

UROFOCUS ANNECY 2019



Hospices Civils de Lyon

L'endométriose urinaire

FRANÇOIS GOLFIER,

PIERRE-ADRIEN BOLZE, PHILIPPE PAPAREL

Chirurgie gynécologique et oncologique - Obstétrique & Urologie

Centre Hospitalier Lyon Sud



Atteinte du tractus urinaire

- 1% des endométrioses
- 7 à 53% des endométrioses profondes infiltrantes
- Etude FRIENDS: si atteinte colorectale
 - 9% d'atteinte vésicale et 13% de sténose urétérale
 - Etude UROFRIENDS: 87 patientes déclarées de janvier à juillet 2017
- Symptomatologie variable: vésicale douloureuse, urétérale atteinte rénale silencieuse

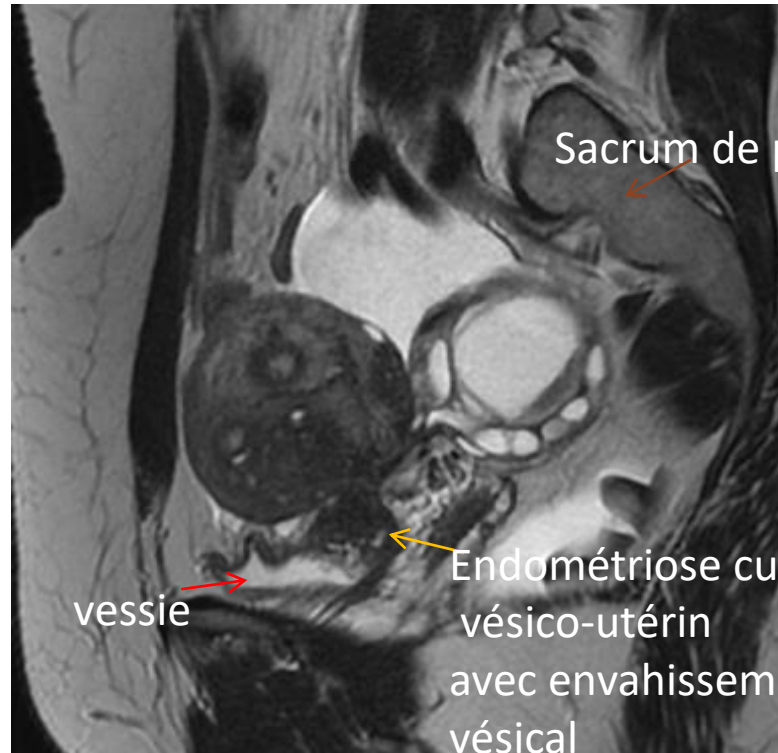
Quelles endométrioses urinaires?

