

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1691

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Virginie SEVY

le 05 octobre 2021

**EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE
MULTIDISCIPLINAIRE DE PATIENTES PRÉSENTANT UNE
ENDOMÉTRIOSE PELVIENNE PROFONDE AVEC ATTEINTE DIGESTIVE**

Directeur de thèse : Dr Elodie CHANTALAT

JURY

Madame le Professeur Charlotte VAYSSE	Présidente
Madame le Docteur Elodie CHANTALAT	Assesseur
Monsieur le Docteur Jacques RIMAILHO	Assesseur
Monsieur le Docteur Etienne BUSCAIL	Assesseur
Monsieur le Docteur Yann TANGUY LE GAC	Suppléant
Monsieur le Docteur Jérôme CAPDET	Membre Invité
Madame le Docteur Frédérique RENOUEL	Membre Invité

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHEs Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHEs Franck
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHEs Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

Madame le Professeur Charlotte VAYSSE

**Professeur des universités
Praticien Hospitalier
Chirurgie Générale et Gynécologique**

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je te remercie pour ces trois semestres riches d'enseignement à Ranguel et à l'Oncopole, ton dynamisme, ta bonne humeur en toutes circonstances, ta bienveillance vis à vis des internes, des équipes et des patientes, tes 'allez allez hop hop hop on ne se regarde pas opérer'...

Sois assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

Madame le Docteur Elodie CHANTALAT

Maître de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier

Chirurgie générale et Gynécologique

Je te remercie infiniment d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.
Ton expertise chirurgicale, ta rigueur, ton dévouement, ta gentillesse et ta disponibilité, pour les patientes comme pour les équipes, font de toi un modèle.
J'admire ta capacité à mener de front tes rôles de maman, médecin, enseignant et chercheur.
Sois assurée de ma sincère gratitude et de mon respect.

Monsieur le Docteur Jacques RIMAILHO

Maître de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier

Chirurgie générale et Gynécologique

Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

J'ai eu le privilège de me former deux semestres à vos côtés, je vous remercie pour votre enseignement, vos conseils, votre gentillesse et votre humour.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Docteur Etienne Buscail
Maître de Conférence des Universités
Praticien Hospitalier
Chirurgie générale et Digestive

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury.
Votre participation à la prise en charge des patientes est un véritable atout pour l'équipe de
gynécologie.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Yann TANGUY LE GAC
Praticien Hospitalier
Chirurgie Gynécologique - Obstétrique

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.
Tes compétences, en chirurgie comme en obstétrique, font de toi un modèle.
C'est un privilège et un plaisir de se former à tes côtés.
Pour preuve, les internes se battent pour te "tenir le rectum" au bloc.
Sois assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Docteur Jérôme CAPDET
Praticien à la clinique Rive Gauche, Toulouse
Chirurgie Gynécologique - Obstétrique

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Je te remercie pour ta générosité, ta gentillesse, tes nombreux conseils en chirurgie ainsi que pour ce travail de thèse.

Merci de m'avoir aidée à progresser au bloc,
de m'avoir donné le sourire quand le cœur n'y était pas.

Tes râles chroniques combinés à mes sarcasmes incessants ont épuisé bien du monde autour de nous.

Nul doute que tu auras expié une partie de ta dette karmique avec ton interne cotorep.

Sois assuré de ma gratitude et de mon respect.

Madame le Docteur Frédérique RENOUEL
Praticien Hospitalier
Chirurgie Gynécologique - Obstétrique

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury.
Tes compétences en chirurgie, ta gentillesse, ta bienveillance et ta justesse envers les patientes et les équipes font de toi un modèle.
Tu m'as accueillie toute 'jeune' interne dans ton service, j'y ai trouvé une deuxième maison.
Je suis honorée de poursuivre ma formation à tes côtés.
Sois assurée de mon amitié, de ma gratitude et de mon respect.

Table des matières

LISTE DES ABBREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
Définition.....	5
Epidémiologie.....	5
Symptomatologie clinique.....	6
Stratégie diagnostique.....	8
Stratégie thérapeutique.....	10
1.Traitement médical.....	10
2.Traitement chirurgical.....	11
Problématique.....	12
Objectif.....	12
MATERIEL ET METHODE.....	13
Diagnostic et prise en charge multidisciplinaire.....	13
Technique chirurgicale.....	14
Analyse statistique.....	16
RÉSULTATS.....	17
Caractéristiques de la population.....	17
Caractéristiques des lésions d'endométrirose.....	20
<i>Caractéristiques des lésions à l'IRM :</i>	20
<i>Caractéristiques des lésions à l'échographie endorectale et à la coloscopie :</i>	21
Comparaison des caractéristiques des lésions à la précédente cohorte.....	23
Prise en charge.....	23
Complications post opératoires.....	26
Analyse statistique : croisement des variables.....	27
<i>Prise en charge multidisciplinaire :</i>	27
<i>Complications post opératoires :</i>	29
<i>Rétention chronique d'urine post opératoire :</i>	31
DISCUSSION.....	33
Prise en charge chirurgicale.....	33
Technique chirurgicale :.....	33
Mesures de protection associées.....	34
Gestes chirurgicaux associés, urinaires et gynécologiques.....	35
Complications post opératoires :.....	36
Evaluation de la prise en charge multidisciplinaire :.....	37
Faiblesses de l'étude:.....	38
Perspectives d'amélioration:.....	39
Autres bénéfices attendus du parcours de soin pluridisciplinaire.....	40
CONCLUSION.....	42

ANNEXE.....	43
Annexe 1 : Résultats complémentaires pour la cohorte de patientes de 2018-2020.....	43
Annexe 2: Résultats pour la cohorte de patientes de 2012 à 2018.....	44
Annexe 3 : Classification des complications post opératoires selon Clavien Dindo.....	46
Annexe 4 : Score AFSr (American Fertility Society revised).....	47
Annexe 5 : Score EFI (Endometriosis Fertility Index).....	48
Annexe 6 : échelle de qualité de vie, score EHP-5 Endometriosis Health Profile.....	49
Annexe 7 : score LARS (Low Anterior Resection Syndrom).....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	51

Index des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques de la population (n=98).....	21
Tableau 2: Symptomatologie.....	22
Tableau 3: Données IRM (n=98).....	23
Tableau 4: Caractéristiques des lésions à l'IRM (n=98).....	24
Tableau 5: Caractéristiques des lésions à l'échographie endorectale (n=70).....	25
Tableau 6: Caractéristiques des lésions à la coloscopie (n=70).....	25
Tableau 7: Geste digestif rectal.....	27
Tableau 8: Gestes chirurgicaux associés.....	28
Tableau 9: Gestes de protection digestive associés.....	28
Tableau 10: Complications post-opératoires selon la classification de Clavien-Dindo.....	29
Tableau 11: Complications post opératoire.....	30
Tableau 12: Croisement des données prise en charge multidisciplinaire en fonction des caractéristiques des lésions.....	31
Tableau 13: Croisement des données geste réalisé en fonction de la taille des lésions.....	32
Tableau 14: Croisement de variables - geste digestif en fonction de la prise en charge multidisciplinaire.....	32
Tableau 15: Croisement de variables - Complications selon Clavien Dindo en fonction de la prise en charge multidisciplinaire per opératoire.....	33
Tableau 16: Croisement de variables - rétention urinaire chronique en fonction de la symptomatologie urinaire pré opératoire.....	35
Tableau 17: Voie d'abord (n=98).....	46
Tableau 18: Prise en charge multidisciplinaire.....	46
Tableau 19: Caractéristiques des patientes pour la cohorte 2012-2018 (n=98).....	47
Tableau 20: Profondeur de l'atteinte en écho-endoscopie et en coloscopie pour la cohorte 2012-2018.....	48
Tableau 21: Caractéristiques des lésions à l'échographie endorectale pour la cohorte 2012-2018.....	48

LISTE DES ABBREVIATIONS

- ASA : American Society of Anesthesiologists
- GnRH : Gonadotrophin Releasing Hormon
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- RCP : Réunion de Concertation Multidisciplinaire

INTRODUCTION

Définition

L'endométriose est définie par la présence de tissu endométrial ectopique - stroma et glandes, en dehors de l'utérus (1). De par sa définition histologique, son diagnostic est anatomopathologique. Elle est considérée comme une pathologie lorsqu'elle est responsable de symptômes douloureux et/ou d'une infertilité : on parle alors d'endométriose maladie (2).

Trois entités ont été décrites : l'endométriose péritonéale dite superficielle, l'endométriome ovarien et l'endométriose profonde caractérisée par une infiltration péritonéale supérieure à 5mm et/ou une atteinte d'organe (colon, vessie, uretère...).(1)

L'adénomyose, qui représente une quatrième forme, correspond à une atteinte du myomètre avec inflammation et hypertrophie myométriale réactionnelle.

Epidémiologie

La prévalence et l'incidence de l'endométriose sont difficiles à évaluer en population générale dans la mesure où son diagnostic, anatomopathologique, requiert une prise en charge chirurgicale qui n'est pas systématiquement indiquée.

Sa prévalence serait estimée à 7 à 10% des femmes en âge de procréer (3), et 30 à 50% des patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques (4), soit 2,1 à 4,1 millions de femme en France, avec un délai diagnostique moyen de 6 à 8 ans (5,6). Elle serait en France aussi répandue que le diabète de type 2 (2,7 millions de cas) ou le cancer (3 millions de cas).

L'endométriose pelvienne profonde, forme la plus agressive, représenterait 20% des atteintes, parmi lesquelles une localisation digestive serait constatée dans 5,3 à 12% des cas (7). Les atteintes digestives sont situées en regard du colon sigmoïde ou du rectum dans 90% des cas (8) Elle concerne le rectum, la charnière recto sigmoïdienne et le sigmoïde dans respectivement 56,8%, 36,3% et 6,9% des cas. Une atteinte multiple est constatée chez environ 11,3% des cas. (9)

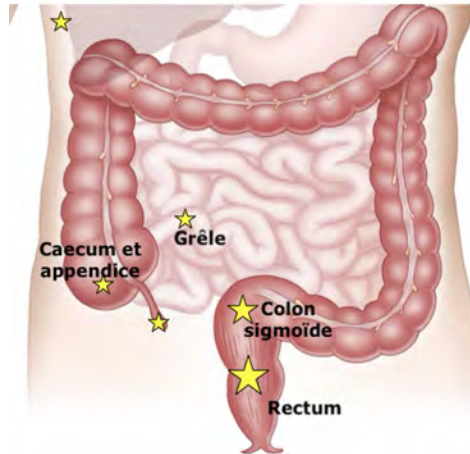


Figure 1: Schéma des atteintes digestives de l'endométriose pelvienne profonde

Symptomatologie clinique

Il n'existe pas systématiquement de corrélation entre l'intensité des signes cliniques et l'atteinte anatomique.

Dans la majorité des cas, l'endométriose est diagnostiquée dans un contexte de douleurs pelviennes chroniques ou d'infertilité.

- Douleur pelvienne

La douleur est le plus souvent chronique, éventuellement rythmée par le cycle menstruel. Dans le cadre d'une endométriose pelvienne profonde, elle peut être spécifique de l'atteinte d'un organe et être provoquée par sa mobilisation : on parle alors de douleur localisatrice (2).

- Dyspareunies profondes

Il s'agit de douleurs per coïtales, traduisant le plus souvent une atteinte des ligaments utéro sacrés ou de la cloison recto-vaginale. Elles peuvent aboutir à l'arrêt des rapports et altérer la qualité de vie sexuelle des patientes.

- Dysménorrhées

Les dysménorrhées seraient le symptôme douloureux qui apparaît le plus précocement, et dont l'intensité serait corrélée à la probabilité de diagnostiquer une endométriose (2).

- Signes fonctionnels digestifs

Il s'agit le plus souvent de dyschésies avec recrudescence menstruelle, par atteinte de la cloison recto-vaginale.

On décrit aussi des diarrhées cataméniales, des rectorragies (par atteinte transmurale de la paroi digestive), des douleurs anales, et en cas d'atteinte sténosante un syndrome de Koenig voire un syndrome subocclusif ou occlusif.

- Signes fonctionnels urinaires :

Ils sont représentés par des signes d'irritation vésicale à type de pollakiurie, d'urgenterie ou de dysurie, revêtant un caractère cataménial ou non. Une hématurie macroscopique peut également être observée en cas d'infiltration vésicale.

- Hypersensibilisation:

L'hypersensibilisation est caractérisée par l'association de signes fonctionnels digestifs ou urinaires, d'allodynies et d'hyperpathies, avec existence de zones gâchettes le plus souvent au niveau vulvaire, périnéal ou fessier, et paraissant en général disproportionnés par rapport à l'étendue des lésions constatées.

- Infertilité:

La prévalence de l'endométriose chez les patientes présentant des troubles de la fertilité serait de 25 à 30%.

Chez les patientes souffrant d'endométriose, une infertilité associée est constatée dans 30 à 50% des cas (10).

Sa physiopathologie est complexe mais peut s'expliquer par les modifications anatomiques responsables d'une altération de la mobilité et de la perméabilité tubaire, d'une diminution de la réserve ovarienne (le plus souvent par un ou des endométriomes), l'existence d'un milieu inflammatoire peu propice à la nidation.

Stratégie diagnostique

La Haute Autorité de Santé a émis des recommandations en décembre 2017 pour la stratégie diagnostique de l'endométriose (2).

