalisée (en pratique 98% des cas). Une atteinte urétérale extrinsèque était traitée par une urétérolyse dite de « décompression » protégée parfois par une sonde double J.

En cas de nodule de la cloison rectovaginale : le péritoine était incisé en regard des deux uretères et l'urétérolyse était menée jusqu'à la boucle de l'artère utérine. Les nerfs hypogastriques étaient identifiés au contact des ligaments utéro-sacrés (LUS). Les fosses pararectales étaient ouvertes jusqu'au niveau des ligaments latéraux du rectum et la dissection poursuivie en paravaginal avec réalisation d'une colpotomie en cas d'atteinte vaginale. Puis le nodule était circonscrit et mobilisé sur le rectum ou la charnière rectosigmoïdienne.

Le deuxième temps opératoire était digestif et réalisé par le chirurgien digestif. L'exérèse de la lésion rectale correspondait à une proctectomie sub-totale ou totale selon le niveau du pôle inférieur de la lésion par rapport au sphincter anal. La résection se voulait la plus limitée possible en préservant des marges saines d'au moins 2 cm en macroscopie. La dissection était le plus souvent menée dans le plan du mésorectum, postérieure puis latérale jusqu'en dessous de la zone du nodule. La section rectale était réalisée de façon mécanique à la pince agrafeuse linéaire

coupante coelioscopique. Après une vérification de cet agrafage par un test à l'air, une anastomose colorectale, termino-terminale, était réalisée de façon mécanique par voie transanale, transsuturale avec vérification de l'anastomose par un test à l'air. Cette exérèse emportait monobloc le cul de sac vaginal postérieur et les LUS sacrés lorsqu'ils étaient atteints. D'autres localisations digestives étaient recherchées attentivement et réséquées en peropératoire si nécessaire. Les sutures digestives et vaginales étaient décalées anatomiquement et protégées par l'interposition d'une épiplooplastie (afin de limiter le risque de fistule rectovaginale). Une iléostomie de protection transitoire était réalisée en cas d'anastomose sous Douglassienne, de résections digestives multiples et en cas d'ouverture vaginale suturée. Un drainage pelvien était réalisé systématiquement.

Un temps urologique était parfois nécessaire et confié à l'urologue. Une atteinte urétérale intrinsèque était traitée par résection suivie d'une réimplantation urétéro-vésicale sur vessie proïque le plus souvent. La présence d'une endométriase vésicale justifiait parfois la réalisation d'une cystectomie partielle.

L'iléostomie était fermée minimum six semaines après l'intervention après vérification de l'absence de fistule par une opacification digestive (lavement aux hydrosolubles). En cas de survenue de complications postopératoires, ou d'anomalie sur le lavement, l'iléostomie était fermée après la réalisation d'un scanner abdominopelvien injecté. En cas de sténose anastomotique, l'anastomose était dilatée sous endoscopie avant le rétablissement de continuité.

III. Protocole anesthésique

Toutes les patientes recevaient une prémédication par Gabapentine (Neurontin®) pour son effet antihyperalgique et Hydroxyzine (Atarax®) la veille ou le jour de l'intervention.

Avant l'induction, les patientes avaient toutes une rachianalgésie.

L'intervention était réalisée sous antibioprofylaxie selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR).

Une curarisation avec réinjections itératives guidées par le moniteur de curarisation (NMT) était systématique.

Les patientes gardaient généralement une seringue électrique de Morphine les vingt quatre premières heures post-opératoires.

La sonde urinaire était retirée le lendemain de l'intervention (en l'absence de geste urologique). Les boissons étaient autorisées six heures après l'intervention en l'absence de problème et l'alimentation autorisée à partir du lendemain de l'intervention selon la tolérance des patientes. Une anti coagulation préventive était instaurée en période post-opératoire selon les recommandations de la SFAR.

IV. Evaluation de la qualité de vie

Les patientes de l'étude ont toutes reçu à leur domicile, en post-opératoire, la version française de l'EHP-5, adaptation courte de l'EHP-30, questionnaires de qualité de vie spécifiques de l'endométriose. Il s'agit d'une version traduite en langue française mais non validée pour l'évaluation de la qualité de vie [18].

L'EHP-5 comporte deux parties contenant respectivement cinq et six questions. Ces questions abordent trois domaines : la répercussion des symptômes sur le plan

professionnel, les conséquences physiques imputables à la maladie et la dimension psychologique associée à la pathologie.

Ce questionnaire était envoyé par courrier postal, rempli anonymement et à distance de l'intervention. Les patientes devaient évaluer leur qualité de vie sur les quatre dernières semaines.

Les réponses aux questions posées étaient également colligées dans une base de données spécifique et des scores de qualité de vie étaient établis. Les scores étaient calculés en faisant la somme des réponses aux onze questions qui composent le questionnaire : 1 = jamais = 0 point, 2 = rarement = 25 points, 3 = parfois = 50 points, 4 = souvent = 75 points et 5 = toujours = 100 points ; ces scores pouvaient donc aller de 0 (meilleure qualité de vie envisageable) à 1100 (pire qualité de vie envisageable).

Un exemplaire du questionnaire est reproduit en annexe 1.

V. Analyse statistique

Les paramètres qualitatifs ont été décrits par la fréquence et le pourcentage. Les paramètres quantitatifs ont été exprimés en termes de moyenne, médiane et d'intervalle interquartile. La normalité de distribution d'un paramètre quantitatif a été étudiée par le test de Shapiro Wilk. Selon la distribution, des tests paramétriques ou non paramétriques ont été utilisés.

Pour comparer le groupe des coéloscopies au groupe des laparotomies selon un paramètre qualitatif, le test du Chi-deux ou du Fisher Exact a été utilisé. Pour comparer un paramètre quantitatif entre les deux groupes, le test t de Student ou le test de Wilcoxon a été réalisé.

La comparaison de la fertilité préopératoire à celle post-opératoire a été obtenue par

le test de symétrie (extension au test de Mac Nemar).

La variabilité inter observateur (IRM et anatomopathologie) a été évaluée par la méthode de Fleiss, pour laquelle un coefficient supérieur à 0,8 démontre une bonne concordance.

Le niveau de significativité a été fixé à 5 %. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.3).

RESULTATS

Soixante-douze patientes ont été incluses dans l'étude. Toutes ont eu une résection rectale segmentaire entre janvier 2007 et mai 2012 au CHRU de Lille.

Nous avons considéré deux groupes : un premier groupe coelioscopie (n=47) et un second groupe laparotomie (n=25).

I. Données épidémiologiques, cliniques et radiologiques

A. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau 1. Quarante-neuf patientes (68,06 %) avaient des antécédents de chirurgie pour endométriose : vingt-et-une coelioscopies exploratrices (42,86 %), treize kystectomie ovariennes (26,53 %), trois résections de grêle antérieures (6,12 %), deux antécédents d'hystérectomie totale (4,08 %) et deux exérèse de nodules d'endométriose pelvienne profonde (4,08 %). Quarante-deux patientes (60 %) étaient infertiles : trente-neuf infertilités primaires (92,86 %) et trois infertilités secondaires (7,14 %). Toutes les patientes avaient bénéficié d'une IRM préopératoire selon le protocole du service ou relue par nos radiologues. Une infiltration significative en échographie rectale (EER) était retrouvée pour quarante-six patientes (86,6 %) ; pour les sept autres patientes les conditions de réalisation de l'examen n'avaient pas permis de conclure sur l'infiltration en profondeur de la lésion.

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques et radiologiques de la population

Population	n=72
Age (années)	
Moyen (SD)	32,3 (6,07)
Médian (extrêmes)	32 (19-48)
Indice Masse Corporelle (IMC Kg/m ²)	
Moyen (SD)	23,47 (4,95)
Médian (extrêmes)	21,95 (16,9-37,9)
Tabac	20 (19,44%)
Alcool	0
Antécédents chirurgicaux	61 (84,72%)
Antécédents chirurgicaux pour endométriose	49 (68,06%)
Infertilité	42 (60%)
Durée infertilité moyenne en mois (SD)	42,05 (26,19)
Traitement médical préopératoire	71 (98,61%)
Analogues LH-RH	56 (77,78%)
Progestatifs	30 (41,67%)
Oestroprogestatifs	13 (18,06%)
Nodule palpable à l'examen clinique	50 (69,44%)
IRM préopératoire	72 (100%)
Taille moyenne nodule en mm (SD)	42,53 (15,4)
Echo-endoscopie rectale	53 (74,65%)
Infiltration significative (muscleuse)	46 (86,3%)
Sonde JJ préopératoire	42 (58,33%)

B. Symptomatologie préopératoire

L'ensemble des signes fonctionnels préopératoires est repris dans le tableau 2.

La réserve ovarienne par dosage sanguin préopératoire de l'hormone anti-mullérienne (AMH) était connue pour 23 patientes de la série (31,94 %) : elle était normale pour quatorze patientes (60,87 %) et abaissée pour neuf patientes (39,13 %). Parmi celles qui avaient une réserve ovarienne diminuée, quatre avaient un antécédent de kystectomie ovarienne et trois étaient porteuses d'endométriome en préopératoire.