En première intention, la patiente doit bénéficier d'un examen clinique gynécologique et d'une échographie pelvienne.

Une IRM, avec éventuellement double balisage vaginal et rectal, sera réalisée par un radiologue référent en deuxième intention ou en cas de doute clinique fort en faveur d'une atteinte profonde.

Une écho endoscopie rectale associée à une coloscopie peut être réalisée par un gastroentérologue référent en troisième intention afin d'étoffer le bilan pré opératoire, elle permet alors de préciser la taille, le nombre et le degré d'infiltration des lésions, la distance à la marge anale, ainsi que l'existence d'une sténose ou d'une compression extrinsèque.

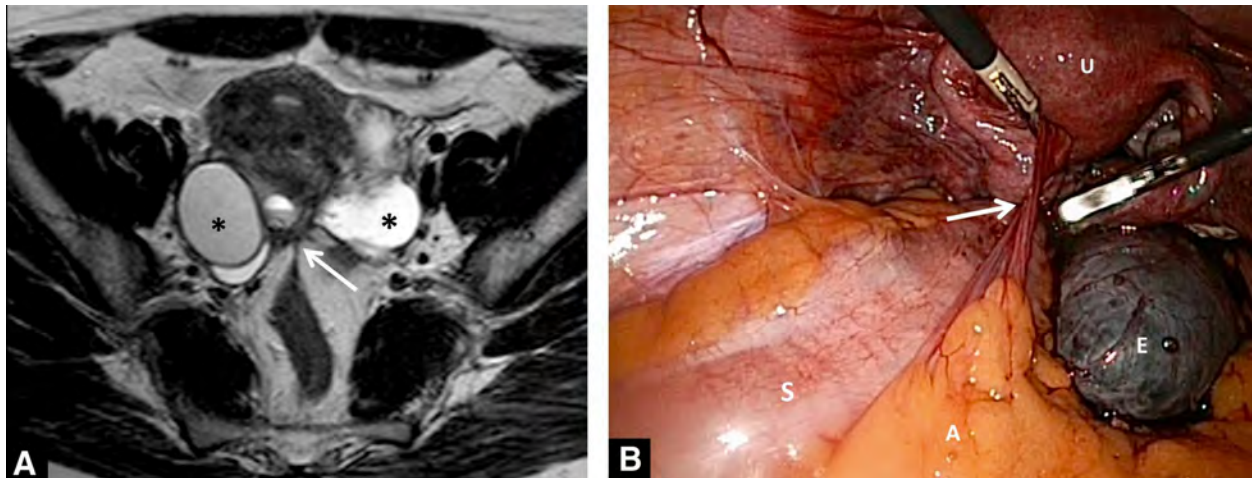


Figure 2: A. IRM coupe axiale en séquence T2, endométriomes bilatéraux (*) et attraction du torus au rectum (flèche blanche). B. Image coelioscopique montrant une adhésion d'une frange épiploïque au mur postérieur utérin (flèche blanche), endométriome droit (E). (11)

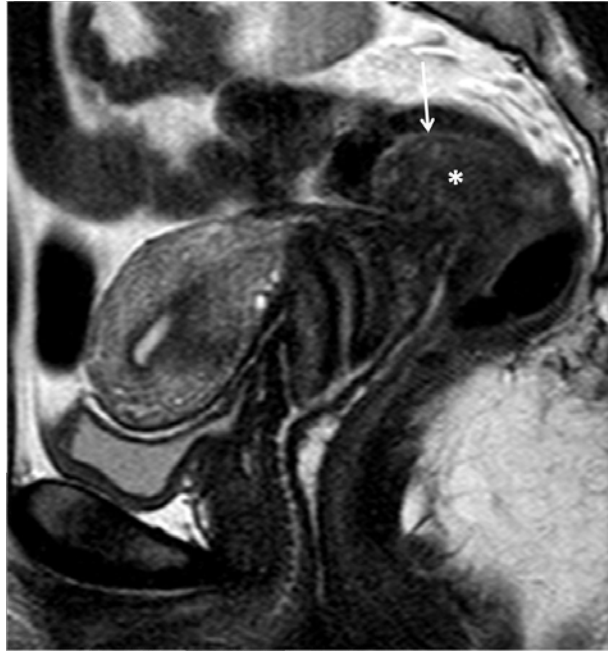


Figure 3: IRM coupe sagittale en séquence T2 : lésion du torus envahissant la paroi antérieure du colon sigmoïde. (11)

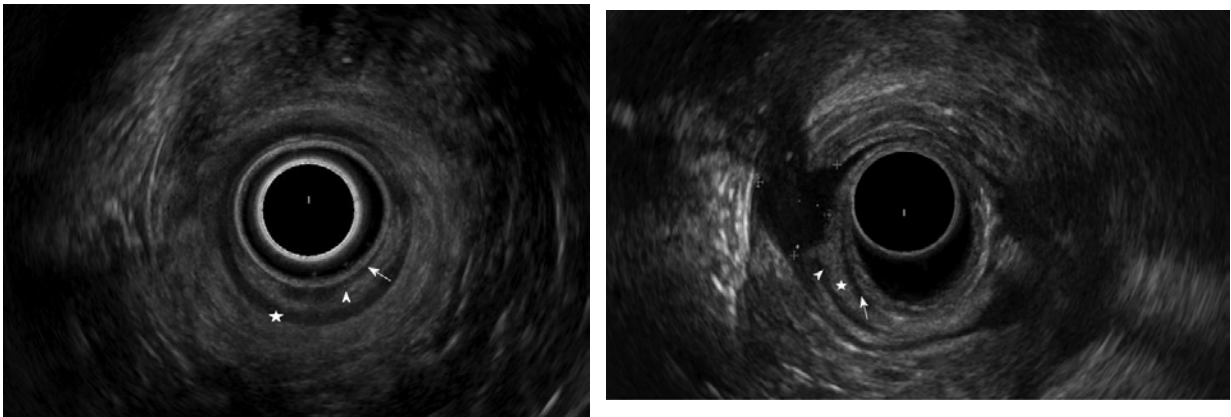


Figure 4: A. aspect normal à l'écho endoscopie rectale : muqueuse (flèche), submuqueuse (tête de flèche) et musculuse (étoile). B. lésion d'endométriose infiltrant la sous muqueuse (croix) (12)



Figure 5: Coloscopie : infiltration de la muqueuse sigmoïdienne. (13)

Stratégie thérapeutique

Le traitement de l'endométriose est symptomatique, son objectif est de diminuer les douleurs et les troubles fonctionnels, de restaurer une certaine qualité de vie ou d'améliorer des troubles de la fertilité.

La stratégie thérapeutique fait l'objet de recommandations pour la pratique clinique émises par la Haute Autorité de Santé [\(2\)](#).

1. Traitement médical

Le traitement médical de l'endométriose repose sur une hormonothérapie et des antalgiques adaptés.

Il vise à réduire l'imprégnation en oestrogène de l'organisme dans le but de mettre au repos les lésions d'endométriose et de limiter leur progression.

Le traitement de première intention indiqué en cas d'endométriose douloureuse et en dehors d'un projet de grossesse repose sur une contraception oestro-progestative en prise continue ou un dispositif intra utérin au lévonorgestrel 52mg.

Les traitements recommandés en deuxième intention sont la contraception microprogestative orale par désogestrel, l'implant à l'étonogestrel, les GnRHa en association à une add-back

thérapie et le dienogest.

Le traitement antalgique repose sur des paliers 1 et 2, associés à des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Un neuroleptique peut être envisagé en cas de neuropathie douloureuse.

Une NeuroStimulation Transcutanée (TENS) peut être proposée en cas de dysménorrhées primaires.

Enfin certains traitements non médicamenteux, tels que l'ostéopathie, l'acupuncture ou le yoga, ont montré une amélioration de la qualité de vie des patientes en association à un traitement médical.

2. Traitement chirurgical

Une prise en charge chirurgicale est indiquée en cas d'échec du traitement médical, de récurrence ou d'atteinte d'organe, la voie d'abord coelioscopique est recommandée en première intention.

Trois techniques chirurgicales sont classiquement utilisées pour la prise en charge de l'endométriose avec atteinte digestive : le **shaving rectal**, la **résection discoïde** et la **résection segmentaire**. Le choix d'une technique dépend du contexte clinique, du degré d'infiltration et de l'atteinte circonférentielle de la paroi digestive, du caractère unique ou multiple des lésions.



Le recours à un traitement hormonal pré opératoire n'a pas fait la preuve de son efficacité sur l'amélioration des conditions opératoires, la prévention des complications, ou encore le risque de récurrence.

En revanche, chez des patientes n'ayant pas de souhait de grossesse, un traitement hormonal post opératoire est recommandé dans le but de limiter la récurrence douloureuse et d'améliorer la qualité de vie.

Problématique

L'endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive est une pathologie bénigne complexe pouvant être très invalidante.

L'enjeu de la prise en charge chirurgicale est d'aboutir à une résection maximale des lésions tout en préservant la patiente du risque de complications post opératoires inhérent à un geste digestif (fistule, abcès...) ou à des troubles fonctionnels et douleurs séquellaires, qui contribueraient à une altération de la qualité de vie.

La Haute Autorité de Santé puis un groupe de travail international comprenant des experts du ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy), l'ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) et le WES (World Endometriosis Society), ont émis, respectivement en 2017 et 2019, des recommandations pratiques pour la prise en charge de l'endométriose pelvienne profonde : elle doit faire l'objet d'un projet de soin unique issu d'une concertation médico-chirurgicale et pluridisciplinaire, orchestrée par un gynécologue référent (2,14).

Une précédente étude rétrospective réalisée sur une cohorte de patientes prises en charge chirurgicalement de décembre 2012 à janvier 2018 pour endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive dans les deux unités du service de chirurgie gynécologique du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse avait mis en évidence des taux importants de complications post opératoires : 37,8% de complications dont 18,3% de grade 3a ou 3b selon la classification de Clavien Dindo et 9,8% de fistules recto-vaginales (15).

La prise en charge multidisciplinaire systématique avec présentation des dossiers en réunion de concertation pluridisciplinaire n'a été mise en place dans ces deux services qu'en décembre 2015.

Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'amélioration de la qualité des soins suite à la mise en place d'un parcours de soins multidisciplinaire pour la prise en charge des patientes opérées d'une endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive dans les deux unités du service de chirurgie gynécologique du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant l'ensemble des patientes prises en charge chirurgicalement pour une endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2020 dans les deux unités du service de chirurgie gynécologique du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse en France. Les données recueillies comprennent les caractéristiques initiales des patientes et de leur pathologie, les données du bilan pré opératoire, les complications post opératoires immédiates ainsi que leur prise en charge.

Le consentement éclairé des patientes avait été obtenu avant leur inclusion.

Toutes les patientes présentant une endométriose pelvienne digestive nécessitant une prise en charge chirurgicale ont été incluses.

Les patientes étaient exclues de l'étude lorsqu'aucun geste digestif n'avait été réalisé, que l'analyse anatomopathologique était en faveur d'un diagnostic différentiel ou que les données du compte rendu opératoire étaient absentes ou incomplètes.

Diagnostic et prise en charge multidisciplinaire

Un staging diagnostique et anatomique de la maladie était réalisé par une IRM, complétée par une coloscopie et une échographie endorectale selon les résultats de l'imagerie, de la symptomatologie, et de l'examen clinique.

La plupart des patientes étaient prise en charge dans le cadre d'un parcours de soin fléché avec présentation des dossiers en Réunion de Concertation Multidisciplinaire (RCP). Un plateau de consultation mutualisé avait été mis en place afin de faciliter ce parcours de soin.

La gynécologie était le mode d'entrée en consultation, via la médecine de la reproduction, la gynécologie médicale ou la chirurgie gynécologique. Une fois la consultation de gynécologie effectuée, la patiente était adressée à un gastroentérologue pour réalisation d'une coloscopie et d'une échoendoscopie si besoin, puis à un chirurgien digestif et/ou à un urologue en fonction de la maladie.

Les prises de rendez-vous étaient groupées au maximum afin de réduire les délais de prise en charge et d'augmenter la compliance des patientes.

Le dossier de la patiente était ensuite présenté en RCP, comprenant l'équipe de chirurgie gynécologique, un radiologue expert en endométriose pelvienne profonde, un chirurgien viscéral, un urologue, et des médecins spécialisés en procréation médicalement assistée. Une relecture des images étaient systématiquement réalisée, la prise en charge médico-chirurgicale était décidée de

façon collégiale.

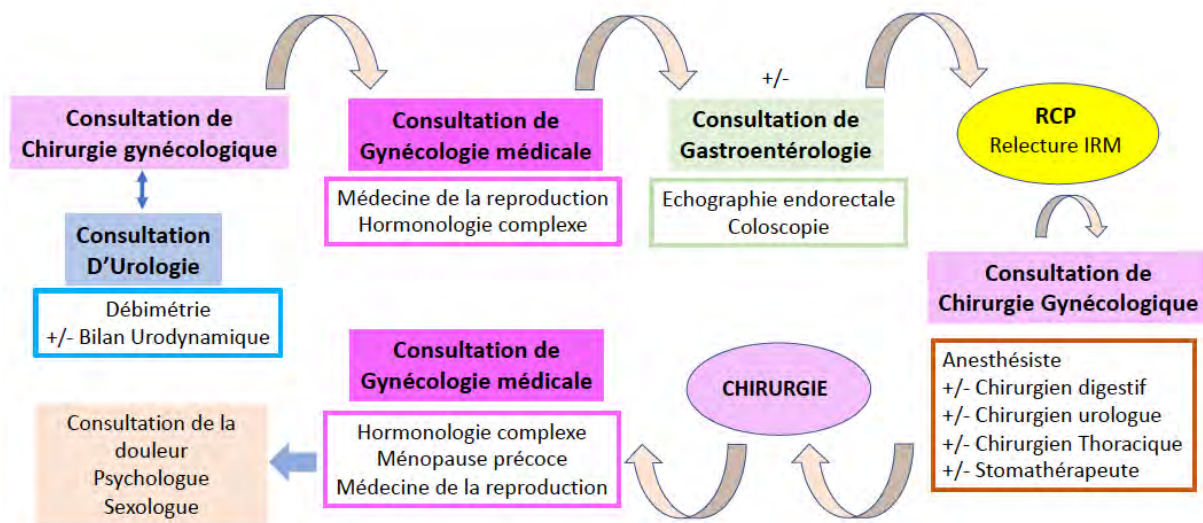


Figure 6: Parcours de soin fléché

Technique chirurgicale

La chirurgie était réalisée par voie coelioscopique, coelioscopique robot assistée, ou par laparotomie.

Trois principaux opérateurs ont réalisé la prise en charge de la majorité des patientes.

La préparation colique n'était pas systématique en pré opératoire.

Le choix de la technique chirurgicale (shaving, résection discoïde, résection segmentaire) dépendait des constats per opératoires, des données iconographiques et de l'échographie endorectale (distance à la marge anale, degré et surface d'infiltration, caractère unique ou multiple, symptomatologie, désir de grossesse...).

Le shaving rectal consistait en une dissection du nodule d'endométriose de la paroi rectale antérieure aux ciseaux monopolaires en section 20 à 30W (générateur ValleyLab ou DaVinci) jusqu'au plan de clivage du cul de sac recto-vaginal. En cas d'effraction de la lumière rectale, celle-ci était suturée sur un ou deux plans par des points séparés de PDS 3/0 et de VICRYL 2/0.

La résection discoïde consistait en une exérèse d'une portion de la face antérieure rectale sur toute son épaisseur suivie par la suture de l'intestin. En laparotomie, celle-ci était assurée par une dissection au bistouri électrique en mode cut, la fermeture était réalisée sur deux plans par 2 hémisurjets au PDS 4/0 et 2 hémisurjets de recouvrement au VICRYL 2/0. En coelioscopie, elle

consistait le plus souvent en une résection à la PCEA 31 après mise en place de deux fils tracteurs en regard des pôles inférieurs et supérieurs de la lésion. Des points simples étaient réalisés au POLYSORB 5-0 afin d'enfourer la rangée d'agrafes. Une autre technique, moins souvent utilisée, consistait en une résection en patch aux ciseaux monopolaires puis fermeture en deux plans.

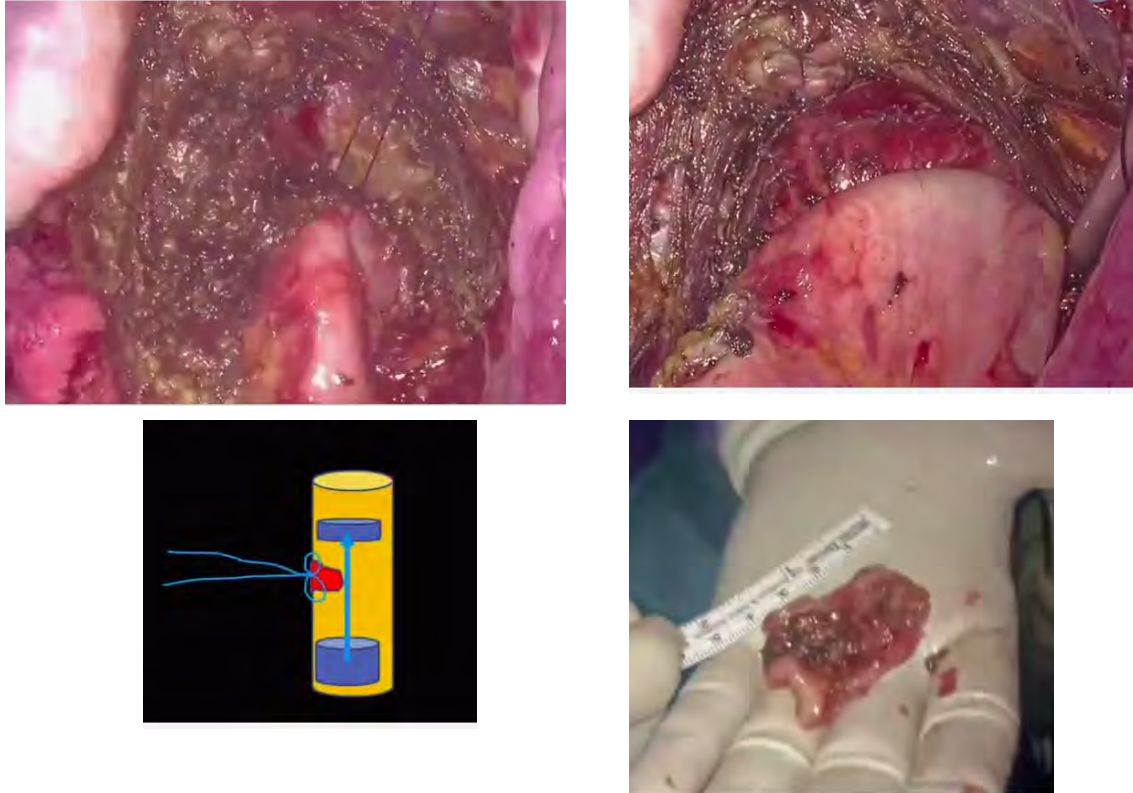


Figure 7: résection discoïde par PCEA 31 transanale après traction des pôles inférieur et supérieur de la lésion. (source cours DIU endométriose Pr Horace Roman)

La résection segmentaire rectale était menée par décollement du plan rétro rectal à distance des structures nerveuses hypogastriques jusqu'au niveau de la localisation la plus distale d'endométriose. Le mésorectum était coagulé puis sectionné à hauteur de la lésion et au contact du tube digestif. La coprostase était réalisée à l'endoGIA. Le segment d'amont était extériorisé à la peau afin de réaliser une bourse au PROLENE 2/0 et d'y inclure une tête de PCEA, puis réintégré dans l'abdomen afin de réaliser l'anastomose par une pince de type PCEA par voie rectale.

L'omentoplastie, lorsqu'elle était réalisée, consistait en une mobilisation du grand omentum au niveau de l'angle colique gauche ou droit par pédiculisation gastro épiploïque, puis fixation au

vagin par des points séparés au VICRYL 2/0.

Les données issues du compte rendu opératoire comprenaient : le type de chirurgie digestive (shaving, discoïde, résection segmentaire), la voie d'abord, les gestes urologiques (urétérolyse, résection vésicale), et gynécologiques associés (hystérectomie, ouverture vaginale, annexectomie, kystectomie, épreuve de perméabilité tubaire...), les gestes de protection digestive le cas échéant (stomie, omentoplastie).

La prise en charge post opératoire était réalisée dans les services de chirurgie gynécologique ou en surveillance médico chirurgicale continue.

Les complications post opératoires étaient décrites selon la classification de Clavien-Dindo.

Analyse statistique

Les analyses sont principalement descriptives. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et pourcentages des catégories. Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide des paramètres détaillés de leurs distributions : effectif, moyenne, écart-type, minimum, maximum, médiane et quartiles. Le nombre de données manquantes est décrit pour chaque variable.

Les pourcentages de dossiers présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire, la présence d'un chirurgien viscéral (multidisciplinaire) ont été estimés avec un intervalle de confiance à 95% (estimation par méthode exacte).

Les taux de complications ont été estimés avec leur intervalle de confiance, pour l'ensemble des patientes incluses, et stratifiés en fonction du geste digestif associé. Les groupes ont été comparés par un test du Log-rank.

La présence de complications (mesurée par la classification de Clavien Dindo) a été comparée en fonction de différentes caractéristiques (RCP, multidisciplinaire, taille des nodules, localisations multiples, geste associé, geste de protection). Pour les variables qualitatives, la comparaison reposait sur un test du chi² ou un test exact de Fisher selon les conditions d'application; pour les variables quantitatives, la comparaison reposait sur une ANOVA ou un test de rangs de Kruskal-Wallis.

La présence d'une rétention urinaire chronique a été comparée en fonction de la présence de symptômes urinaires par un test du Chi² ou un test exact de Fisher.

Le geste digestif rectal a été comparé en fonction de la réalisation d'une chirurgie multidisciplinaire, du nombre et de la taille des nodules par un test du Chi² ou un test exact de Fisher pour les variables qualitatives, ou par une ANOVA ou un test des rangs de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives.

RÉSULTATS

101 patientes ont été traitées du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2020. 98 patientes ont été incluses et 3 patientes exclues (absence de compte rendu opératoire pour 1 patiente, diagnostic différentiel à l'analyse anatomopathologique pour 2 patientes).

Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des patientes et de leur symptomatologie ainsi que des lésions sont décrites respectivement dans les tables 1, 2.

L'**intégralité des patientes** (100%, n= 98) était **initialement symptomatique**, dont **44,9%** (n=44) présentaient un **trouble de la fertilité associée**.

L'âge moyen des patientes était de 34,7 ans (min 20 - max 50 ans), l'IMC moyen était de 24,3 kg/m², il existait une consommation tabagique dans 26,1% des cas. 48,9% (n=48) des patientes présentaient un antécédent de chirurgie abdominale, pour endométriose dans 30,9% des cas (n=30). Sur le plan obstétrical, la majorité des patientes était nulligeste, 64,3% (n=63).

Un traitement néo adjuvant avait été instauré dans 53,1% des cas, par macroprogestatif ou microprogestatif dans respectivement 21,4% et 14,3% des cas, les oestro-progestatifs étaient utilisés dans seulement 5,1% des cas.

Tableau 1: Caractéristiques de la population (n=98)

Caractéristiques	moyenne	écart-type	
IMC (kg/m ²)	24.3	5.0	
Age (années)	34.7	7.0	
	n	%	Manquant
Parité au primo diagnostic			2
nulligeste	63	64.3	
primipare	21	21.4	
multipare	12	12.2	
Césarienne	11	11.2	
Antécédent de chirurgie abdominale			1
non	49	50.5	
oui	48	48.9	
Antécédent de chirurgie pour endométriose			1
non	67	69.1	
1	21	21.6	
2	6	6.2	
> ou = 3	3	3.1	
Traitement néo adjuvant : n (%)			
aucun	46	46.9	
microprogestatif	14	14.3	
macroprogestatif	21	21.4	
Oestro-progestatif	5	5.1	
DIU progestatif	4	4.1	
analogues de la GnRH	6	6.1	
association successive micro / macroprogestatif/ OP	2	1	
Durée du traitement néo adjuvant (mois) :			2
aucun	46	46.9	
≤ 3 mois	9	9.2	
> 3-6 mois	10	10.2	
> 6 mois	31	31.6	
ASA :			10
1	52	59.1	
2	35	39.8	
3	1	1.1	
Tabac :			6
oui	24	26.1	
Motif de consultation :			
symptômes	98	100	
infertilité	44	44.9	

Les patientes présentaient toutes une symptomatologie douloureuse, dominée par les dysménorrhées, puis les douleurs abdomino-pelviennes et les dyspareunies dans respectivement 87,5%, 63,5% et 59,4% des cas.

Des signes digestifs étaient rapportés dans 67,7% des cas, dont le principal symptôme était représenté par une dyschésie dans 46,9% des cas, il existait des rectorragies chez 8,2% des cas.

25% des patientes présentaient une symptomatologie urinaire, essentiellement à type de dysurie (18,4% des cas).

Tableau 2: Symptomatologie

Symptomatologie	n	%
Dysménorrhées	84	87.5
Dyspareunies	57	59.4
Douleurs abdomino-pelviennes	61	63.5
Méno-métrorragies	10	10.4
Digestive	65	67.7
Urinaire	24	25
Paucisymptomatique	1	1
Symptômes digestifs		
Dyschésie	46	46.9
Rectorragies	8	8.2
Diarrhée	30	30.6
Constipation	19	19.4
Symptômes Urinaires		
Pollakiurie	7	7.1
Dysurie	18	18.4
Douleurs mictionnelles	5	5.1

Caractéristiques des lésions d'endométriose

Les caractéristiques des lésions sont décrites dans les tables 3 à 6.

Caractéristiques des lésions à l'IRM :

L'ensemble des patientes avait bénéficié d'une IRM (n=98).

L'IRM mettait en évidence une atteinte de la **cloison recto-vaginale** dans **80,4%** des cas et des **ligaments utéro-sacrés** dans **48,5%** des cas.

Une **atteinte digestive** était constatée dans **75,3%** des cas.

La **taille moyenne des lésions à l'IRM** était de **22,6 mm** avec un **écart type de 16,5 mm**.

La distance à la marge anale était décrite à l'IRM dans 55,1% des cas.