Tableau 2 : Symptomatologie préopératoire

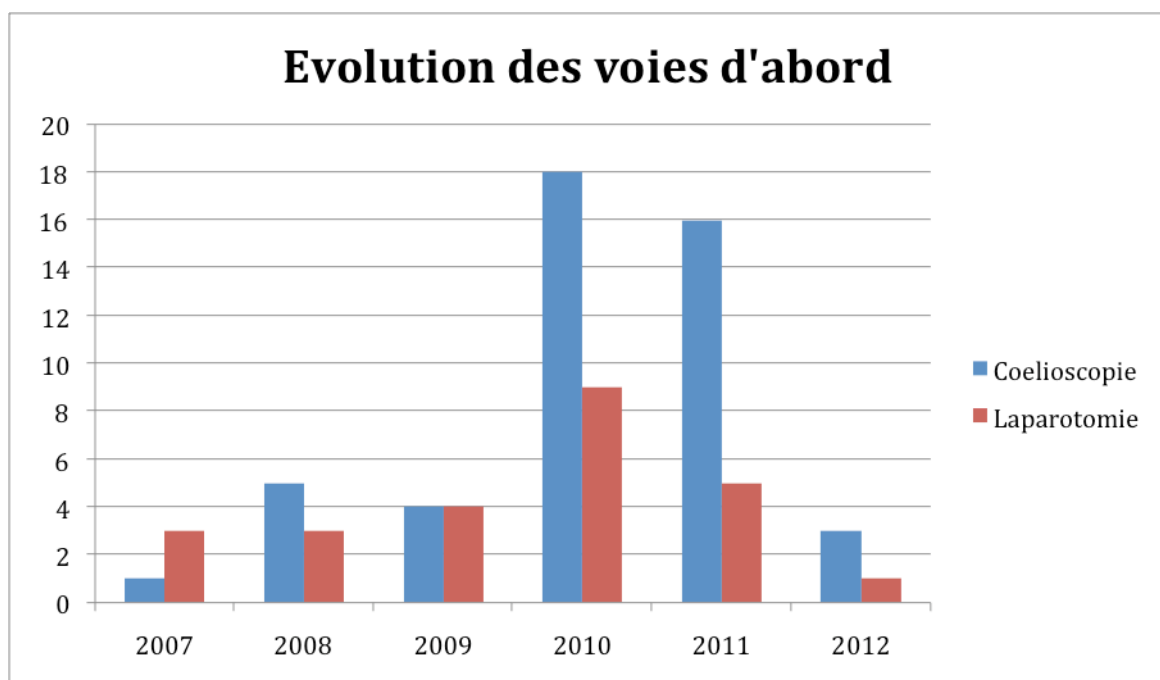
Symptômes	n= 72
Gynécologiques	
Dysménorrhées	68 (94,44%)
Douleurs pelviennes	71 (98,61%)
Dyspareunies	40 (55,56%)
Méno-métrorragies	16 (23,19%)
Digestifs	59 (81,94%)
Troubles du transit	33 (45,83%)
Constipation	17 (23,61%)
Diarrhées	12 (16,67%)
Rectorragies	23 (31,94%)
Ténesme	22 (30,56%)
Dyschésie	10 (13,89%)
Syndrome sub-occlusif	6 (8,33%)
Vomissements	1 (1,39%)
Urologiques	14 (19,44%)
Cystalgies	6 (8,33%)
Pollakiurie	4 (5,56%)
Dysurie	3 (4,17%)
Infections urinaires à répétition	2 (2,78%)
Hématuries	1 (1,39%)
Atonie vésicale	1 (1,39%)
Divers	5 (6,94%)
Sciatalgies	3 (4,17%)
Scapulalgies	1 (1,39%)
Pigalgies	1 (1,39%)

II. Données périopératoires

Le délai entre la première consultation et la chirurgie était en moyenne de 6,19 mois avec des extrêmes allant de 2 à 23 mois.

Dans notre série, les procédures gynécologiques étaient pratiquées par six chirurgiens du service et les résections colorectales par trois chirurgiens digestifs.

La voie d'abord était coelioscopique exclusive pour quarante-sept patientes (65,28 %) et laparotomique pour vingt-cinq patientes (34,72 %); huit cas de laparoconversions sont rapportés dans notre série (11,11 %) en raison d'adhérences rendant impossible la coéloscopie. L'évolution des voies d'abord dans notre étude, au fur et à mesure des années est représentée dans le graphique suivant :



Les complications per-opératoires étaient notées par :

- saignement per-opératoire supérieur à 500ml : 18,06 % (13/72).
- taux de transfusion per-opératoires : 6,12 %.
- la réalisation d'une trachélectomie accidentelle en raison d'une adénomyose

cervicale externe.

- deux cas de plaie de vessie survenus lors de l'hystérectomie (non compliquées de plaies urétérales et en dehors de tentative de résection de lésion d'endométriose vésicale), suturées dans le même temps opératoire.
- Une plaie de grêle secondaire à un geste d'adhésiolyse ayant nécessité une résection digestive, avec confirmation d'une lésion endométriose à ce niveau à l'analyse anatomopathologique.
- Deux plaies d'uretère accidentelles ayant nécessité une réimplantation urétéro-vésicale.

Les données périopératoires sont colligées dans le tableau 3.

L'analyse comparative des voies d'abord est présentée dans le tableau 4.

Les deux groupes coelioscopie et laparotomie étaient comparables et homogènes dans notre série.

Les pertes sanguines étaient de manière statistiquement significative moins élevées dans le groupe coelioscopie (310,32 ml versus 840,38 ml, $p=0,018$), de même, la durée de séjour post-opératoire était significativement plus faible dans le groupe coelioscopie (10,59 jours versus 12,09 jours, $p=0,0027$).

Sur les onze autres gestes digestifs associés à la résection rectale, six ont été menés en coelioscopie (54,55 %) et cinq en laparotomie (45,55 %). Toutes les réimplantations urétéro-vésicales ont été réalisées par laparotomie.

Concernant les complications post-opératoires précoces, toutes confondues, nous avons montré une différence significative entre les deux groupes en faveur du groupe coelioscopie (29,79 % versus 56 %, $p=0,003$). Sur les neuf atonies vésicales observées en période post-opératoire précoce, sept étaient survenues pour le groupe coelioscopie ($p=0,057$).

Tableau 3 : Données périopératoires

Données	n= 72
Voie d'abord	
Cœlioscopie	47 (65,28%)
Laparotomie	25 (34,72%)
Laparoconversion	8 (11,11%)
Iléostomie	63 (87,5%)
Gestes associés	
<i>Gynécologiques</i>	46 (63,01%)
Colpectomie	23 (31,94%)
Hystérectomie totale	21 (29,17%)
Annexectomie bilatérale / unilatérale	13 (18,06%) / 16 (22,22%) dont 13 gauches
Salpingectomie bilatérale / unilatérale	1 (1,39%) / 7 (9,72%)
Kystectomie ovarienne	7 (9,72%)
Myomectomie	2 (2,78%)
<i>Digestifs</i>	11 (15,28%)
Résection grêle	5 (6,94%)
Appendicectomie	3 (4,17%)
Iléocaecectomie	3 (4,17%)
Hémicolectomie	1 (1,39%)
<i>Urologiques</i>	12 (16,67%)
Réimplantation urétéro-vésicale	10 (13,89%)
Cystectomie partielle	3 (4,17%)
Durée opératoire en min (SD)/ (extrêmes)	457,87 (105,71)/ (150-680)
Pertes sanguines en ml (SD)/ (extrêmes)	466,93 (586,13)/ (100-3400)
Transfusion	3/49 (6,12%)
Durée de séjour hospitalier en jours (SD)/ (extrêmes)	11,09 (4,17)/ (5-36)

Tableau 4 : Comparaison des résultats sur les voies d'abord

Données	Cœlioscopie n=47	Laparotomie n=25	p
Age moyen en années (SD)	32,53 (6,27)	31,76 (5,76)	0,61
IMC moyen en kg/m ² (SD)	23,04 (4,42)	24,21 (5,79)	0,67
Antécédents chirurgicaux	38 (80,85%)	23 (92%)	0,31
Antécédents endométriose	30 (63,83%)	19 (76%)	0,29
Durée opératoire -min (SD)	458,13 (91,49)	457,33 (134,83)	0,98
Extrêmes	310 - 680	150 - 660	
Pertes sanguines -ml (SD)	310,32 (219,48)	840,38 (946,67)	0,0018
Extrêmes	100 - 1100	200 - 3400	
Séjour hospitalier en jours (SD)	10,59 (4,76)	12,09 (2,43)	0,0027
Extrêmes	5 - 36	7 - 17	
Complications précoces	14 (29,79%)	14 (56%)	0,03

III. Données post-opératoires

A. Complications post-opératoires

1. Complications post-opératoires précoces

La prévalence des complications post-opératoires précoces était de 38,89 % (28/72) : 29,17 % (21/72) mineures (grade I à II de la classification de Clavien-Dindo) et 9,72 % (7/72) de grade III de la classification de Clavien-Dindo.

Le taux de réhospitalisation en période post-opératoire précoce était de 5,56 % (4/72).

Le taux global de réintervention en période post-opératoire précoce était de 6,94 % (5/72).

Trois complications post-opératoires précoces digestives de grade I à II étaient observées dans notre série (4,16 %) : deux cas de reprise tardive du transit (2,78 %) résolutif médicalement et un cas de fistule rectovaginale tarie spontanément (1,39 %) en période post-opératoire précoce. Quatre complications post-opératoires précoces digestives de grade III étaient prises en charge (5,56 %) : trois cas de péritonites purulentes (4,17 %) dont une drainée radiologiquement et deux reprises chirurgicalement, un cas de collection péri-anastomotique drainée radiologiquement (1,39 %).