Tableau 3: Données IRM (n=98)

IRM	n	%
cloison recto-vaginale, torus	78	80.4
ligaments utéro-sacrés	47	48.5
endométriose	55	56.7
unilatéral	30	30.9
bilatéral	25	25.8
adénomyose	31	32
kissing ovarien	24	24.7
tube digestif	73	75.3
vessie	5	5.2
vagin	1	1.0
diaphragme	1	1.0

Tableau 4: Caractéristiques des lésions à l'IRM (n=98)

	moyenne (mm)	écart-type (mm)	
Taille	22.6	16.5	
	n	%	
<20mm	25	46.3	
20-40 mm	24	44.4	
40-60 mm	4	7.4	
> ou = 60 mm	1	1.9	
NSP	44		
	n	%	manquant
Distance à la marge anale			18
8-10 cm	7	8.8	
>10-12 cm	4	5	
>12-15 cm	7	8.8	
>12-18 cm = charnière recto-sigmoïdienne	26	32.5	
NSP	35	43.8	
NSP = ne sait pas			

Caractéristiques des lésions à l'échographie endorectale et à la coloscopie :

70 patientes, soit 71,4% de la cohorte, avaient bénéficié d'un examen par échographie endorectale et coloscopie.

La **taille moyenne des lésions à l'échographie endorectale** était de **14,7 mm** pour un **écart type de 16,2 mm**.

Une **atteinte de la musculuse, de la séreuse ou de la muqueuse** était constatée dans respectivement dans **35,2 %, 25,4% et 21,1%** des cas.

Il n'y avait **pas d'atteinte visualisée en coloscopie** dans **74,3% des cas**.

Tableau 5: Caractéristiques des lésions à l'échographie endorectale (n=70)

Caractéristiques des lésions	moyenne	écart-type	
Taille	14.7 mm	16.2 mm	
Distance à la marge anale	11.2 cm	4.1 cm	
	n	%	manquant
Taille			1
<20mm	33	47.8	
20-40 mm	16	23.2	
40-60 mm	3	4.3	
> ou = 60 mm	2	2.9	
NSP	15	21.7	
Distance à la marge anale			
< 8 cm	8	11.4	
8-10 cm	16	22.9	
>10 - 12 cm	15	21.4	
>12 - 15 cm	5	7.1	
> 15 - 18 cm	12	17.1	
NSP	7	10.0	
Atteinte multiple	7	10.0	
Profondeur d'envahissement			
pas d'atteinte	13	18.3	
séreuse	18	25.4	
musculaire	25	35.2	
muqueuse	15	21.1	

Tableau 6: Caractéristiques des lésions à la coloscopie (n=70)

Coloscopie	n	%
pas d'atteinte	52	74.3
atteinte visible	4	5.7
sténose digestive	6	8.6
compression extrinsèque	10	14.3

Comparaison des caractéristiques des lésions à la précédente cohorte

Les tableaux des caractéristiques des patientes et de leurs lésions sur la précédente cohorte sont présentés en annexe.

En comparaison à la précédente cohorte, l'IMC moyen était plus important (24,3 vs 21,7), en revanche la consommation tabagique, l'antécédent de chirurgie pour endométriose et le recours à un traitement néoadjuvant paraissaient moins fréquents (respectivement 26,1% vs 32,8%, 30,9% vs 47%, et 46,9% vs 14,3%).

En ce qui concerne les caractéristiques des lésions, les données sont **comparables** entre les deux cohortes sur le **taux de positivité de l'échographie endorectale**, le **degré d'envahissement** et la **distance moyenne à la marge anale**. Cependant, la **taille moyenne des lésions à l'écho-endoscopie** était **plus faible, de 14,7mm +/- 16,2mm contre 28,1mm +/- 16,9mm**. A noter que dans la cohorte de comparaison seules 8,5% des patientes n'avaient pas bénéficié d'une échographie endorectale contre 28,6% dans notre cohorte. Les données IRM concernant la taille des lésions n'étaient pas disponibles pour la cohorte de comparaison.

Prise en charge

Les dossiers avaient été présentés en **réunion de concertation pluridisciplinaire** dans **68,3%** des cas (n= 67, données manquantes pour 11 patientes par absence de compte rendu RCP). Un **chirurgien viscéral** avait activement participé à l'intervention chirurgicale dans **36,7%** des cas (n=36).

Les caractéristiques de la prise en charge chirurgicale sont présentées dans les tables 7 à 9.

Les patientes étaient prises en charge par **coelioscopie**, **coelioscopie robot assistée** et **laparotomie** dans respectivement **82,7%** (n=81), **9,2%** (n=9) et **8,1%** (n=8) des cas dont **7,1%** (n=7) de **laparoconversions**.

Concernant la prise en charge chirurgicale digestive, **72,4%** (n=71) des patientes ont bénéficié d'un **shaving rectal**, **20,4%** (n=20) d'une **résection segmentaire**, **4,1%** (n=4) d'une **résection discoïde**, et **3,1%** (n=3) d'une **chirurgie multiple** (n=1 résection rectale segmentaire associée à

une résection iléo-caecale, et n=2 association shaving et résection discoïde). Une **urétérolyse** était pratiquée dans **84,3%** des cas (n=81), de façon **bilatérale** dans **67,7%** des cas (n=65). Une **cystectomie partielle** avait été réalisée dans **4,1%** des cas (n=4). (table 7)

Tableau 7: Geste digestif rectal

Geste digestif	n	%
shaving	71	72.4
résection discoïde	4	4.1
résection segmentaire	20	20.4
résection multiple	3	3.1

Une exérèse de lésion du ou des **ligaments utéro-sacrés ou du torus** était pratiquée dans **72,4%** des cas.

Une **stomie de protection** était réalisée dans **11,2%** des cas (n=11), **par le chirurgien viscéral** dans **81%** des cas (n=9). **Toutes les stomies avaient été réalisées dans un contexte de résection segmentaire. 50% des cas de résections segmentaires ont été protégés (n=20)**, le seul cas de résection multiple a également fait l'objet d'une protection.

Une **colpectomie** a été réalisée dans **14.6%** des cas (n=14), **associée systématiquement à une stomie préventive en cas de résection segmentaire (n=3)**. Lorsqu'elle était associée à un traitement conservateur, il n'avait pas été réalisé de stomie.

Une **hystérectomie** avait été réalisée dans **17,3%** des cas (n=17), **associée à une résection segmentaire pour 5 cas dont 4 ayant fait l'objet d'une stomie de protection.**

Une **omentoplastie** a été réalisée dans **4,1%** des cas (n=4) parmi lesquelles n=2 résections segmentaires, n=1 résection discoïde et n=1 shaving.

La durée moyenne d'hospitalisation après la chirurgie était de 5,3 jours (écart type + 6,3).

Tableau 8: Gestes chirurgicaux associés

Gestes gynécologiques associés	n	%
aucun	2	2.0
kystectomie	29	29.6
annexectomie unilatérale	9	9.2
annexectomie bilatérale	10	10.2
hystérectomie	17	17.3
colpectomie	14	14.3
ligaments utéro-sacrés, torus	71	72.4
péritonectomie vésico-utérine	16	16.3
péritonectomie autre	42	42.9
Salpingectomie (uni ou bilatérale)	21	21.4
nodule pariétal	2	2
épreuve de perméabilité tubaire	30	30.6
myomectomie	2	2
Gestes digestifs associés	n	%
aucun	73	74.5
résection grêle	1	1.0
adhésiolyse	23	23.5
appendicectomie	1	1.0
Gestes urologiques associés	n	%
aucun	12	12.2
cystectomie partielle	4	4.1
urétérolyse unilatérale	15	15.3
urétérolyse bilatérale	66	67.7
réimplantation urétérale	0	0
Résection diaphragmatique	1	1

Tableau 9: Gestes de protection digestive associés

Geste de protection	n	%
stomie	11	11.2
ileostomie	2	2
colostomie	9	9.2
omentoplastie	4	4.1

Complications post opératoires

Les complications post-opératoires étaient répertoriées selon la classification de Clavien-Dindo. 19,4% des patientes (n=19) ont présenté une complication post opératoire, dont 4,1% (n=4) de grade 3b représentant également les patientes ayant nécessité une reprise chirurgicale. (tables 10 et 11)

7,1% des patientes (n=7) ont présenté une **rétenction chronique d'urine** ayant nécessité la mise en place de sondages intermittents de façon transitoire dont n=1 a fait l'objet d'une **reprise chirurgicale** pour drainage d'une collection paravésicale avec mise en place d'une dérivation urinaire par sonde double J.

3% des patients (n=3) ont présenté un **abcès** dont n=1 patiente a nécessité une **reprise chirurgicale**.

N=1 patiente a présenté une **fistule salpingo-rectale** ayant nécessité une reprise. N=1 patiente a présenté un **hématome pelvien** traité médicalement.

Aucun cas de fistule recto vaginale n'a été constaté.

Tableau 10: Complications post-opératoires selon la classification de Clavien-Dindo

Clavien-Dindo	n	%
pas de complication	76	77.6
1	11	11.2
2	7	7.1
3a	0	0
3b	4	4.1
4a	0	0
4b	0	0
5	0	0

Tableau 11: Complications post opératoire

Complications	n	%
hématome	1	1.0
abcès	3	3.1
fistule	1	1.0
fistule recto-vaginale	0	0.0
fistule salpingo-rectale	1	1.0
fistule vésico-vaginale	0	0.0
péritonite	0	0.0
rétention chronique d'urine	7	7.1
sténose anastomotique	0	0.0
médicale (fièvre, infection urinaire...)	4	4.1
Total	19	19.4

Analyse statistique : croisement des variables

L'analyse statistique pour le croisement des variables a été réalisée par un test exact de Fisher.

Prise en charge multidisciplinaire :

Le recours à une **prise en charge chirurgicale multidisciplinaire** semblait **statistiquement corrélé à la profondeur d'atteinte à l'échoendoscopie (de façon significative)**, et au caractère multiple des lésions (non significatif) : **plus une lésion semblait profonde à l'écho-endoscopie plus le recours à un chirurgien viscéral en per opératoire était fréquent.** (table 12)

Le **type de résection** réalisée semblait **corrélé à la taille de la lésion à l'écho endoscopie rectale** (de façon non significative, **p=0,87**) mais pas à la taille évaluée à l'IRM. (table 13)

La **prise en charge per opératoire multidisciplinaire** était **statistiquement corrélée à la complexité du geste digestif réalisé (p < 0,0001)**. 75% des résections discoïdes (n=3 sur 4), et

85% des résections segmentaires (n=17 sur 20) ont été assurées par le chirurgien viscéral. (table 14).

La patiente ayant eu une résection discoïde réalisée par le chirurgien gynécologue seul a présenté une complication de grade 3b à type de désunion de suture compliquée d'un abcès ayant nécessité une reprise chirurgicale avec mise en place d'une stomie temporaire de dérivation.

Il n'y avait pas de complication post-opératoire chez les 3 patientes ayant eu une résection segmentaire réalisées par le chirurgien gynécologue.

Tableau 12: Croisement des données prise en charge multidisciplinaire en fonction des caractéristiques des lésions

Prise en charge Multidisciplinaire					
	oui		non		
	n	%	n	%	
localisations multiples					p = 0,07
localisation unique	23	41.8	32	58.2	
localisation multiple	12	66.7	6	33.3	
IRM : distance à la marge anale	n	%	n	%	
NSP	13	37.1	22	62.9	p = 0.82
8-10 cm	3	42.9	4	57.1	
10-12 cm	2	50.0	2	50	
12 - 15 cm	2	28.6	5	71.4	
15 - 18 cm (chamrière)	12	46.2	14	53.8	
caecum	1	100.0	0	0	
Echo endoscopie : profondeur atteinte	n	%	n	%	
pas d'atteinte	3	23.1	10	76.9	p = 0.05
séreuse	5	27.8	13	72.2	
muscleuse	14	56.0	11	44	
muqueuse	10	66.7	5	33.3	

Tableau 13: Croisement des données geste réalisé en fonction de la taille des lésions

Geste digestif rectal					
	shaving	discoïde	résection	résection multiple	
Echo endoscopie					p = 0.87
taille moyenne (mm)	13.1 +/- 10.6	12.30+/-13.2	20.0+/-25.3	13.3+/-4.2	
IRM					p = 0.07
taille moyenne (mm)	17.8+/- 9.9	32.7+/-24.1	31.1+/-22.8	20.0+/-20.0	

Tableau 14: Croisement de variables - geste digestif en fonction de la prise en charge multidisciplinaire

Geste digestif rectal; p < 0.0001								
	shaving		discoïde		segmentaire		résection multiple	
multidisciplinaire	n	%	n	%	n	%	n	%
non	57	80.3	1	25	3	15	1	33.3
oui	14	19.7	3	75	17	85	2	66.7

Complications post opératoires :

L'absence de complication semblait **significativement plus fréquente** en cas de **shaving (85,9%)** par rapport aux autres gestes digestifs (p=0,008), **en l'absence de stomie (p=0,002) ou d'omentoplastie (p=0,03)** (Figure).

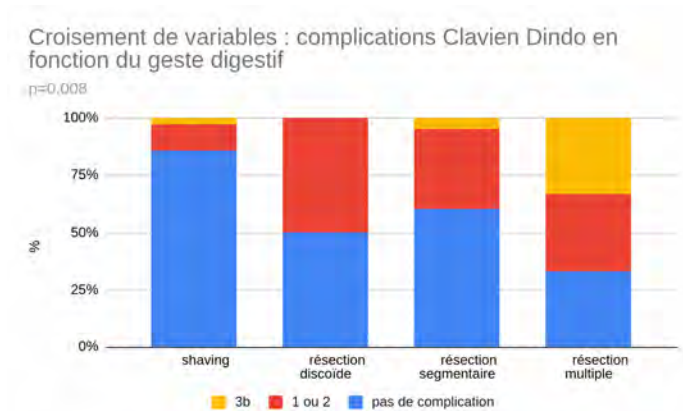


Figure 8: Croisement de variables : complications selon Clavien Dindo en fonction du geste digestif

Les complications de grade 1 et 2 semblaient **plus fréquentes de façon significative** en cas de prise en charge **multidisciplinaire (33,3% versus 9,7%)** et de façon **non significative en cas de présentation du dossier en RCP.** (Figure)

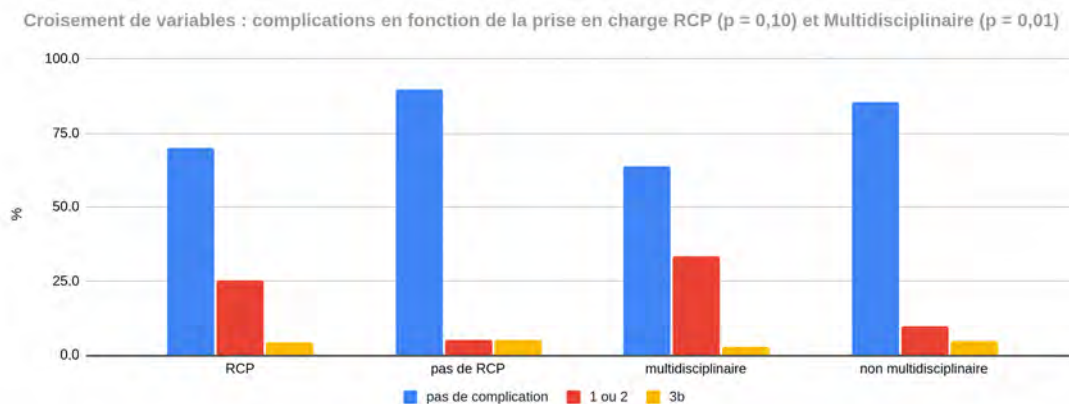


Figure 9: Croisement de variables : complications en fonction de la prise en charge multidisciplinaire et de la présentation en RCP

Tableau 15: Croisement de variables - Complications selon Clavien Dindo en fonction de la prise en charge multidisciplinaire per opératoire

Complications selon Clavien Dindo							
	pas de complication		grade 1 ou 2		grade 3b		
Multidisciplinaire	n	%	n	%	n	%	n
							p = 0.01
oui	23	63.9	12	33.3	1	2.8	36
non	53	85.5	6	9.7	3	4.8	62
total	76		18		4		98

L'absence de complications était **significativement plus fréquente** en cas de lésion < 20mm à l'évaluation IRM (p=0,01). (Figure)

Croisement complications selon Clavien Dindo en fonction de la taille de la lésion à l'IRM - p= 0,01

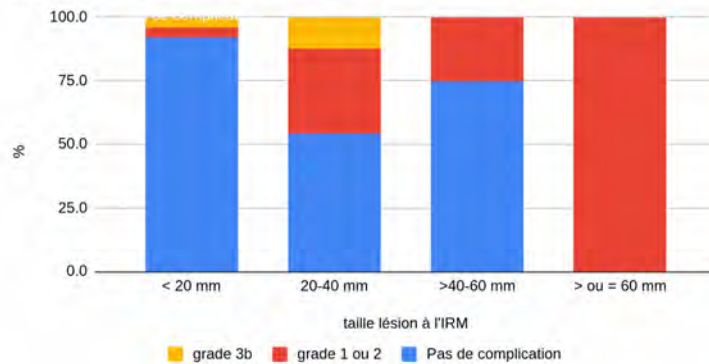


Figure 10: Croisement de variables : complications en fonction de la la taille des lésions à l'IRM

Rétention chronique d'urine post opératoire :

La rétention chronique d'urine représentait la complication post opératoire la plus fréquente (cf supra).

La présence de symptômes urinaires pré opératoires, et notamment de dysurie, semblait associée à une survenue plus fréquente de rétention post opératoire, mais de façon non significative.

Tableau 16: Croisement de variables - rétention urinaire chronique en fonction de la symptomatologie urinaire pré opératoire

	Rétention Urinaire Chronique				p	
	non		oui			
symptômes urinaires	n	%	n	%		missing
non	65	94.2	4	5.8	0.37	5
oui	21	87.5	3	12.5		
	n	%			n	missing
pollakiurie					1	
non	79	91.9	7	8.1		
oui	7	100.0	0	0		
dysurie					0.13	
non	71	94.7	4	5.3		
oui	15	83.3	3	16.7		
douleurs mictionnelles					1	
non	81	92	7	8		
oui	5	100	0	0		

DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective descriptive sur l'évaluation de la prise en charge multidisciplinaire d'une cohorte de 98 patientes atteintes d'endométriose pelvienne profonde avec localisation digestive, sur les unités du service de chirurgie gynécologique du centre hospitalier universitaire de Toulouse, du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2020.

Elle rend compte de l'évolution des pratiques et met en évidence une amélioration de la qualité des soins se traduisant par une nette diminution des complications post opératoires avec un taux de complications globales de 19,4% et de complications sévères (grades 3 et 4 selon la classification de Clavien Dindo (16,17)) de 4,1%, ce qui semble comparable aux résultats décrits dans la littérature (18,19).

Dans le cadre de l'évaluation de la mise en place du parcours de soin fléché multidisciplinaire, nous avons comparé nos résultats à ceux de l'étude de Gornes et al. (15) : il s'agissait d'une cohorte de 164 patientes prises en charge dans le même centre, du 1er janvier 2012 au 1er janvier 2018, avant mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire. **Les taux de complications globales et sévères s'élevaient alors respectivement à 37,8% et 19,5%.**

La **présentation des dossiers en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) s'est généralisée**, avec **68,3% de dossiers** ayant fait l'objet d'une évaluation collégiale, **contre 13,6% sur la précédente cohorte. Le nombre d'interventions réalisées conjointement avec un chirurgien viscéral a doublé : 36,7% contre 16,5%** auparavant. Une étude rétrospective publiée par Roman et al en 2020 retrouvait un taux comparable de 38,1% d'intervention du chirurgien viscéral (20).

Prise en charge chirurgicale

Technique chirurgicale :

On observe une modification des pratiques chirurgicales : **le traitement conservateur par shaving rectal est devenu largement prédominant (72,4% versus 52,4%)**. La résection segmentaire reste la technique de choix pour les envahissements profonds (20,4% versus 28,7%), tandis que le recours à la résection discoïde (4,1% versus 9,1%) et à la résection multiple (3,1% versus 9,8%) a nettement diminué pour devenir marginal, ce qui semble concordant des données récentes de la littérature (21). Si la prise en charge de l'endométriose colorectale a longtemps été

dominée par une approche radicale (22), une étude multicentrique française par Roman et al., réalisée sur 56 centres sur l'année 2015 retrouvait également une tendance à l'augmentation des traitements conservateurs (9).

Dans notre étude, lorsqu'un shaving était réalisé en présence d'un chirurgien viscéral (n=16), le geste était effectué par le gynécologue. En revanche, les résections discoïdes (n=4) et segmentaires (n=20) étaient effectuées dans respectivement 75% et 85% des cas par le chirurgien viscéral, une stomie de protection était mise en place au cas par cas.

Il n'existe actuellement pas de recommandation stricte sur le choix de la technique chirurgicale à adopter en fonction des caractéristiques pré et per opératoire des lésions. L'évaluation pré opératoire par l'association échographie endorectale et coloscopie apparaît comme un bon outil pour la caractérisation fine des lésions (distance à la marge anale, taille, degré d'infiltration transmurale, étendue circonférentielle) et permettrait de prédire la technique chirurgicale la plus adaptée (21). Nos résultats semblent montrer, de façon non significative ($p = 0,87$), que la taille de la lésion à l'échographie endorectale est corrélée au type de résection réalisée.

De nombreux auteurs s'accordent à penser qu'une lésion de plus de 3 cm avec atteinte circonférentielle de plus de 50% ou une atteinte multiple devraient faire l'objet d'une résection segmentaire systématique (8,18,21,23-25). Toutefois, une étude rétrospective de faible effectif a montré qu'une résection discoïde était réalisable sur des lésions plus étendues (58+/-9mm) (26). De plus, une étude randomisée traitement conservateur versus résection segmentaire portant sur 55 patientes présentant une lésion de taille supérieure à 20mm avec atteinte circonférentielle de plus de 50% et atteinte de la musculuse n'a pas mis en évidence de différence significative en terme d'efficacité à long terme et de séquelles fonctionnelles (27).

On tend donc actuellement à limiter le recours à la résection segmentaire, faisant du traitement conservateur le traitement de référence. Cependant, aucune recommandation n'est établie sur la technique chirurgicale à réaliser, ce qui justifie d'autant plus la nécessité d'une réunion de concertation pluridisciplinaire et l'avis voire le geste d'un chirurgien viscéral en per opératoire.

Mesures de protection associées

On constate un recours plus fréquent à une stomie préventive en cas de résection segmentaire, de 50% des cas versus 34% sur la cohorte précédente. La décision de réaliser une stomie de dérivation était fonction des constats per opératoire, et du contexte (âge, parité, symptômes, troubles de la fertilité..). L'ouverture vaginale, la proximité des sutures vaginales et rectales, un test à l'air non satisfaisant constituaient des éléments en faveur de la réalisation d'une stomie de protection. La mise en place d'une stomie de dérivation est actuellement

recommandée par la Haute Autorité de Santé au cas par cas pour les chirurgies d'endométriose avec atteinte digestive (2).

Plusieurs études de cohorte menées sur des patients ayant bénéficié d'une résection digestive pour cancer colorectal ne mettaient pas en évidence de bénéfice sur la prévalence des fuites anastomotiques mais cependant une diminution du taux de reprise chirurgicale pour péritonite dans le groupe de patients ayant eu une stomie à 8,6% vs 25,4% (28,29).

Une étude rétrospective publiée en 2021 par Roman et al (30) sur l'impact d'un usage plus restrictif de la stomie de protection, en cas de résection digestive avec ouverture de la lumière rectale associée à une colpectomie partielle, n'a pas mis en évidence d'augmentation du taux de fistule, bien que le recours à la stomie ait été réduit de plus de moitié. Seule une suture rectale située à moins de 8cm de la marge anale apparaît selon cette étude comme un facteur de risque élevé de fistule rectovaginale (RR=3) indépendamment de la réalisation d'une stomie de protection, du type de résection rectale et de l'extension de l'atteinte vaginale. La décision de réaliser une stomie devrait probablement être pondérée par ce facteur de risque mis en balance avec les inconvénients liés à la stomie (risques propres de complications, second temps chirurgical de fermeture, altération de la qualité de vie, préjudice esthétique et social...).

Une omentoplastie avait été réalisée dans 4,3% des cas (n=4 dont 1 association colpectomie résection discoïde, et 1 association colpectomie résection segmentaire), sans complication associée de type abcès ou fistule. Une étude rétrospective menée par Merad et al (31) sur 705 patients ayant eu une résection digestive dans le cadre d'une pathologie colorectale n'a pas permis de mettre en évidence de bénéfice de l'omentoplastie sur le risque de fuite anastomotique. La réalisation d'une omentoplastie reste envisageable au cas par cas selon les recommandations internationales (14).

Gestes chirurgicaux associés, urinaires et gynécologiques

Une **urétérolyse** avait été réalisée dans **84,3%** des cas, geste dont le recours paraît quasi systématique du fait des phénomènes de fibroses et de rétraction de l'anatomie pelvienne venant déformer le trajet normal de l'uretère et pouvant être responsable d'un sur-risque de lésion urétérale per opératoire en l'absence d'urétérolyse. Selon Donnez et al, une atteinte urétérale extrinsèque, serait associée à 11,2% des lésions de plus de 3cm de la cloison recto-vaginale (32).

Une hystérectomie était réalisée dans 17,7% des cas, contre 14,6% pour la cohorte de comparaison. Une étude rétrospective publiée en 2020 et portant sur 1102 patientes retrouvait un taux comparable de 15,4% (33).

Complications post opératoires :

La rétention chronique d'urine nécessitant un sondage vésical intermittent était la complication la plus fréquemment observée dans notre cohorte : 7,1% des cas (n=7), soit 36,8% de l'ensemble des complications. Ce taux est légèrement inférieur aux 9,1% de cas sur la précédente cohorte. Elle concernait 7% des shavings, et 10% des résections segmentaires. Il n'a pas été observé de cas sur les résections discoïdes ou multiples. **La présence de symptômes urinaires pré opératoires, et notamment de dysurie, semblait associée à une survenue plus fréquente de rétention post opératoire, mais de façon non significative.**

Ces valeurs sont au-delà des résultats de la littérature puisqu'une méta analyse a montré que le shaving est significativement moins associé au trouble de la vidange vésicale post opératoire par rapport à la résection discoïde et segmentaire avec un risque respectif de 2,4%, 7,5% et 10,1% (34). La dysfonction vésicale s'explique par l'atteinte des nerfs hypogastriques inférieurs au décours de la dissection des ligaments utéro-sacrés, du para-cervix ou de l'espace para-rectal, avec un risque majoré en cas de dissection bilatérale, mais également par une atteinte pré opératoire liée aux lésions d'endométriose. Dans notre étude il n'avait pas été réalisé de bilan urodynamique systématique pré opératoire.