Concernant les complications urologiques précoces, on notait quinze complications mineures de grade I et II : 9 atonies vésicales (12,5 %) et six cas d'infections urinaires (8,33 %) (quatre infections urinaires basses et deux cas de pyélonéphrites).

Deux complications urologiques précoces de grade III étaient observées (2,78 %) : deux cas d'uropéritoine avec réintervention chirurgicale et mise en place de néphrostomies.

Deux cas d'abcès de paroi (2,78 %) traités médicalement (grade II) étaient observés

dans notre série.

On notait également une autre complication de grade III (désunion de cicatrice vaginale reprise chirurgicalement) et une autre complication de grade II (embolie pulmonaire post-opératoire).

2. Complications post-opératoires tardives

Les complications post-opératoires tardives étaient marquées par : trois cas de sténoses anastomotiques digestives (4,17 %), deux cas de fistules rectovaginales (2,78 %) ayant retardé la fermeture de l'iléostomie, un cas d'abcès de l'anastomose digestive (1,39 %).

Deux patientes ont été réopérées à distance de l'intervention initiale (2,78 %) : un cas d'événtration sur cicatrice d'iléostomie à 10 mois et un cas de dérivation de Malone cinq ans après la première intervention pour dénervation rectale responsable de dyschésie invalidante avec réfection de l'anastomose iléo-caecale secondairement.

Sur le plan urologique, huit cas d'atonie vésicale permanente (11,11 %) étaient observées, neuf cas d'atonie vésicale transitoire (12,5 %) et un cas de fistule urinaire (1,39 %).

Le taux de récurrence de l'endométriose était de 19,44 % (14/72) avec un taux de réintervention de 5,56 % (4/72) ; dont un cas d'annexectomie controlatérale pour endométriome avec suspicion de tumeur bénigne des cordons sexuels (Syndrome de Peutz-Jeghers). La récurrence était suspectée sur la survenue de dysménorrhées, de dyspareunies et/ou de métrorragies. Une imagerie, comprenant au moins une échographie pelvienne pour les cas d'endométriomes, permettait de confirmer la

récidive.

Aucune récurrence de l'endométriose digestive n'a été observée dans notre série.

B. Suivi post-opératoire

La durée de suivi post-opératoire était en moyenne de vingt-cinq mois (25,94) allant de six à quatre-vingt-seize mois.

Le délai moyen entre la chirurgie et la fermeture d'iléostomie était de 11,15 semaines (6 à 44 semaines) et la durée de séjour moyen pour cette intervention de 5,24 jours (4 à 14 jours).

Quarante-cinq patientes (62,5 %) avaient bénéficié d'un traitement médical hormonal post-opératoire, dont vingt-deux (48,89 %) placées sous analogues de la LH-RH.

C. Evolution de la fertilité

Quarante-deux patientes (60 %) étaient considérées comme infertiles avant chirurgie. Dans notre série, durant le suivi, dix patientes ont pu obtenir une grossesse (16,95 %).

Le délai moyen d'obtention d'une grossesse après la chirurgie était de 15,3 mois avec des extrêmes allant de 3 à 31 mois.

Le taux de grossesse spontanée était de 3,92 % (2/51) et le taux de grossesse médicalement assistée de 15,69 % (8/51) ; sept grossesses ont été obtenues par fécondation in vitro (FIV) (13,73 %) et une grossesse par Injection intracytoplasmique de spermatozoïde (1,96 %).

Le taux d'enfants nés vivants était de 90 % (9/10) ; un cas de fausse couche spontanée du premier trimestre était observé.

Le taux cumulé de grossesses à un an était de 7,84 % (4/51), de 15,68 % (8/51) à

deux ans et 19,60 % (10/51) à trois ans.

D. Etude de la qualité de vie post-opératoire

1. Evolution des symptômes avant et après chirurgie

L'efficacité du traitement chirurgical était appréciée sur l'ensemble des signes fonctionnels existants recueillis à l'interrogatoire en consultation post-opératoire.

Les symptômes post-opératoires observés sont présentés dans le tableau 5.

Dans notre étude, les patientes présentaient une amélioration statistiquement significative concernant les symptômes gynécologiques : soixante-et-onze patientes en préopératoire (98,61 %) contre six en post-opératoire (9 %) ($p < 10^{-4}$).

Les symptômes urologiques observés en période post-opératoire étaient tous liés aux complications chirurgicales ; ils étaient différents et indépendants des symptômes présentés en préopératoire et de ce fait non comparables.

Concernant les signes fonctionnels digestifs, on observait une amélioration statistiquement significative après chirurgie : cinquante-neuf patientes (81,94 %) présentaient des symptômes digestifs en préopératoire contre trente-six patientes (50 %) en période post-opératoire ($p = 0,0017$). Les troubles du transit (majoritaires) étaient significativement moins présents en période post-opératoire dans notre série.

L'ensemble de ces données est résumé dans le tableau 6.

Tableau 5 : Symptomatologie post-opératoire

Symptômes	n=72
Récidive endométriose	14 (19,44%)
Endométriomes	10 (13,89%)
Endométriose profonde	3 (4,17%)
Gynécologiques	6 (8,33%)
Dyspareunies	4 (5,56%)
Dysménorrhées	2 (2,78%)
Métrorragies	1 (1,39%)
Digestifs	36 (50%)
Troubles du transit	16 (22,22%)
Constipation	10 (13,89%)
Diarrhées	4 (5,56%)
Dyschésie	6 (8,33%)
Incontinence fécale	5 (6,94%)
Syndrome sub-occlusif	3 (4,17%)
Ténesme	2 (2,78%)
Rectorragies	1 (1,39%)
Douleurs abdominales	1 (1,39%)
Liés aux complications	6 (8,33%)
Urologiques	18 (25%)
Atonie transitoire	9 (12,5%)
Atonie permanente	8 (11,11%)
Liés à la fistule	1 (1,39%)

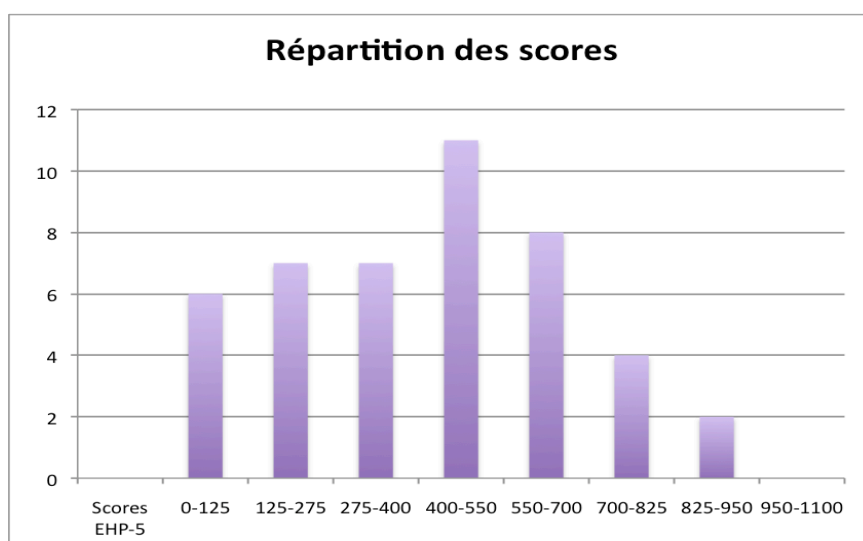
Tableau 6 : Evolution des symptômes avant et après chirurgie

Symptômes	Avant chirurgie (n=72)	Après chirurgie (n=72)	p
Gynécologiques	71 (98,61%)	6 (9%)	$<10^{-4}$
Digestifs	59 (81,94%)	36 (50%)	0,0017
Troubles du transit	33 (45,83%)	16 (22,22%)	0,003
Dyschésie	10 (13,89%)	6 (8,33%)	0,42
Ténesme	22 (30,56%)	2 (2,78%)	$<10^{-4}$

2. Résultats des questionnaires EHP-5

Quarante cinq patientes ont répondu au questionnaire (62,5 %). Le score moyen de qualité de vie calculé était dans la série de 439,44 points (SD=236,24) avec des extrêmes allant de 0 point à 850 points. 25 % des patientes avaient un score inférieur à 250 points, 50 % des patientes un score inférieur à 475 points et 75 % des patientes un score inférieur à 575 points.

Les différents scores sont reportés sur le graphique suivant :



L'axe des abscisses représente la qualité de vie : plus le score se rapproche de 0 et meilleure est la qualité de vie.

Notre attention s'est portée sur les vingt patientes n'ayant pas répondu à la septième question, à savoir les patientes n'ayant pas pu avoir d'enfants. Elles représentaient 44,44 % des patientes ayant répondu au questionnaire. Ces patientes avaient un score total moyen de 459 points contre 392,5 points pour les patientes supposées avoir eu des enfants. La différence dans ces deux groupes n'était pas statistiquement significative ($p=0,33$) et le facteur « fertilité » ne semblait pas avoir d'impact sur la qualité de vie dans notre série.

DISCUSSION

Le traitement chirurgical des lésions d'endométriose est admis comme la meilleure approche dans les cas d'endométriose modérée à sévère dans le but de diminuer la symptomatologie douloureuse, limiter les récurrences, améliorer la fertilité et la qualité de vie de ces patientes mais au prix d'une morbidité péri-opératoire non négligeable. Une prise en charge optimale nécessite une cartographie complète des lésions avant la chirurgie et la décision d'une résection segmentaire doit être multidisciplinaire, sous réserve d'une information complète, claire et éclairée de la patiente. Une des problématiques de cette prise en charge est l'identification des bonnes candidates pour cette chirurgie et depuis quelques années maintenant, le débat reste ouvert sur la question du type de chirurgie à proposer : résection digestive segmentaire ou chirurgie digestive conservatrice.