Compte tenu de l'effectif très réduit du sous groupe de patientes ayant présenté une rétention post opératoire (n=7), il est difficile d'établir un lien statistique entre les symptômes pré opératoires, la taille des lésions à l'écho endoscopie, leur topographie à l'IRM et le risque de survenue de ce type de complication. On note toutefois que la taille moyenne des lésions à l'écho endoscopie rectale chez les patientes ayant présenté une rétention était supérieure à la taille moyenne des lésions sur la cohorte, de 22mm versus 14,7mm. Une atteinte du torus était systématiquement décrite à l'IRM, tandis que l'atteinte des ligaments utéro sacrés n'était décrite que dans 3 cas. Une résection du ligament utéro sacré avait été réalisée dans 85,7% des cas de rétention, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de la cohorte.

Dans notre étude, 3% des patientes (n=3) ont présenté un abcès, dont 1 ayant nécessité une reprise chirurgicale, ce qui semble comparable aux données de la littérature avec des taux de 1,2% à 3,4% (9,20). Une patiente avait bénéficié d'un shaving, une autre d'un shaving associé à une résection discoïde, et enfin une troisième avait eu une résection multiple (segmentaire rectale et iléo caecale) associée à une iléostomie de protection.

Aucun cas de fistule recto-vaginale n'a été observé sur notre cohorte. L'étude réalisée par Gornes et al sur la précédente cohorte retrouvait un taux de fistule recto-vaginale de 9,8% et avait permis d'identifier un sur risque significatif de fistule recto-vaginale en cas de colpectomie associée à une résection segmentaire (15). Sur cette cohorte, n=14 colpectomies ont été réalisées,

dont n=3 dans un contexte de résection segmentaire associée à une colostomie de protection : **l'effectif limité pourrait être un facteur expliquant l'absence de complication observée.** Une étude rétrospective menée sur 1102 patientes et publiée par Roman et al (33) en 2020 a mis en évidence un taux de fistules digestives de 3,4% dont 62,2% de fistules recto-vaginales et 37,8% de fuites anastomotiques. Les fuites anastomotiques étaient cliniquement plus sévères (péritonite stercorale, sepsis) que les fistules recto-vaginales mais de résolution chirurgicale plus simple et plus rapide. Le principal facteur de risque retrouvé était l'ouverture de la lumière digestive indépendamment de la taille du nodule, l'ouverture vaginale et l'hystérectomie n'apparaissent pas comme un facteur de risque de fistule recto-vaginale (OR non significatif de 1,9). Le risque de fistule était corrélé à la technique chirurgicale avec un OR = 1 pour le shaving (0,9%), 6,8 pour la résection discoïde (6,3%), 4,8 pour la résection segmentaire rectale (3,8%) et 11 pour l'association résection discoïde et segmentaire sigmoïdienne (9,3%).

Aucun cas de sténose digestive n'a été recensé dans cette étude, ce qui peut s'expliquer par l'effectif réduit des résections segmentaires. Une étude rétrospective réalisée par Bertocchi et al. sur 1643 patientes ayant bénéficié d'une résection rectosigmoïdienne pour atteinte endométriosique a mis en évidence un taux de sténose de 6,3% (35). Une étude rétrospective publiée en 2021 par Braund et al. (25) sur une cohorte de patientes prises en charge par résection segmentaire (n=266) ou exérèse discoïde (n=165), retrouvait un taux de sténose digestive de 8,6% dans le groupe résection segmentaire, aucun cas n'avait été mis en évidence dans le groupe discoïde (p< 0,001).

Evaluation de la prise en charge multidisciplinaire :

Depuis la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire, **les taux de complications globaux et sévères ont été divisés respectivement par 1,9 et 4,7** (19,4% versus 37,8%, et 4,1% versus 19,5%) : **on objective donc une amélioration de la qualité des soins sur le versant des complications post opératoires.**

Cependant, les deux cohortes étudiées ne semblent pas comparables en tout point, notamment sur la taille moyenne des lésions constatée à l'échographie endorectale, qui était deux fois plus faible sur notre cohorte (14,7mm +/- 16,2mm contre 28,1mm +/- 16,9mm). Or la taille des lésions est un des principaux déterminants du type de résection à adopter, les résections segmentaires réalisées sur des lésions plus étendues étant plus à risque de complications sévères.

Dans leur étude, Gornes et al. (15) avaient d'ailleurs estimé que leurs taux importants de complications post opératoires pouvaient s'expliquer en partie par les caractéristiques des lésions

dont la taille semblait en moyenne supérieure à celles décrites dans la littérature.

Dans notre étude, les complications étaient significativement plus fréquentes en cas de prise en charge multidisciplinaire ($p=0,01$), et de gestes de protection (stomie $p=0,002$, omentoplastie $p=0,03$). Nous avons vu dans les résultats que **la prise en charge multidisciplinaire per opératoire** était corrélée de façon statistiquement significative au degré d'envahissement de la lésion, et à sa taille à l'écho endoscopie : elle **dépend donc de la sévérité de la pathologie initiale**. De plus, **le chirurgien viscéral réalisait dans la majorité des cas les gestes de résection discoïdes et segmentaires qui sont les plus à risque de complications post opératoires**, ce qui semble étayé par nos résultats puisque l'absence de complication était significativement plus fréquente en cas de traitement conservateur par shaving ($p=0,008$).

Il semble donc logique d'observer un taux de complications significativement plus important dans la prise en charge multidisciplinaire du fait du sur risque inhérent à la sévérité de la pathologie initiale et aux risques liés aux gestes chirurgicaux non conservateurs pratiqués majoritairement par le chirurgien viscéral.

De plus, la majorité des complications survenue dans le contexte de prise en charge multidisciplinaire était représentée par des complications de grade 1 et 2 (33,3% contre 2,8% de grades 3b). Les complications de grade 1 sont des complications classiques attendues en post opératoire, qui comprennent la douleur, les nausées vomissements, les troubles de la cicatrisation... Les complications de grade 2, dont fait partie la rétention chronique d'urine, sont représentées par les événements nécessitant une prise en charge médicale sans intervention chirurgicale. **L'objet de la prise en charge multidisciplinaire a donc été de limiter les taux de complications sévères.** Selon Wolthuis et al (8), l'intervention per opératoire d'un chirurgien colorectal qualifié permet d'évaluer les possibilités d'exérèse in sano avec ou sans effraction de la lumière digestive, le risque de dénervation et de dévascularisation et donc d'appréhender au mieux la balance efficacité - complications - pronostic fonctionnel.

Concernant l'efficacité chirurgicale, les patientes décrivaient une **amélioration post opératoire dans 91% des cas**, cependant il n'avait pas été réalisé de score comparatif avant / après permettant de quantifier plus précisément ce bénéfice.

Faiblesses de l'étude:

Les principales faiblesses de notre étude sont représentées par son caractère rétrospectif et le plus faible effectif de la cohorte pouvant expliquer l'absence de certains événements tels que les fistules ou les sténoses.

De plus, les différences constatées sur la taille des lésions entre les deux cohortes représentent un biais expliquant en partie les différences sur les taux de complications sévères.

Cette étude s'est intéressée aux complications post opératoires immédiates mais ne permet pas d'évaluer précisément les troubles fonctionnels séquellaires de la chirurgie, notamment mictionnels, défécatoires et douloureux.

Au final, **une des faiblesses de notre étude** réside dans le fait qu'il n'a pas été réalisé **systématiquement de questionnaire de qualité de vie** permettant de quantifier l'amélioration ou l'impact des séquelles post opératoires. En ce sens, il conviendrait sur une prochaine étude d'inclure systématiquement des scores de qualité de vie tels que l'EHP-5 (Endometriosis Health Profile - 5) qui est une échelle simple d'utilisation et d'interprétation, et qui a fait ses preuves dans l'évaluation de la prise en charge médico chirurgicale de l'endométriose (36–38), ou encore le SAQ (Sexual Activity Questionnaire) pour la qualité de vie sexuelle (39).

Perspectives d'amélioration:

Comme il a été dit précédemment, les troubles rétentionnels urinaires représentaient la complication la plus fréquente, il est cependant difficile d'évaluer en l'absence de scores comparatifs pré et post opératoires, et de bilan urodynamique pré opératoire systématique, la part imputable à la chirurgie concernant ce type de complication.

La prévalence des troubles vésicaux pré opératoires est difficile à évaluer tant les valeurs sont variables entre les différentes études (40–42). **Des questionnaires tels que le BFLUTS** (Bristol Female Urinary Tract Symptom Questionnaire) (43), l'**IPSS** (International Prostate Symptom Score), ou encore l'**USP** (Urinary Symptom Profile), qui n'ont cependant pas été validés dans le contexte spécifique de l'endométriose pelvienne profonde, **permettraient d'évaluer l'atteinte pré opératoire, les séquelles post opératoires ainsi que leur évolution dans le temps** (42,44,45).

De même, cette étude n'a pas permis de caractériser les troubles fonctionnels digestifs séquellaires de part l'absence de score d'évaluation spécifique pré et post opératoires. Le Low Anterior Resection Syndrom (LARS) est un syndrome bien connu en chirurgie colorectale, résultant d'une résection rectale antérieure basse, et définie par des symptômes digestifs fonctionnels à type d'incontinence aux gaz et aux matières, de dyschésie, de modification de la fréquence des selles, ou d'envie urgente, ayant un impact sur la qualité de vie (46). Dans le cadre d'une endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive, ce type de symptomatologie peut

résulter de la pathologie par atteinte des plexus hypogastriques ou des séquelles chirurgicales. L'utilisation du LARS score (47), développé initialement dans le cadre de la chirurgie oncologique colo-rectale (48), s'est généralisée aux pathologies bénignes, et permet de rendre compte de la sévérité des symptômes et de leur impact sur la qualité de vie. Dans une étude rétrospective, Farella et al. (49) retrouvait des troubles digestifs post opératoires plus importants dans le groupe résection segmentaire en comparaison au traitement conservateur. De même, une étude rétrospective par Klapczynski et al. (50) publiée en 2020 et portant sur 80 patientes ayant bénéficié d'une résection discoïde par voie transanale retrouvait des signes majeurs de LARS dans 15% des cas. Cependant, une étude rétrospective par Bokor et al (51) portant sur 205 patientes objectivait des scores LARS comparables entre les bras résection discoïde et segmentaire si cette dernière était réalisée selon la technique du nerve and vessel sparing, consistant à repérer et épargner les structures nerveuses hypogastriques para rectales.

Le **nerve and vessel sparing**, développé initialement en oncologie, apparaît aujourd'hui comme une technique chirurgicale indispensable à la préservation des plexus hypogastriques permettant de limiter les symptômes fonctionnels urinaires, digestifs et sexuels, et d'améliorer la qualité de vie des patientes (52–55). Dans notre étude, il n'avait pas été précisé si cette technique était spécifiquement employée.

Le repérage peropératoire des nerfs, des plexus et des structures vasculaires par l'injection intra veineuse de vert d'indocyanine et sa détection per opératoire par fluorescence est une technique adaptée récemment à l'endométriose pelvienne profonde qui permettrait de réaliser une individualisation précise des structures nobles et des lésions d'endométriose, ce qui devrait aboutir à des résections plus fines des lésions tout en réduisant le risque fonctionnel iatrogène (56,57). Enfin, de nouvelles techniques d'imagerie fusionnant les données IRM et échographiques sont en cours de développement pour la caractérisation des rapports précis entre les structures nerveuses et les lésions, ce qui permettrait d'appréhender le risque neurologique induit par une exérèse trop complète ou bilatérale (58).

Autres bénéfices attendus du parcours de soin pluridisciplinaire

La prise en charge collégiale des dossiers d'endométriose pelvienne profonde fait l'objet, comme nous l'avons dit précédemment, de recommandations nationales et internationales, à l'instar de ce qui est réalisé en cancérologie depuis près d'une trentaine d'années. La BSGE (British Society of Gynaecological Endoscopy) a d'ailleurs établi en ce sens un certain nombre de critères requis permettant l'accréditation des centres experts : prise en charge multidisciplinaire, soins de support, recueil des données avec follow-up sur une période minimale de 2 ans, activité suffisante au maintien d'une expertise chirurgicale, accréditation individuelle des chirurgiens

(59).

Dans une revue de la littérature par Ugwumadu et al (6), l'approche multidisciplinaire permettrait aux praticiens d'améliorer leurs compétences, de pouvoir s'investir sur des dossiers plus complexes, elle favoriserait l'apprentissage médico-chirurgical, la formation des étudiants et l'activité de recherche. D'autre part, elle permet de standardiser et de rationaliser le parcours des patientes, ce qui semble jouer un rôle important en termes d'efficacité de la prise en charge mais également d'efficience. L'étude ENDOCOST publiée en 2011 (60) a montré que le coût économique lié à la perte de productivité des patientes souffrant d'endométriose pelvienne profonde était 2 fois plus important que celui d'une prise en charge multidisciplinaire, et représenterait un coût total pour la société d'environ 10 000 euros par patiente et par an, qui serait comparable à celui généré par d'autres pathologies chroniques telles que le diabète de type 2, la maladie de Crohn ou encore la polyarthrite rhumatoïde (61). Une étude américaine publiée en 2020 par Surrey et al (62) montrait d'ailleurs que ce coût était d'autant plus important que le délai de prise en charge était long.

CONCLUSION :

Cette étude a mis en évidence une amélioration significative de la qualité des soins, depuis la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire, avec une diminution du taux de complications post opératoires sévères dans la prise en charge des patientes présentant une endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive.

Compte tenu du faible effectif de la cohorte et des nombreux facteurs de confusion possibles, il est difficile d'affirmer que la prise en charge multidisciplinaire est seule responsable de ce progrès.

En effet, la généralisation d'une prise en charge collégiale avec présentation des dossiers en réunion de concertation pluridisciplinaire, relecture systématique de l'imagerie, recours aux examens complémentaires tels que l'écho-endoscopie rectale, permettent, en amont de la chirurgie, d'anticiper et d'appréhender les éventuelles difficultés qui seront rencontrées en cours d'intervention. La présence d'un chirurgien viscéral en per opératoire permet d'apporter une expertise supplémentaire quant au type de résection à adopter, avec une majoration, dans notre étude, des gestes digestifs conservateurs. Le recours au chirurgien digestif semble demandé pour des atteintes endométriosiques plus sévères.

Il conviendrait à l'avenir d'analyser de façon systématique en pré et post opératoire, les troubles fonctionnels des patientes par le recours à des questionnaires de qualité de vie multidisciplinaires permettant d'établir des scores dédiés, afin d'objectiver plus précisément le bénéfice de la chirurgie et sa répercussion fonctionnelle.

La présente a été imprimée
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse - Purpan



Didier CARRIÉ

PR. Charlotte VAYSSE
Chirurgie Oncologique-Sénologique
Département de Chirurgie
1 avenue Irène Joliot-Curie

IUCT-O
31059 TOULOUSE Cedex 9
RPPS 10100377083 - Finess 31078 2317



ANNEXE

Annexe 1 : Résultats complémentaires pour la cohorte de patientes de 2018-2020

Tableau 17: Voie d'abord (n=98)

Voie d'abord	n	%
coelioscopie	81	82.7
coelioscopie robot assistée	9	9.2
laparotomie	8	8.2
laparoconversion	7	7.1

Tableau 18: Prise en charge multidisciplinaire

Prise en charge	n	%
multidisciplinaire	36	36.7
RCP	67	77

Annexe 2: Résultats pour la cohorte de patientes de 2012 à 2018

Tableau 19: Caractéristiques des patientes pour la cohorte 2012-2018 (n=98)

Caractéristiques	moyenne	écart-type
IMC (kg/m²)	21.7	4.9
Age (années)	34.4	6.3
	n	%
Parité au primo diagnostic		
nulligeste	108	67.1
primipare	28	17.4
multipare	25	15.5
Césarienne	13	7.9
Antécédent de chirurgie abdominale		
oui	99	60.4
Antécédent de chirurgie pour endométriose		
non	87	53
1	43	26.2
2	19	11.6
> ou = 3	15	9.2
Traitement néo adjuvant : n (%)		
aucun	23	14.3
microprogestatif	1	0.6
macroprogestatif	7	4.3
DIU progestatif	4	4.1
analogues de la GnRH	130	80.7
ASA :		
1	93	85.3
2	16	14.7
Tabac :		
oui	41	32.8
Motif de consultation :		
symptomes	156	95.1
infertilité	50	30.5

Tableau 20: Profondeur de l'atteinte en écho-endoscopie et en coloscopie pour la cohorte 2012-2018

Caractéristiques des lésions		
Coloscopie	n	%
pas d'atteinte	70	51.5
atteinte visible	39	28.7
sténose digestive	20	14.7
compression extrinsèque	7	5.1
Profondeur d'envahissement		
pas d'atteinte	40	26.7
séreuse	32	21.3
musculaire	27	18
muqueuse	51	34.0

Tableau 21: Caractéristiques des lésions à l'échographie endorectale pour la cohorte 2012-2018

Caractéristiques des lésions à l'échographie endorectale pour la cohorte 2012-2018		
Caractéristiques des lésions	moyenne	écart-type
Taille	28,1 mm	16,9 mm
Distance à la marge anale	11,8 cm	5,4 cm

Annexe 3 : Classification des complications post opératoires selon Clavien Dindo

Grade 1
Toute déviation des suites post opératoires sans utilisation de médicaments (autres que ceux listés ci-dessous) ou d'intervention chirurgicale, endoscopique ou radiologique. Les médicaments tels que antiémétiques, antipyrétiques, analgésiques, diurétiques, électrolytes sont autorisés, de même que la physiothérapie. Ce grade inclut aussi l'ouverture de la plaie pour drainage d'un abcès sous-cutané au lit du malade.
Grade 2
Complication nécessitant un traitement médicamenteux, y compris la transfusion de sang/plasma ou l'introduction non planifiée d'une nutrition parentérale.
Grade 3
3a : Complication nécessitant une intervention chirurgicale, endoscopique, ou radiologique en anesthésie autre que générale 3b : Complication nécessitant une intervention chirurgicale, endoscopique ou radiologique en anesthésie générale
Grade 4
Complication vitale nécessitant un séjour aux soins intensifs 4a : Dysfonction d'un seul organe (y compris dialyse) 4b : Dysfonction multiviscérale
Grade 5
Décès du patient

Annexe 4 : Score AFSr (American Fertility Society revised)

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'endométriose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriose minimale	1 - 5
Stade II	endométriose modérée	6 - 15
Stade III	endométriose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriose sévère	> 41

Annexe 5 : Score EFI (Endometriosis Fertility Index)

LEAST FUNCTION (LF) SCORE AT CONCLUSION OF SURGERY

Scores	Description		Left	Right
4	= Normal	Fallopian Tube	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	= Mild Dysfunction	Fimbria	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	= Moderate Dysfunction	Ovary	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	= Severe Dysfunction			
0	= Absent or Nonfunctional			

To calculate the LF score, add together the lowest score for the left side and the lowest score for the right side. If an ovary is absent on one side, the LF score is obtained by doubling the lowest score on the side with the ovary.

Lowest Score	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
	Left		Right		LF Score

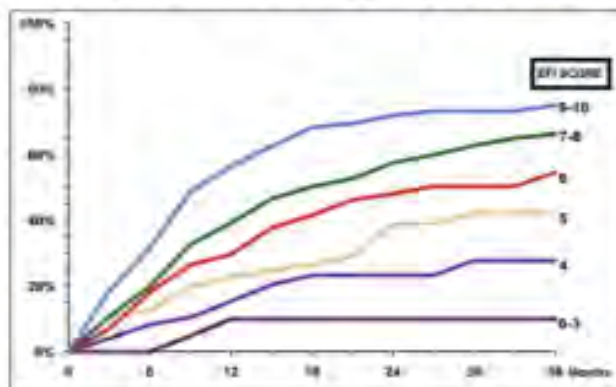
ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI)

Historical Factors			Surgical Factors		
Factor	Description	Points	Factor	Description	Points
Age	Age is ≤ 35 years	2	LF Score	If LF Score = 7 to 8 (high scores)	3
	Age is 36 to 39 years	1		If LF Score = 4 to 6 (moderate scores)	2
	Age is ≥ 40 years	0		If LF Score = 1 to 3 (low scores)	0
Years Infertile	If years infertile is ≤ 2	2	AFS Endometriosis Score	If AFS Endometriosis Lesion Score is < 15	1
	If years infertile is > 2	0		If AFS Endometriosis Lesion Score is ≥ 15	0
Prior Pregnancy	If there is a history of a prior pregnancy	1	AFS Total Score	If AFS total score is < 71	1
	If there is no history of prior pregnancy	0		If AFS total score is ≥ 71	0
Total Historical Factors			Total Surgical Factors		

EFI = TOTAL HISTORICAL FACTORS + TOTAL SURGICAL FACTORS

<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
Historical		Surgical		EFI Score

ESTIMATED PERCENT PREGNANT BY EFI SCORE



Annexe 6 : échelle de qualité de vie, score EHP-5 Endometriosis Health Profile

PARTIE 1

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

PARTIE 2

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

Annexe 7 : score LARS (Low Anterior Resection Syndrom)

Vous arrive-t-il d'avoir un gaz qui s'échappe alors que vous vouliez le retenir ?	
Non, jamais	0
Oui, moins d'une fois par semaine	4
Oui, au moins une fois par semaine	7
Avez-vous des fuites accidentelles de selles liquides ?	
Non, jamais	0
Oui, moins d'une fois par semaine	3
Oui, au moins une fois par semaine	3
Combien de fois par jour allez-vous aux toilettes pour évacuer des selles ?	
Plus de 7 fois par jour	4
4 à 7 fois par jour	2
1 à 3 fois par jour	0
Moins d'une fois par jour	5
Avez-vous besoin d'aller aux toilettes, puis d'y retourner moins d'une heure après ?	
Non, jamais	0
Oui, moins d'une fois par semaine	9
Oui, au moins une fois par semaine	11
Avez-vous des besoins urgents qui vous obligent à courir aux toilettes ?	
Non, jamais	0
Oui, moins d'une fois par semaine	11
Oui, au moins une fois par semaine	16

Résultats

0-20 : Pas de LARS

21-29 : LARS minime

30-42 : LARS important

BIBLIOGRAPHIE

1. Fritel X. [Endometriosis anatomoclinical entities]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. Avr 2007;36(2):113-8.
2. Prise en charge de l'endométriose, Méthode recommandations pour la pratique clinique, HAS, décembre 2017 [Internet]. RPC HAS. [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820459/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose-recommandations
3. Rolla E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Research*. 2019;8.
4. Eisenberg VH, Weil C, Chodick G, Shalev V. Epidemiology of endometriosis: a large population-based database study from a healthcare provider with 2 million members. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125(1):55-62.
5. McLeod BS, Retzliff MG. Epidemiology of endometriosis: an assessment of risk factors. *Clin Obstet Gynecol*. Juin 2010;53(2):389-96.
6. Ugwumadu L, Chakrabarti R, Williams-Brown E, Rendle J, Swift I, John B, et al. The role of the multidisciplinary team in the management of deep infiltrating endometriosis. *Gynecol Surg [Internet]*. 2017 [cité 23 avr 2021];14(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5570783/>
7. Ruffo G, Scopelliti F, Manzoni A, Sartori A, Rossini R, Ceccaroni M, et al. Long-Term Outcome after Laparoscopic Bowel Resections for Deep Infiltrating Endometriosis: A Single-Center Experience after 900 Cases. *BioMed Res Int [Internet]*. 2014 [cité 20 avr 2021];2014. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022010/>
8. Wolthuis AM, Meuleman C, Tomassetti C, D'Hooghe T, de Buck van Overstraeten A, D'Hoore A. Bowel endometriosis: colorectal surgeon's perspective in a multidisciplinary surgical team. *World J Gastroenterol*. 14 nov 2014;20(42):15616-23.
9. Roman H. A national snapshot of the surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum and colon in France in 2015: A multicenter series of 1135 cases. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 1 févr 2017;46(2):159-65.
10. Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and Infertility: A review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Déc 2012;39(4):535-49.
11. Bourgioti C, Preza O, Panourgias E, Chatoupis K, Antoniou A, Nikolaidou ME, et al. MR imaging of endometriosis: Spectrum of disease. *Diagn Interv Imaging*. 1 nov 2017;98(11):751-67.
12. Desplats V, Vitte R-L, du Cheyron J, Roseau G, Fauconnier A, Moryoussef F. Preoperative rectosigmoid endoscopic ultrasonography predicts the need for bowel resection in endometriosis. *World J Gastroenterol*. 14 févr 2019;25(6):696-706.
13. Roseau G. Recto-sigmoid endoscopic-ultrasonography in the staging of deep infiltrating endometriosis. *World J Gastrointest Endosc*. 16 nov 2014;6(11):525-33.
14. Working group of ESGE, ESHRE, and WES, Keckstein J, Becker CM, Canis M, Feki A, Grimbizis GF, et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2:..