Nous nous sommes intéressés à la comparaison des voies d'abord dans notre série, coelioscopie versus laparotomie.

Nous remarquons tout d'abord que l'année 2010 marque le tournant dans l'évolution des pratiques dans notre série avec l'essor de la laparoscopie dans cette indication ; deux fois plus de résections rectales ont été menées en coelioscopie en 2010 par rapport à la laparotomie. La courbe d'apprentissage des chirurgiens du service et leur spécialisation dans ce type de chirurgie expliquent ce changement. Les voies d'abord utilisées dans les principales séries varient selon les équipes d'une coelioscopie presque exclusive à une laparotomie d'emblée [19]. Le choix dépend de deux critères principaux : d'une part, l'expérience des opérateurs et d'autre part, les antécédents chirurgicaux de la patiente, le plus souvent multiopérée, ce qui rend aléatoire le geste de résection digestive en coelioscopie exclusive. De plus, les

éventuels gestes associés, qui ne sont pas toujours réalisables par coelioscopie (geste urologique lourd, double résection digestive), doivent être intégrés au choix de la voie d'abord ; d'autant que l'élément pronostique essentiel tient au caractère complet de l'excision des lésions. Pour beaucoup d'auteurs, il semble donc difficile de garantir l'exhaustivité de la résection par coelioscopie exclusive et il apparaît alors primordial que les patientes en soient informées lors de la consultation préopératoire. Nous rapportons un taux de laparoconversion de 11,11 % dans notre série, du fait d'impossibilité de continuer l'intervention en coelioscopie exclusive en raison d'adhérences pelviennes trop importantes et aucune complication per-opératoire n'a été observée. Dans notre étude, la coelioscopie se différencie de manière statistiquement significative de la laparotomie par des pertes sanguines per-opératoires plus faibles (310 ml versus 840 ml), une durée de séjour hospitalier plus courte (10,59 jours versus 12,09 jours) et un taux plus faible de complications précoces (29,79% versus 56%), les deux populations de patientes étant comparables sur les IMC et les antécédents chirurgicaux et d'endométriose notamment. Nos données sont également celles retrouvées dans la littérature. L'essai randomisé de Daraï et al. en 2010 [10] comparant la coelioscopie à la laparotomie pour les résections colorectales pour EPP fait état d'un taux de laparoconversion de 7,7 %, des saignements per-opératoires statistiquement plus faibles (1,6 mg/L versus 2,7 mg/L) et un taux de complications statistiquement plus faible dans le groupe coelioscopie. Peu d'auteurs ont cependant comparé ces deux voies d'abord et nos résultats restent à relativiser du fait de l'absence de randomisation dans notre série rétrospective.

Bien que considérée comme faisable, sûre et efficace, quand elle est justifiée, la chirurgie radicale pour endométriose colorectale n'en reste pas moins associée à

une morbidité péri et post-opératoire non négligeables, notamment sur le plan fonctionnel digestif.

Nous rapportons en effet dans notre série des taux de fistule rectovaginale de 2,78 %, taux de sténose anastomotique de 4,17 % et taux de fistule urinaire de 1,39 %. Meuleman et al. [20] dans une revue de la littérature rapportent des taux équivalents ou proches. Cette même revue mentionne également, eu égard aux études les plus récentes sur le sujet (Daraï et al. en 2005, Bracale et al. en 2010, De Jong et al. en 2009, Maytham et al. en 2010), qu'une stomie digestive de protection transitoire systématique en cas d'ouverture vaginale diminue considérablement le risque de fistule rectovaginale ; rappelons que le taux d'iléostomie dans notre étude est de 87,5 %. Boileau et al. rapportent dans leur série de 2012 un taux d'iléostomie de 83 % [21], ce qui est concordant avec nos données. La pratique d'une iléostomie transitoire presque systématique dans notre série explique également notre faible taux de complications post-opératoires digestives précoces de 5,56 % ; les séries les plus anciennes rapportent des taux supérieurs à 10 %.

Si ces complications restent rares, plusieurs études s'accordent sur le fait que les séquelles fonctionnelles des résections rectales dans ce contexte sont importantes. Dans notre série, le taux de symptômes digestifs post-opératoires est de 50 %, majoritairement représentés par des troubles du transit avec une tendance assez nette pour la constipation, mais aussi persistance de dyschésie rectale et d'incontinence fécale. Les résultats dans la littérature sont variables avec une amélioration significative des résultats fonctionnels digestifs et gynécologiques dans les séries de Serracchioli et al. [22] et de De Nardi et al. [23]. A l'inverse, Daraï et al. [24] rapportent un taux qu'ils jugent « préoccupant » de 55,5 % de diarrhées et de constipations post-opératoires transitoires. Dubernard et al [25] rapportent une

aggravation de la constipation dans 24 % des cas, aggravation du ténesme dans 27 % des cas et des diarrhées dans 7 % des cas. Dans la série de Benbara et al [19], des troubles du transit persistent après l'intervention dans 64 % des cas.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ces symptômes [26] : la dissection des fosses pararectales, du mésorectum et du mésocolon peuvent entraîner une dénervation rectale (un cas rapporté dans notre série), surtout si la dissection a été menée en laparoscopie ; une sténose anastomotique (surtout si l'anastomose a été confectionnée mécaniquement par voie transanale) responsable de la récurrence de dyschésie et de constipation le plus souvent après la fermeture de l'iléostomie ; une capacité rectale diminuée avec un défaut de transmission de la pression intracolique au sphincter anal. Les séries de Anaf et al. [27] et Maytham et al. [28], ont également montré que malgré une résection segmentaire, des micro implants endométriosiques résiduels étaient observés de part et d'autre des limites de la résection, et que cela pouvait participer à la persistance de symptômes digestifs cycliques.

Dans le cadre d'une chirurgie dite « fonctionnelle », cette symptomatologie digestive post-opératoire ne doit pas être sous-estimée et doit faire l'objet d'une information spécifique préopératoire.

Le même problème se pose également au sujet des séquelles fonctionnelles urologiques post-opératoires. Nous rapportons en effet huit cas d'atonie vésicale persistante (11,11 %) et neuf cas d'atonie transitoire (12,5 %). La proportion de patientes présentant déjà des signes fonctionnels urologiques préopératoires est peut-être sous-estimée et cette donnée soulève la question du bilan uro-dynamique préopératoire au cas par cas. Les taux de dysurie post-opératoires transitoires sont variables dans la littérature et vont de 5 % pour Landi et al. [29] à 30 % pour Benbara et al. [19]. Ces complications urinaires sont directement imputables au geste

chirurgical de dissection des fosses pararectales ou en cas de résection des LUS avec lésion des branches du plexus hypogastrique inférieur. Bien que la chirurgie radicale ne permette pas toujours de repérer ce dernier élément, une bonne connaissance de l'anatomie de ce nerf et la pratique du « nerve sparing » devraient pouvoir limiter la survenue de telles complications (l'avènement de la chirurgie robot assistée dans ces indications devrait également y contribuer) [30]. Nous ajoutons qu'il existe une véritable volonté de repérer les structures nerveuses et de réaliser le « nerve-sparing » dans le service depuis environ deux à trois ans afin de limiter la morbidité liée à cette chirurgie.

Concernant la récurrence de l'endométriose, plusieurs auteurs ont étudié le taux de réintervention pour endométriose ; Minelli et al. rapportent un taux de réintervention de 4,7 %, Dousset et al. un taux de 2 % [31] et plus récemment l'étude prospective de Meuleman et al. [32] un taux de récurrence de 4 %. Dans notre série, le taux de réintervention pour récurrence de l'endométriose est de 5,56 % ce qui rejoint les différents résultats de ces études.

De plus en plus d'études s'intéressent à l'évolution de la fertilité après chirurgie de l'endométriose profonde. Stepniewska et al. [33] ont montré que le taux de grossesse était amélioré en cas de résection segmentaire. Douay et al. [34] ont comparé le taux de grossesse entre les patientes ayant été opérées pour leur endométriose de celle en attente de traitement et bien que non significatif, le taux de grossesse était meilleur pour les patientes opérées (24,8 % versus 11,4 %). Dans notre série, 60 % des patientes étaient considérées comme infertiles avant la chirurgie et 16,95 % des patientes ont pu obtenir une grossesse dont 3,92 % spontanément. L'étude récente de Meuleman et al. [32] rapporte un taux global de grossesse de 48 %, avec taux cumulé de grossesses de 31 %, 49 % et 55 % à 1,2 et

3 ans contre 7,84 %, 15,68 % et 19,60 % respectivement dans notre série. La technique de fécondation in vitro (FIV) est la technique de médecine de la reproduction la plus utilisée dans les séries, donnée que nous confortons également dans notre étude. Les données que nous observons sont plus faibles que dans la littérature mais l'évaluation de la fertilité dans notre série n'a pas fait l'objet d'une attention particulière et manque de rigueur, constituant de facto un biais dans l'interprétation de nos résultats. En effet, le nombre de patientes désireuses d'une grossesse avant et après chirurgie était inconnu dans notre étude, de même pour les patientes réellement exposées à une grossesse et le nombre de patientes adressées aux spécialistes de la fertilité. De plus, plusieurs patientes étaient encore prises en charge en Assistance Médicale à la Procréation et n'avaient toujours pas pu obtenir de grossesse lors de l'arrêt du recueil des données. Pour ces raisons, nos mauvais résultats constatés sur la fertilité post-opératoire restent à nuancer.

La chirurgie radicale pour endométriose profonde est donc associée à une morbidité non négligeable. Depuis quelques années est apparue une controverse entre les partisans de la résection colorectale segmentaire et ceux du « *shaving* » rectal. Cette controverse est alimentée par un flou sur les indications respectives et sur la définition des gestes. Si l'on reprend les définitions proposées par Meuleman et al., quatre types de chirurgie doivent être distingués : l'exérèse superficielle des lésions sans ouverture du tube digestif, la résection discoïde emportant une pastille de tube digestif avec ouverture de la lumière, le « *shaving* » rectal correspondant au pelage de la séreuse et de la sous séreuse rectale et enfin la résection segmentaire [20]. Des séries comparant des groupes de patientes traitées par chirurgie radicale versus chirurgie conservatrice émergent depuis les dernières années mais sont encore peu nombreuses. Ces études semblent s'accorder sur une morbidité plus

importante après chirurgie radicale.

Notre équipe [35] a d'ailleurs comparé ces deux prises en charge récemment et les données que nous observons sont concordantes avec celles de la littérature ; les taux de complications précoces et tardives étaient de 71,4 % et 33,3 % dans le groupe résection rectale versus 20 % et 0 % dans le groupe « *shaving* ». Fanfani et al. [36] se sont intéressés aux résultats fonctionnels et les complications entre les résections segmentaires et les résections discoïdes ; les résultats étaient équivalents en terme de récurrence, constipation et de complications. Pour Roman et al. [37], les taux de signes fonctionnels rectaux et urinaires étaient plus élevés dans le groupe résection que dans le groupe excision discoïde. Ces résultats discordants sont intéressants mais à relativiser par l'absence de randomisation et le faible effectif ne permettant pas d'analyse multivariée des facteurs confondants.

La place d'alternatives à la résection segmentaire reste à définir sur des critères objectifs de jugement qui ne doivent pas être seulement ceux de la morbidité périopératoire mais également ceux prenant en compte la qualité de vie, le taux de récurrence et la fertilité secondaire. Ces données seront bientôt probablement comblées par un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) français dirigé par H.Roman, l'étude « Endore » à laquelle notre centre participe. Ce PHRC a pour but d'évaluer de manière prospective, avec des questionnaires standardisés, les résultats fonctionnels, de la chirurgie conservatrice par rapport à la résection s'adressant à des patientes de 18 à 45 ans éligibles aux deux techniques. Les critères d'inclusion sont une lésion digestive jusqu'à 5 cm, une infiltration de la musculature digestive prouvée par les explorations préopératoires et une infiltration sur moins de 50% de la circonférence intestinale.

Cette même équipe utilise d'ailleurs le concept d'une approche thérapeutique

centrée sur les symptômes, « symptom-guided approach » proposée par Vercellini et al. [38-39]. Pour Roman et al., le traitement conservateur apparaît moins morbide et la résection segmentaire à réserver aux patientes avec une sténose digestive majeure ou plusieurs lésions digestives. Dans tous les cas, un traitement médical doit être associé pour soulager les douleurs et limiter le risque de récurrence. Cette équipe, via les travaux de Bridoux et al. [40] s'est encore intéressée à l'évaluation d'une nouvelle technique par voie transanale pour l'excision du nodule rectal, certes sur une petite série de six patientes mais aux résultats prometteurs pour des nodules rectaux jusqu'à 10 cm de la marge anale et 5 cm de diamètre.

Nous l'avons vu, beaucoup d'auteurs se sont intéressés aux résultats fonctionnels des résections segmentaires pour endométriose pelvienne profonde, mais aussi plus récemment aux différentes alternatives chirurgicales pour la prise en charge de ces nodules rectaux, l'ensemble guidé par une approche multidisciplinaire avec la notion de concept thérapeutique centré sur les symptômes. Aussi, une prise en charge optimale de cette pathologie et les conséquences liées à la chirurgie, ne saurait s'envisager sans une étude de la qualité de vie de ces patientes.

La qualité de vie a été étudiée dans le traitement chirurgical de l'endométriose digestive par certaines équipes à l'aide de questionnaires [41-42], le plus souvent généralistes, tels le SF-36 ou l'EQ-5D, ayant une traduction française validée [42], et couramment utilisés en chirurgie digestive. L'EHP-5 que nous avons utilisé dans l'étude est traduit en version française mais pas encore validée ; cependant Bailly et al. [14] l'ont utilisé récemment dans une étude prospective comparant la qualité de vie pré et post-opératoire après chirurgie radicale ou partielle pour endométriose profonde digestive. Dans notre série, concernant les symptômes pré et post-opératoires, nous retrouvons une amélioration statistiquement significative des

symptômes gynécologiques après chirurgie, une amélioration statistiquement significative des signes fonctionnels digestifs mais représentant tout de même 50 % des patientes en post-opératoire ce qui n'est pas négligeable sur le plan de la qualité de vie. Les résultats sur les signes fonctionnels que nous observons sont concordants avec ceux observés dans la littérature. Dubernard et al. [25] ont montré une amélioration significative des huit domaines du SF-36 après résection segmentaire pour endométriose ; l'équipe de Bailly et al. [14] a mis en évidence une amélioration significative du score EHP-5 de 310 points après chirurgie, avec un score moyen préopératoire de 538,23 points contre 227,54 points en post-opératoire, et une amélioration significative du score EQ-5D de 34 points en post-opératoire. Minas et al. [16] ont également conduit une étude rétrospective évaluant, via l'EHP-5 (dans sa version anglophone validée), la qualité de vie pré et post-opératoire après chirurgie pour endométriose (mais l'étude incluait également les stades I, II et III d'endométriose selon la rAFS) ; le taux de participation des patientes était de 81,6 % contre 62,5 % dans notre série, et à nouveau, ils ont pu montrer une amélioration statistiquement significative des scores de l'EHP-5.

Dans notre étude, le score moyen de l'EHP-5 après chirurgie était de 439,44 points, certes plus élevé que dans l'étude de Bailly et al. mais nous ne nous intéressons qu'aux résections segmentaires, chirurgie plus morbide pouvant expliquer des scores plus élevés. Nous notons cependant que 68,9 % des patientes ayant répondu au questionnaire avaient un score inférieur ou égal à 550 points, et donc une qualité de vie objectivement satisfaisante.

Nous ne pouvons pas parler d'évaluation de la qualité de vie post-opératoire dans notre étude mais seulement d'estimation ou d'appréciation et cela constitue un biais majeur dans notre travail. En effet, d'une part il s'agit d'une étude rétrospective avec

le problème des données manquantes qu'elle induit ; d'autre part, nous avons demandé aux patientes de répondre anonymement aux questionnaires pour une meilleure acceptation et n'avons pas pu corrélérer la qualité de vie post-opératoire aux complications observées ou à l'existence de gestes associés aux résection (comme les hystérectomies, annexectomie bilatérales pouvant avoir un impact sur la qualité de vie post-opératoire) ; mais surtout l'absence de comparaison avant-après chirurgie ce qui aurait été extrêmement intéressant.

Pour augmenter les chances de réponses aux questionnaires, nous avons préféré un seul questionnaire court, simple et abordant au mieux les aspects de la qualité de vie directement altérés par l'endométriose digestive.

A notre connaissance, l'EHP-5 dans sa version traduite française n'est toujours pas validé mais étant spécifique de l'endométriose, il devrait présenter une plus grande sensibilité au changement et sa validation en langue française permettrait d'en faire un outil de référence, simple, bien accepté et reproductible dans l'évaluation de la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose. La validation de l'EHP-5 en version française est actuellement en cours (étude sur deux centres français).

Il apparaît donc assez clairement à travers ces résultats que les résections rectales segmentaires ne peuvent garantir une amélioration complète des signes fonctionnels digestifs. Dans notre série, l'amélioration de la symptomatologie digestive reste significative après chirurgie ($p=0,002$), néanmoins 50 % de la population opérée conserve une symptomatologie fonctionnelle digestive. Ce constat impose une « hypersélection » des patientes éligibles à une chirurgie rectale non conservatrice. Le même problème se pose pour la symptomatologie urologique.

Malgré cela, notre étude a de nouveau conforté l'idée que la chirurgie radicale pour endométriose était sûre, faisable et efficace sur les symptômes digestifs ou

gynécologiques préopératoires. Nous rapportons un faible taux de complications per et post-opératoires, concordant avec ceux de la littérature et attestons également des avantages de la voie laparoscopique – notamment sur les durées de séjours hospitaliers et sur la survenue de complications post-opératoires – pour ce type de chirurgie. Bien que notre étude n'ait pas permis une évaluation objective de la qualité de vie post-opératoire, du fait de l'absence de données avant la chirurgie par le questionnaire EHP-5, nous pensons également comme cela a été démontré dans la littérature [14-21], que la chirurgie radicale pour endométriose digestive améliore la qualité de vie des patientes opérées ; il serait en ce sens très intéressant et opportun de proposer à nos patientes concernées, de remplir ce questionnaire avant et après chirurgie afin d'évaluer objectivement leur qualité de vie post-opératoire.