- deep endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2020;2020(1):hoaa002.
15. Gornes H, Vaysse C, Leguevaque P, Gallini A, André B, Guerby P, et al. Identification of a group with high risk of postoperative complications after deep bowel endometriosis surgery: a retrospective study on 164 patients. *Arch Gynecol Obstet*. Août 2020;302(2):383-91.
 16. Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. Août 2004;240(2):205-13.
 17. Nicolaus K, Zschauer S, Bräuer D, Jimenez-Cruz J, Lehmann T, Rengsberger M, et al. Extensive endometriosis surgery: rASRM and Enzian score independently relate to post-operative complication grade. *Arch Gynecol Obstet*. Mars 2020;301(3):699-706.
 18. Hudelist G, Aas-Eng MK, Birsan T, Berger F, Sevelde U, Kirchner L, et al. Pain and fertility outcomes of nerve-sparing, full-thickness disk or segmental bowel resection for deep infiltrating endometriosis—A prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(12):1438-46.
 19. Malzoni M, Giovanni AD, Exacoustos C, Lannino G, Capece R, Perone C, et al. Feasibility and Safety of Laparoscopic-Assisted Bowel Segmental Resection for Deep Infiltrating Endometriosis: A Retrospective Cohort Study With Description of Technique. *J Minim Invasive Gynecol*. 1 mai 2016;23(4):512-25.
 20. Roman H, Chanavaz-Lacheray I, Forestier D, Magne E, Celhay O, Pasticier G, et al. Complications postopératoires immédiates dans un centre chirurgical multidisciplinaire exclusivement dédié à l'endométriose : une série de 491 patientes. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 juin 2020;48(6):484-90.
 21. Malzoni M, Casarella L, Coppola M, Falcone F, Iuzzolino D, Rasile M, et al. Preoperative Ultrasound Indications Determine Excision Technique for Bowel Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis: A Single, High-Volume Center. *J Minim Invasive Gynecol*. Août 2020;27(5):1141-7.
 22. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Penninckx F, Vergote I, et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update*. Juin 2011;17(3):311-26.
 23. Wolthuis AM, Tomassetti C. Multidisciplinary laparoscopic treatment for bowel endometriosis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 1 févr 2014;28(1):53-67.
 24. Abrão MS, Petraglia F, Falcone T, Keckstein J, Osuga Y, Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the recto-sigmoid: critical factors to consider before management. *Hum Reprod Update*. 1 mai 2015;21(3):329-39.
 25. Braund S, Hennetier C, Klapczynski C, Scattarelli A, Coget J, Bridoux V, et al. Risk of Postoperative Stenosis after Segmental Resection versus Disk Excision for Deep Endometriosis Infiltrating the Rectosigmoid: A Retrospective Study. *J Minim Invasive Gynecol*. 1 janv 2021;28(1):50-6.
 26. Roman H, Abo C, Huet E, Bridoux V, Auber M, Oden S, et al. Full-Thickness Disc Excision in Deep Endometriotic Nodules of the Rectum: A Prospective Cohort. *Dis Colon Rectum*. Oct 2015;58(10):957-66.
 27. Roman H, Tuech J-J, Huet E, Bridoux V, Khalil H, Hennetier C, et al. Excision versus colorectal resection in deep endometriosis infiltrating the rectum: 5-year follow-up of patients enrolled in a randomized controlled trial. *Hum Reprod Oxf Engl*. Déc

- 2019;34(12):2362-71.
28. Shiomi A, Ito M, Maeda K, Kinugasa Y, Ota M, Yamaue H, et al. Effects of a Diverting Stoma on Symptomatic Anastomotic Leakage after Low Anterior Resection for Rectal Cancer: A Propensity Score Matching Analysis of 1,014 Consecutive Patients. *J Am Coll Surg*. 1 févr 2015;220(2):186-94.
 29. Matthiessen P, Hallböök O, Rutegård J, Simert G, Sjødahl R. Defunctioning Stoma Reduces Symptomatic Anastomotic Leakage After Low Anterior Resection of the Rectum for Cancer. *Ann Surg*. Août 2007;246(2):207-14.
 30. Roman H, Bridoux V, Merlot B, Noailles M, Magne E, Resch B, et al. Risk of rectovaginal fistula in women with excision of deep endometriosis requiring concomitant vaginal and rectal sutures, with or without preventive stoma. A before-and-after comparative study. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 24 juin 2021 [cité 8 juill 2021];0(0). Disponible sur: [https://www.jmig.org/article/S1553-4650\(21\)00297-1/abstract](https://www.jmig.org/article/S1553-4650(21)00297-1/abstract)
 31. Merad F, Hay JM, Fingerhut A, Flamant Y, Molkhou JM, Laborde Y. Omentoplasty in the prevention of anastomotic leakage after colonic or rectal resection: a prospective randomized study in 712 patients. French Associations for Surgical Research. *Ann Surg*. Févr 1998;227(2):179-86.
 32. Donnez J, Nisolle M, Squifflet J. Ureteral endometriosis: a complication of rectovaginal endometriotic (adenomyotic) nodules. *Fertil Steril*. 1 janv 2002;77(1):32-7.
 33. Roman H, Bridoux V, Merlot B, Resch B, Chati R, Coget J, et al. Risk of bowel fistula following surgical management of deep endometriosis of the rectosigmoid: a series of 1102 cases. *Hum Reprod Oxf Engl*. Juill 2020;35(7):1601-11.
 34. Vesale E, Roman H, Moawad G, Benoit L, Touboul C, Darai E, et al. Voiding Dysfunction after Colorectal Surgery for Endometriosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 1 nov 2020;27(7):1490-1502.e3.
 35. Bertocchi E, Barugola G, Benini M, Bocus P, Rossini R, Ceccaroni M, et al. Colorectal Anastomotic Stenosis: Lessons Learned after 1643 Colorectal Resections for Deep Infiltrating Endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. Janv 2019;26(1):100-4.
 36. Renouvel F, Fauconnier A, Pilkington H, Panel P. [Linguistic adaptation of the endometriosis health profile 5: EHP 5]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. Sept 2009;38(5):404-10.
 37. Aubry G, Panel P, Thiollier G, Huchon C, Fauconnier A. Measuring health-related quality of life in women with endometriosis: comparing the clinimetric properties of the Endometriosis Health Profile-5 (EHP-5) and the EuroQol-5D (EQ-5D). *Hum Reprod Oxf Engl*. 1 juin 2017;32(6):1258-69.
 38. Fauconnier A, Huchon C, Chaillou L, Aubry G, Renouvel F, Panel P. Development of a French version of the Endometriosis Health Profile 5 (EHP-5): cross-cultural adaptation and psychometric evaluation. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. Janv 2017;26(1):213-20.
 39. Oppenheimer A, Panel P, Rouquette A, du Cheyron J, Deffieux X, Fauconnier A. Validation of the Sexual Activity Questionnaire in women with endometriosis. *Hum Reprod*. 1 mai 2019;34(5):824-33.
 40. Agnello M, Vottero M, Bertapelle P. Sacral neuromodulation to treat voiding dysfunction in patients with previous pelvic surgery for deep infiltrating endometriosis: our centre's experience. *Int Urogynecology J*. 2021;32(6):1499-504.

41. Campin L, Borghese B, Marcellin L, Santulli P, Bourret A, Chapron C. Troubles fonctionnels urinaires liés à l'endométriose profonde et à son traitement : revue de la littérature. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 juin 2014;43(6):431-42.
42. Fadhlaoui A, Gillon T, Lebbi I, Bouquet de Jolinière J, Feki A. Endometriosis and Vesico-Sphincteral Disorders. *Front Surg.* 22 juin 2015;2:23.
43. Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol.* juin 1996;77(6):805-12.
44. Brookes ST, Donovan JL, Wright M, Jackson S, Abrams P. A scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: Data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 1 juill 2004;191(1):73-82.
45. Ballester M, Santulli P, Bazot M, Coutant C, Rouzier R, Daraï E. Preoperative evaluation of posterior deep-infiltrating endometriosis demonstrates a relationship with urinary dysfunction and parametrial involvement. *J Minim Invasive Gynecol.* févr 2011;18(1):36-42.
46. International consensus definition of low anterior resection syndrome - Keane - 2020 - Colorectal Disease - Wiley Online Library [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.14957>
47. LARS (Low Anterior Rectal Resection Syndrome) Score, ou score du syndrome post résection antérieure » SNFCP [Internet]. SNFCP. 2019 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.snfcop.org/questionnaires-outils/constipation-incontinence-troubles-fonctionnels/lars-low-anterior-rectal-resection-syndrome-score-ou-score-du-syndrome-post-resection-anterieur/>
48. Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg.* mai 2012;255(5):922-8.
49. Farella M, Tuech J-J, Bridoux V, Coget J, Chati R, Resch B, et al. Surgical Management by Disk Excision or Rectal Resection of Low Rectal Endometriosis and Risk of Low Anterior Resection Syndrome: A Retrospective Comparative Study. *J Minim Invasive Gynecol.* 18 mai 2021;S1553-4650(21)00229-6.
50. Klapczynski C, Derbal S, Braund S, Coget J, Forestier D, Seyer-Hansen M, et al. Evaluation of functional outcomes after disc excision of deep endometriosis involving low and mid rectum using standardized questionnaires: a series of 80 patients. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* avr 2021;23(4):944-54.
51. Bokor A, Hudelist G, Dobó N, Dauser B, Farella M, Brubel R, et al. Low anterior resection syndrome following different surgical approaches for low rectal endometriosis: A retrospective multicenter study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(5):860-7.
52. Darwish B, Roman H. Nerve Sparing and Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis: Pessimism of the Intellect or Optimism of the Will. *Semin Reprod Med.* janv 2017;35(1):72-80.
53. Soares M, Mimouni M, Oppenheimer A, Nyangoh Timoh K, du Cheyron J, Fauconnier A. Systematic Nerve Sparing during Surgery for Deep-infiltrating Posterior Endometriosis Improves Immediate Postoperative Urinary Outcomes. *J Minim Invasive Gynecol.* juin 2021;28(6):1194-202.

54. de Resende JAD, Cavalini LT, Crispi CP, de Freitas Fonseca M. Risk of urinary retention after nerve-sparing surgery for deep infiltrating endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn*. janv 2017;36(1):57-61.
55. Leopold B, Klebanoff JS, Bendifallah S, Ayoubi JM, Soares T, Rahman S, et al. A narrative review of functional outcomes following nerve-sparing surgery for deeply infiltrating endometriosis. *Horm Mol Biol Clin Investig* [Internet]. 5 mars 2021 [cité 16 août 2021]; Disponible sur: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/hmbci-2020-0064/html>
56. Cela V, Papini F, Vacca C, Vergine F, Micelli E, Obino MER, et al. Clinical Use of Indocyanine Green in Bowel Endometriosis Surgery. *J Minim Invasive Gynecol*. 20 sept 2020;
57. Kanno K, Aiko K, Yanai S, Sawada M, Sakate S, Andou M. Clinical use of indocyanine green during nerve-sparing surgery for deep endometriosis. *Fertil Steril*. juill 2021;116(1):269-71.
58. Scioscia M, Virgilio BA, Scardapane A, Pontrelli G. Fusion Imaging: A Novel Diagnostic Tool for Nerve-sparing Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 1 févr 2020;27(2):246-7.
59. Requirements to be a BSGE Accredited Centre [Internet]. BSGE. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.bsge.org.uk/requirements-to-be-a-bsge-accredited-centre/>
60. Simoens S, Hummelshoj L, Dunselman G, Brandes I, Dirksen C, D'Hooghe T, et al. Endometriosis cost assessment (the EndoCost study): a cost-of-illness study protocol. *Gynecol Obstet Invest*. 2011;71(3):170-6.
61. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum Reprod Oxf Engl*. mai 2012;27(5):1292-9.
62. Surrey E, Soliman AM, Trenz H, Blauer-Peterson C, Sluis A. Impact of Endometriosis Diagnostic Delays on Healthcare Resource Utilization and Costs. *Adv Ther*. mars 2020;37(3):1087-99.

Evaluation de la prise en charge chirurgicale multidisciplinaire de patientes présentant une endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive

RESUME EN FRANÇAIS :

Introduction : L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge chirurgicale multidisciplinaire des patientes présentant une endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive dans les deux unités du service de chirurgie gynécologique du CHU de Toulouse.

Matériels et méthodes : Nous avons inclus l'ensemble des patientes prises en charge chirurgicalement pour endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2020. Les données recueillies comprenaient les caractéristiques des patientes et de leur maladie, les données per opératoires, ainsi que les complications post opératoires.

Résultats : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique, 98 patientes ont été incluses. Les résultats ont été comparés à ceux d'une cohorte de 164 patientes, prises en charge dans le même centre, du 1er janvier 2012 au 1er janvier 2018. Les caractéristiques des patientes et de leur pathologie étaient comparables à celles de la littérature. On constate une augmentation du recours au traitement conservateur par shaving de 72,4% des cas, et un traitement radical par résection segmentaire, discoïde ou multiple dans respectivement 20,4%, 4,1% et 3,1% des cas. La présence per opératoire d'un chirurgien viscéral a doublé en comparaison à la précédente cohorte et était constatée dans 36,7% des cas. Lorsqu'un geste de résection était indiqué, celui-ci était systématiquement réalisé par le chirurgien viscéral. Une stomie de protection était réalisée dans 11,2% des cas. 19,4% des patientes ont présenté une complication post opératoire dont 4,1% de grade 3b selon la classification de Clavien-Dindo, versus respectivement 37,8% et 19,5% sur la précédente cohorte. La rétention chronique d'urine était la complication la plus fréquemment rencontrée (7,1% des cas soit 36,8% des complications). L'absence de complication était significativement plus fréquente en cas de traitement conservateur par shaving ($p=0,008$). Le recours à une prise en charge multidisciplinaire était corrélé à la sévérité de l'extension des lésions ($p=0,005$ pour la profondeur d'atteinte en écho endoscopie) et donc à un sur risque attendu de complications post opératoires : de fait les complications étaient significativement plus fréquentes en cas de prise en charge multidisciplinaire ($p=0,01$), et de gestes de protection (stomie $p=0,002$, epiploplastie $p=0,03$). Les dossiers avaient été présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire dans 68,3% des cas.

Conclusion : Cette étude a permis de rendre compte d'une amélioration notable de la prise en charge des patientes présentant une endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive en termes de complications post opératoires, depuis la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire. L'amélioration du parcours de soin en amont de la chirurgie permet d'anticiper les difficultés chirurgicales, tandis que la présence d'un chirurgien viscéral en per opératoire apporte une expertise précieuse quant à l'indication de résection et la réalisation du geste.

TITRE EN ANGLAIS : Evaluation of the outcomes of a multidisciplinary surgical management of deep bowel endometriosis.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : endométriose pelvienne profonde, multidisciplinaire, complications post opératoires, shaving, résection discoïde, résection segmentaire, réunion de concertation pluridisciplinaire, parcours de soin

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Elodie CHANTALAT