Tout l'enjeu de la chirurgie de l'endométriose digestive est à l'appréciation de la balance bénéfice/risque. Nous rappelons à ce sujet, que selon les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF, il n'y a pas de consensus sur la technique et sur la radicalité d'exérèse concernant le traitement des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde avec atteinte digestive (accord professionnel) [3].

Pour autant nous rappelons que chirurgie radicale et chirurgie conservatrice sont deux techniques qui ne sont pas destinées aux mêmes patientes, et que, le débat opposant les partisans du « *shaving* » à ceux de la résection rectale est vain. Nous n'avons pas l'expérience des résections discoïdes ou de l'excision superficielle dans notre pratique ; ces deux techniques restent une alternative thérapeutique et il apparaît intéressant de préciser leurs indications afin d'homogénéiser les pratiques et la cohérence des équipes.

Quoi qu'il en soit, en dehors d'une morbidité élevée, – mais de plus en plus limitée par des techniques de « *nerve-sparing* », des résections rectales courtes, l'utilisation

de la coelioscopie, la confection d'iléostomies de protection transitoire – nous n'avons pas retrouvé d'arguments en défaveur des résections segmentaires sur la qualité de vie.

Compte tenu de nos résultats, nous pensons que lorsque la taille, la symptomatologie digestive associée ou, au cas par cas le nombre de lésions d'endométriose digestive, justifient une résection rectale (ou rectosigmoïdienne), celle-ci doit être réalisée, sous réserve d'une dissection appropriée et limitée, et à condition que la patiente ait eu une information claire, complète et adaptée.

Il nous semble donc indispensable que chaque cas nécessite une discussion multidisciplinaire préopératoire, fondamentale dans la prise en charge de ces patientes pour décider quelle technique chirurgicale est applicable, prenant en compte la morbidité associée à ces techniques, la fertilité ultérieure et la qualité de vie post-opératoire attendues [43].

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence que le traitement chirurgical radical de l'endométriose digestive améliorait de manière significative les symptômes gynécologiques et digestifs.

Cette étude a également conforté le fait que la chirurgie radicale dans ce contexte, quand elle est pratiquée par une équipe expérimentée, reste sûre, faisable et efficace ; la voie d'abord laparoscopique étant à privilégier autant que possible afin de diminuer la morbidité péri et post-opératoire.

Les résections segmentaires rectales pour endométriose pelvienne profonde sont associées à une morbidité péri et post-opératoires non négligeable (2,78 % de fistule rectovaginale, 4,17 % de sténose anastomotique et 5,55 % de complications post-opératoires digestives précoces), avec la possibilité de séquelles fonctionnelles digestives et urologiques.

Mais l'amélioration potentielle des symptômes et de la qualité de vie peut justifier ce risque chirurgical à la réserve d'une information claire, complète et adaptée de la patiente.

Toute décision de résection segmentaire rectale doit être discutée au cas par cas, au sein d'une réflexion multidisciplinaire, prenant en compte la symptomatologie fonctionnelle, la conformation du nodule d'endométriose, le type de lésion (taille, hauteur, profondeur et degré de sténose), la fertilité et la qualité de vie des patientes. La possibilité de techniques chirurgicales alternatives et conservatrices doit être prise en compte dans la décision et reste à considérer en priorité dans l'approche chirurgicale de cette maladie. Mais l'absence de garantie d'efficacité sur les symptômes et la possibilité de récurrence de la maladie (maladie résiduelle après

traitement conservateur), rendent légitime pour certaines patientes sélectionnées, une résection rectale segmentaire d'emblée.

La fertilité reste un enjeu considérable de la prise en charge de l'endométriose pelvienne profonde ; la prise en charge d'une infertilité primaire associée à une endométriose colorectale est sujet à controverses (fécondation in vitro d'emblée ou chirurgie d'exérèse complète préalable), mais il semble qu'une chirurgie première serait bénéfique sur le taux cumulé de grossesses pour ces patientes. Une des perspectives dans la réflexion autour de la fertilité des patientes atteintes d'une endométriose colorectale devrait voir le jour sous la forme d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) évaluant l'apport de la chirurgie première dans la prise en charge de l'infertilité des patientes présentant une endométriose colorectale : chirurgie complète puis FIV versus FIV d'emblée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet 2004; 364:1789–99.
2. Dunselman G.A.J, Vermeulen N, Becker C et al. ESHRE guideline : management of women with endometriosis. Hum Reprod 2014 Mar; 29(3):400-12.
3. Canis M, Fauconnier A, Goffinet F, Audebert A, Boubil L, Daraï E, et al. Guidelines for the management of endometriosis. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF 2006.
4. Chapron C, Dubuisson JB, Chopin N, Foulot H, Jacob S, Viera M, et al. Deep pelvic endometriosis management and proposal for a « surgical classification ». Gynecol Obstet Fertl 2003; 31(3):197-206.
5. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. Obst Gynecol 1987; 69:727–30.
6. Coronado C, Franklin RR, Lotze EC, Bailey HR,Valdes CT. Surgical treatment of symptomatic colorectal endometriosis. Fertil Steril1990; 53:411-6.
7. Collin GR, Russell JC. Endometriosis of the colon. Its diagnosis and management. Am Surg 1990; 56:275-9.
8. Leconte M, Borghese B, Chapron C, Dousset B. Localisations digestives de l'endométriose. Presse Med 2012 ; 41 :358-66.
9. Roman H, Vassilieff M, Tuech J.J, Huet E et al. Postoperative digestive function after radical versus conservative surgical philosophy for deep endometriosis infiltrating the rectum. Fertil Steril 2013 ; 99(6) : 1695-704^e6.
10. Daraï E, Dubernard G, Coutant C, Frey C, Rouzier R, Ballester M. Randomized Trial of Laparoscopically Assisted Versus Open Colorectal

- Resection for Endometriosis. *Ann Surg* 2010 ; 251 : 1018-23.
11. Colwell HH, Mathias SD, Pasta DJ, et al. A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:47-55.
 12. Jones G, Jenkinson C, Taylor N, et al. Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions of the Endometriosis Health Profile Questionnaire. *Hum Reprod* 2006; 21:2686-93.
 13. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res* 2004; 13:705-13.
 14. Bailly E, Margulies A-L, Letohic A, Fraieu-Louër B, Renouvel F, Panel P. Evolution des symptômes et de la qualité de vie des patientes après chirurgie de l'endométriose digestive. *Gynecol Obstet & Fertil* 2013 ; 41 : 627-34.
 15. Fourquet J, Baez L, Figueroa M, Ivan Iriarte R et al. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertil Steril* 2011 ; 96(1) : 107-12.
 16. Minas V, Data T. Laparoscopic treatment of endometriosis and effects on quality of life : A retrospective study using the short form EHP-5 endometriosis specific questionnaire. *J Obstet Gynecol* 2014 Jan 31.
 17. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *M Ann Surg* 2009; 250(2):187–96.
 18. Renouvel F, Fauconnier A, Pilkington H, Panel P. Linguistic adaptation of the endometriosis health profile 5: EHP 5. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*

- 2009; 38(5):404-10.
19. Benbara A, Fortin A, Martin B, Palazzo L, Le Tohic A, Madelenat P, et al. Surgical and functional results of rectosigmoidal resection for severe endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil* 2008; 36:1191-201.
 20. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod* 2011 ; 17(3) : 311-26.
 21. Boileau L, Laporte S, Bourgaux J-F, Rouanet J-P, Filleron T, Mares P, De Tayrac R. Résections rectosigmoïdiennes coelioscopiques pour endométriase digestive : résultats chirurgicaux et fonctionnels. *J Gynecol Obstet & Biol Reprod* 2012 ; 41 :128-35.
 22. Seracchioli R, Poggioli G, Pierangeli F, Manuzzi L, Gualerzi B, Savelli L. Surgical outcome and long-term follow up after laparoscopic rectosigmoid resection in women with deep infiltrating endometriosis. *BJOG* 2007; 114:889—95.
 23. De Nardi P, Osman N, Ferrari S, Carlucci M, Persico P, Staudacher C. Laparoscopic treatment of deep pelvic endometriosis with rectal involvement. *Dis Colon Rectum* 2009; 52:419-24.
 24. Darai E, Thomassin I, Barranger E, Detchev R, Cortez A, Houry S. Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:394-400.
 25. Dubernard G, Piketty M, Rouzier R, Houry S, Bazot M, Darai E. Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Hum Reprod* 2006; 21:1243-7.
 26. Roman H, Bridoux V, Tuech J-J, Marpeau L, Da Costa C, Savoye G, Puscasiu

- L. Bowel dysfunction before and after surgery for endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2013 ; 209(6):524-30.
27. Anaf V, El Nakadi I, Simon P, Van de Stadt J, Fayt I, Simonart T, et al. Preferential infiltration of large bowel endometriosis along the nerves of the colon. *Hum Reprod* 2004; 19:996-1002.
28. Maytham GD, Dowson HM, Levy B, Kent A, Rockall TA. Laparoscopic excision of rectovaginal endometriosis: report of a prospective study and review of the literature. *Colorectal Dis* 2010; 12:1105-12.
29. Landi S, Ceccaroni M, Perutelli A, Allodi C, Barbieri F, Minelli L, et al. Laparoscopic nerve-sparing complete excision of deep endometriosis: is it feasible? *Hum Reprod* 2006; 21:774-81.
30. Azais H, Collinet P, Delmas V, Rubod C. Rapport anatomique du ligament utérosacré et du nerf hypogastrique pour la chirurgie des lésions d'endométriose profonde. *Gynecol Obstet Fertil* 2013 ; 41 :179-83.
31. Dousset B, Leconte M, Borghese B, Millischer A-E, Roseau G, Arkwright S, Chapron C. Complete Surgery for Low Rectal Endometriosis. *Ann Surg* 2010 ; 251 :887-95.
32. Meuleman C, Tomassetti C, Wolthuis A, Van Cleynenbreugel B, Laenen A et al. Clinical Outcome After Radical Excision of Moderate-Severe Endometriosis With or Without Bowel Resection and Reanastomosis. *Ann Surg* 2014; 259(3):522-31.
33. Stepniewska A, Pomini P, Bruni F, et al. Laparoscopic treatment of bowel endometriosis in infertile women. *Hum Reprod*. 2009; 24:1619-25.
34. Douay-Hauser N, Yazbeck C, Walker F, Luton D, Madelenat P, Koskas M. Infertile Women with Deep and Intraperitoneal Endometriosis : Comparison of

- Fertility Outcome According to the Extend of Surgery. *J Minim Invasive Gynecol* 2011; 18(5):622-8.
35. Canon B, Collinet P, Piessen G, Rubod C. Résection rectale segmentaire et shaving rectal laparoscopiques pour endométriose : morbidité péri-opératoire. *Gynecol Obstet Fertil* 2013 ; 41 : 275-81.
36. Fanfani F, Fagotti A, Gagliardi ML, Ruffo G, Ceccaroni M, Scambia G, et al. Discoid or segmental rectosigmoid resection for deep infiltrating endometriosis: a case-control study. *Fertil Steril* 2010; 94(2):444-9.
37. Roman H, Loisel C, Resch B, Tuech JJ, Hochain P, Marpeau L, et al. Delayed functional outcomes associated with surgical management of deep rectovaginal endometriosis with rectal involvement: giving patients an informed choice. *Hum Reprod* 2010; 25:890-9.
38. Roman H, Vassilieff M, Gourcerol G, Savoye G, Leroi A-M, Marpeau L, Michot F, Tuech J-J. Surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum : pleading for a symptom-guided approach. *Hum Reprod* 2011 ; 26(2) : 274-81.
39. Vercellini P, Crosignani PG, Abbiati A, Somigliana E, Viganò P, Fedele L. The effect of surgery for symptomatic endometriosis : the other side of the story. *Hum Reprod* 2009; 15:177-88.
40. Bridoux V, Roman H, Kianifard B, Vassilieff M, Marpeau L, Michot F, Tuech J-J. Combined transanale and laparoscopic approach for the treatment of deep endometriosis infiltrating the rectum. *Hum Reprod* 2012 ; 27(2) : 418-26.
41. Darai E, Coutant C, Bazot M, Dubernard G, Rouzier R, Ballester M. Relevance of quality of life questionnaires in women with endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil* 2009; 37(3):240-5.

42. Dubernard G, Rouzier R, David-Montefiore E, Bazot M, Darai E. Use of the SF-36 questionnaire to predict quality-of-life improvement after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Hum Reprod* 2008; 23(4):846-51.
43. Dell'oro M, Collinet P, Robin G, Rubod C. Multidisciplinary approach for deep endometriosis : interests and organization. *Gynecol Obstet Fertil* 2013 ; 41(1) :58-64.

ANNEXES

Annexe 1 : exemplaire du questionnaire EHP-5 envoyé aux patientes

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE EHP-5 (version française)

Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois, du fait de votre endométriose :

PARTIE 1

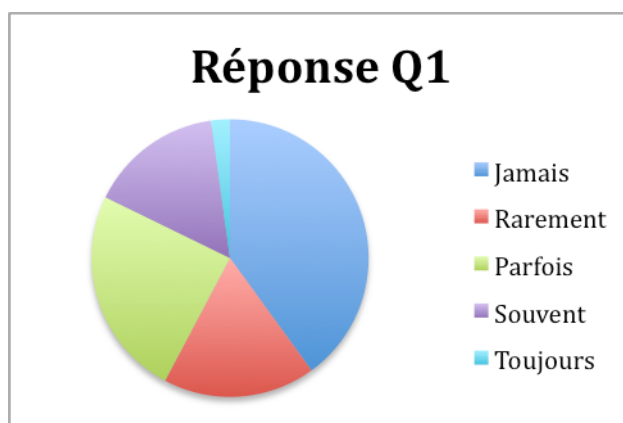
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?					
Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?					
Avez-vous eu des changements d'humeur ?					
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?					
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changée ?					

PARTIE 2

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs ?					
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant(s) ?					
Vous êtes vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?					
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?					
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					
Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants ou d'autres enfants ?					

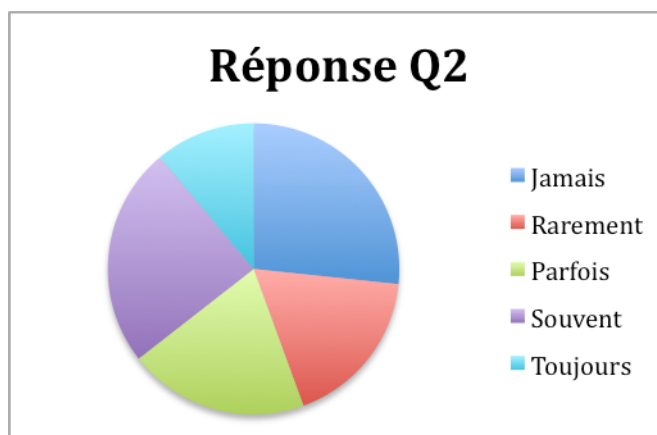
Annexe 2 : Réponses détaillées aux onze questions de l'EHP-5

Question 1 : « Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ? »



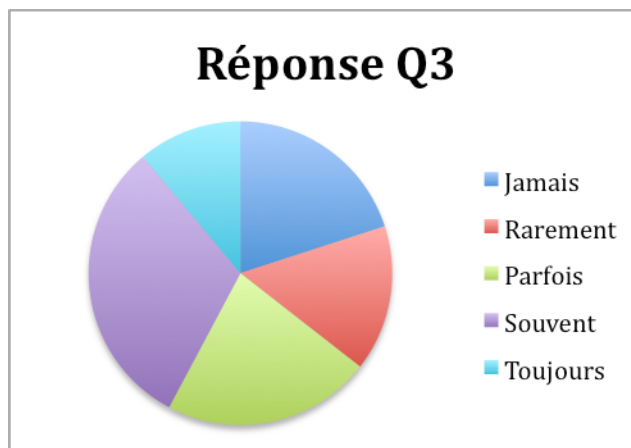
Le score moyen pour la première question était de 30,56 points sur 100 points (SD=30,1).

Question 2 : « Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglent votre vie ? »



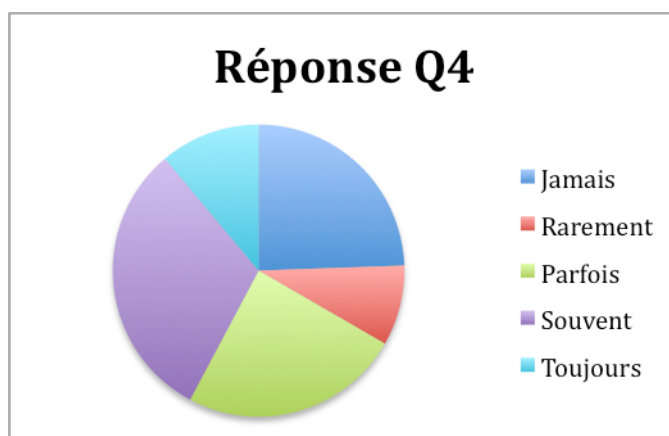
Le score moyen pour la deuxième question était de 42,75 points (SD=35,2).

Question 3 : « Avez-vous eu des changements d'humeur ? »



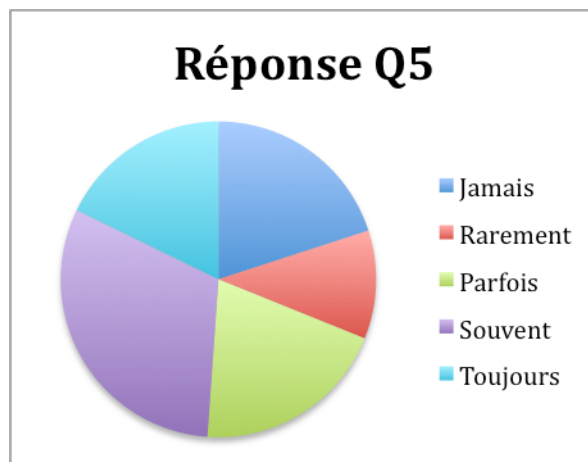
Le score moyen pour la troisième question était de 48,89 points (SD=33,27).

Question 4 : « Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ? »



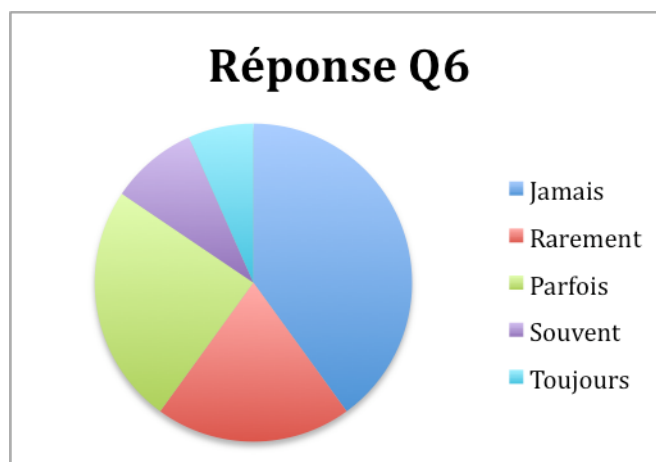
Le score moyen pour la quatrième question était de 48,89 points (SD=34,11).

Question 5 : « Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changé ? »



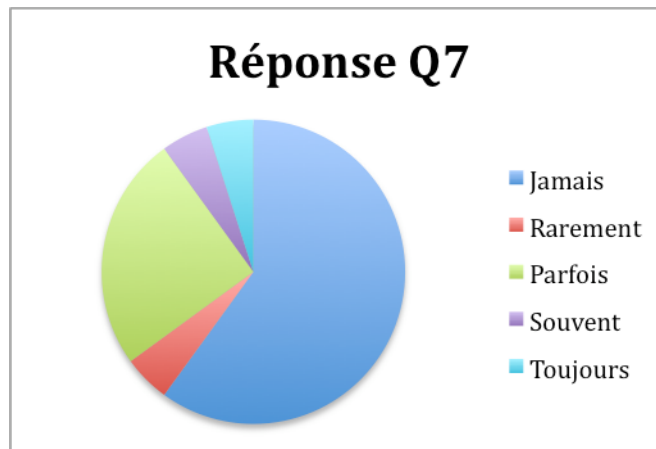
Le score moyen pour la cinquième question était de 53,89 points (SD=34,93).

Question 6 : « Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs ? »



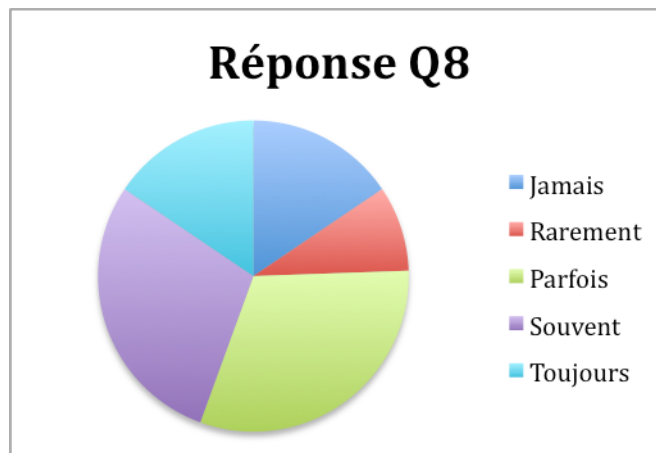
Le score moyen pour la sixième question était de 30,56 points (SD=31,48).

Question 7 : « Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant (s) ? »



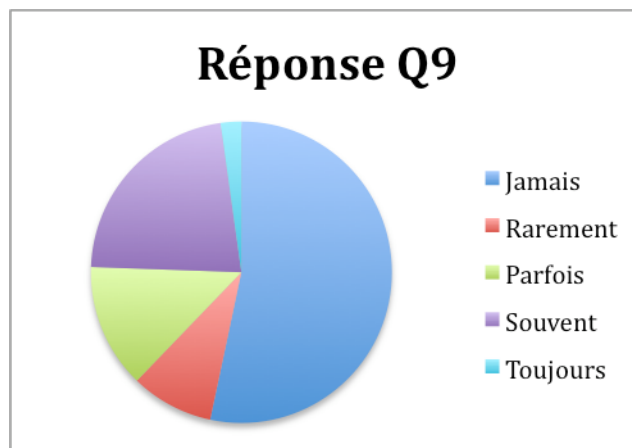
Seules vingt patientes ont répondu à cette question (les patientes ayant pu avoir des enfants). Le score moyen pour la septième question était de 22,5 points (SD=31,31).

Question 8 : « Vous êtes vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ? »



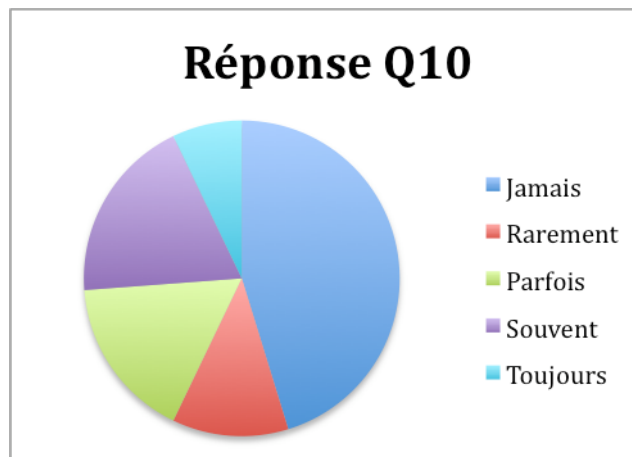
Le score moyen pour la huitième question était de 55 points (SD=31,8).

Question 9 : « Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ? »



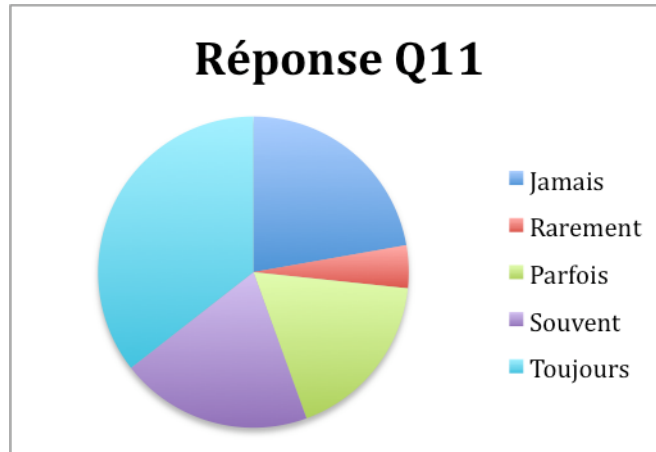
Le score moyen à la neuvième question était de 27,78 points (SD=33,38).

Question 10 : « Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ? »



Le score moyen pour la dixième question était de 30,56 points (34,91).

Question 11 : « Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants ou d'autres enfants ? »



Le score moyen pour la onzième question était de 60,56 points (SD= 38,98).

Annexe 3 : Classification de l'endométriiose selon l'rAFS (American Fertility Society) révisée en 1985

1 - Lésions péritonéales		
Superficielles	Profondes	
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	6
2 - Lésions ovariennes		
Ovaire droit	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
Ovaire gauche	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
3 - Adhérences		
Ovaire droit	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Ovaire gauche	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe droite	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
Trompe gauche	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhérent sur toute la circonférence), compter 16		
4 - Oblitération du Douglas		
Partielle	4	
Totale	40	
Stade de l'endométriiose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriiose minime	1 - 5
Stade II	endométriiose modérée	6 - 15
Stade III	endométriiose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriiose sévère	> 41

AUTEUR : Nom : FIGURELLI

Prénom : Justine

Date de Soutenance : 11 juin 2014

Titre de la Thèse : Résection rectale segmentaire pour endométriose colorectale : quelle qualité de vie post-opératoire ? Etude rétrospective monocentrique.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Chirurgie gynécologique et générale

DES + spécialité : DES de gynécologie obstétrique

Mots-clés : endométriose colorectale, résection segmentaire, morbidité péri-opératoire, qualité de vie, EHP-5

Résumé :

Contexte : La chirurgie des lésions d'endométriose colorectale a pour but de réduire les symptômes douloureux, de limiter les récurrences, d'améliorer la fertilité et la qualité de vie souvent altérée. L'objectif principal de cette étude est d'apprécier la qualité de vie post-opératoire chez les patientes opérées d'une résection rectale segmentaire ; l'objectif secondaire, d'évaluer la morbidité péri-opératoire de ces résections.

Méthode : Etude rétrospective monocentrique descriptive de la morbidité périopératoire des résections rectales segmentaires pratiquées pour endométriose colorectale entre janvier 2007 et mai 2012. La version française du questionnaire EHP-5 a été utilisée dans l'appréciation de la qualité de vie post-opératoire.

Résultats : 72 patientes ont été incluses dans l'étude. La voie d'abord était coelioscopique exclusive dans 65,28% des cas. Le taux de fistules rectovaginales était de 2,78% et le taux de sténose anastomotique de 4,17%. Le taux de complications précoces, les pertes sanguines et la durée de séjour hospitalier étaient statistiquement plus faibles dans le groupe des coelioscopies par rapport aux laparotomies (29,79% contre 56%, $p=0,03$, 310ml vs 840ml, $p=0,002$, et 10,6 jours vs 12,1 jours, $p=0,003$). La durée de suivi post-opératoire était de 25,9 mois. Le taux de récurrence de l'endométriose était de 19,44% (ovarienne essentiellement). On notait une amélioration significative des symptômes gynécologiques et digestifs après chirurgie (98,6% vs 9%, $p<10^{-4}$, et 81,9% vs 50%, $p=0,002$). Le score moyen post-opératoire à l'EHP-5 était de 439,44 points sur 1100 points.

Conclusion : Les résections rectales segmentaires pour endométriose colorectale permettent une amélioration des symptômes gynécologiques et digestifs, avec néanmoins une morbidité péri-opératoire non négligeable ; morbidité limitée par une approche laparoscopique multidisciplinaire et une sélection des indications.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Denis VINATIER

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume PIESSEN

Madame le Docteur Chrystèle RUBOD DIT GUILLET (MCU-PH)

Monsieur le Docteur Jean-François QUINTON

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre COLLINET