Endométriose vésicale du dôme

Endométriose vésicale de la base

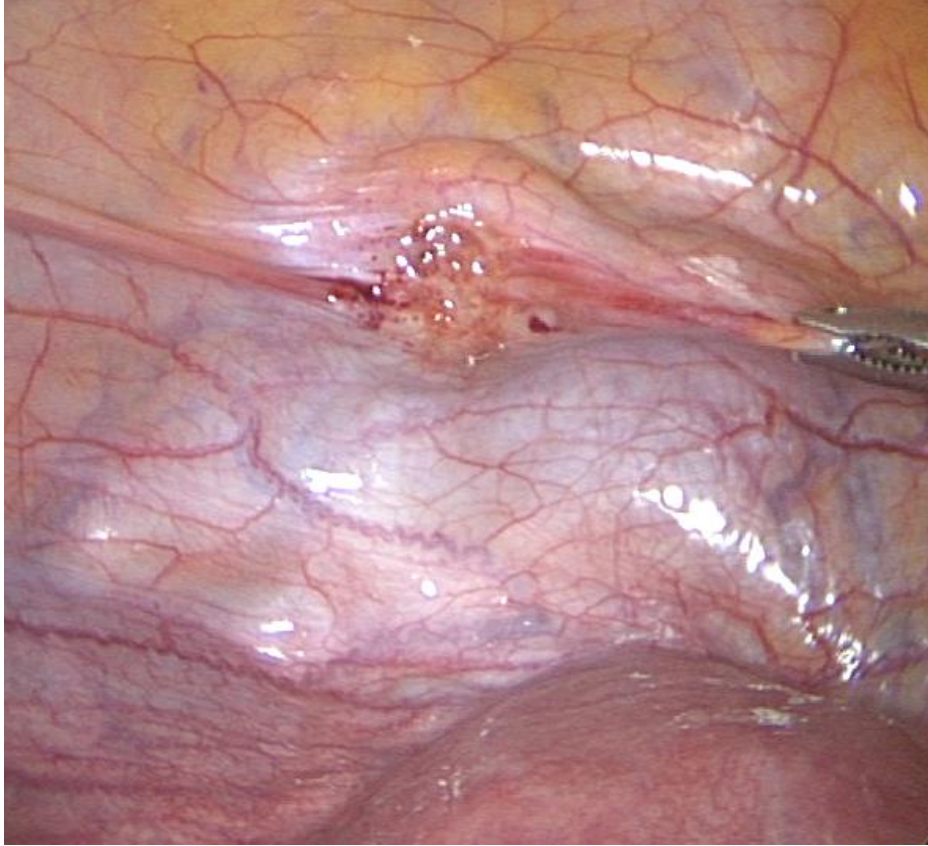
Endométriose urétérale

Endométriose vésicale



Sagittal T2 endométriose de la corne vésicale droite

Endométriose du dôme vésical



Quelles interrogations ?

La voie d'abord coelioscopique est-elle possible ?

« Couper la tête » à la résection trans-urétrale isolée

Efficacité et complications de la cystectomie partielle

Quelle voie d'abord pour les cystectomies?

Coelioscopie conventionnelle versus assistance robotique:

Pas de différence:

- en terme de **complications**,
- de durée d'**hospitalisation**,
- de taux de **récidive** et
- de taux de **grossesse**

Cystectomie partielle: Efficacité et complications

- Revue de Leone Roberti Maggiore (2016): 34 études, 500 patientes

« Amélioration des symptômes »	Complications « sévères »	Récidives
95% 341/356 patientes	2% 8/356 patientes	2% 8/356 patientes

Série rétrospective CHU de Lyon

- Chirurgie pour endométriose **vésicale (n = 31)** ou **urétérale (n = 20)**
- Entre 2007 et 2015 (**n = 51**)
- Imagerie préopératoire (écho + IRM +/- cystoscopie +/- scinti rénale)

Douleur	EVA
Symptômes fonctionnels	Urinary Symptom Profile (USP)
Satisfaction globale	Patient Global Impression of Improvement (PGI-I)

- Visites de suivi à 1, 6 et 12 mois puis annuelle.

Impact de la chirurgie vésicale - douleur

- Suivi moyen 42 mois
- 1 récurrence à 10 mois, traitée médicalement
- Amélioration jugée très importante (échelle PGI-I): 74%

	Pré-op	Post-op	p
Douleur lors des mictions, EVA (SD)	5.3 (4.2)	0.3 (0.9)	<0.0001

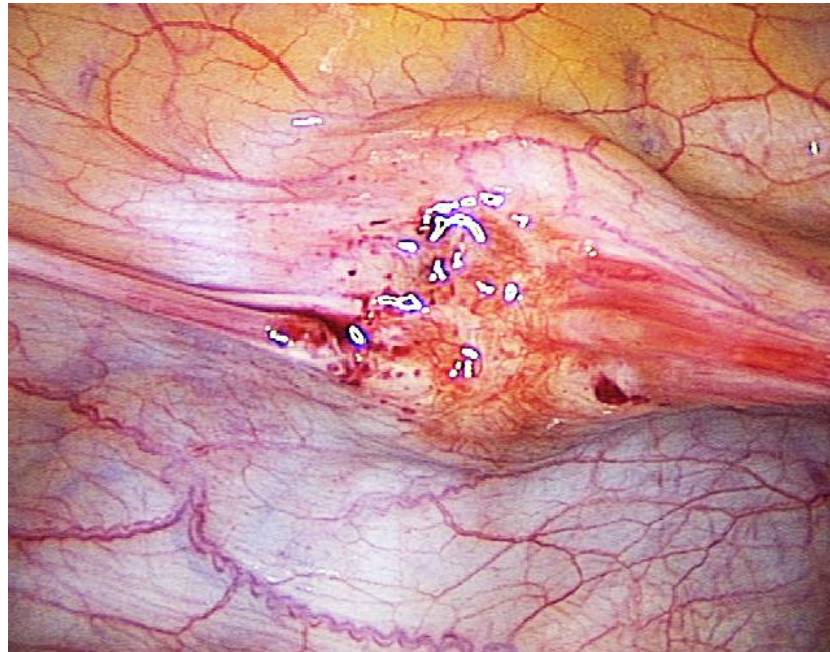
Impact de la chirurgie vésicale - fonctionnel

- **Hyperactivité vésicale :** **2.48 +/- 3.4 (max 13)**
- **Dysurie :** **1.35 +/- 1.3 (max 5)**

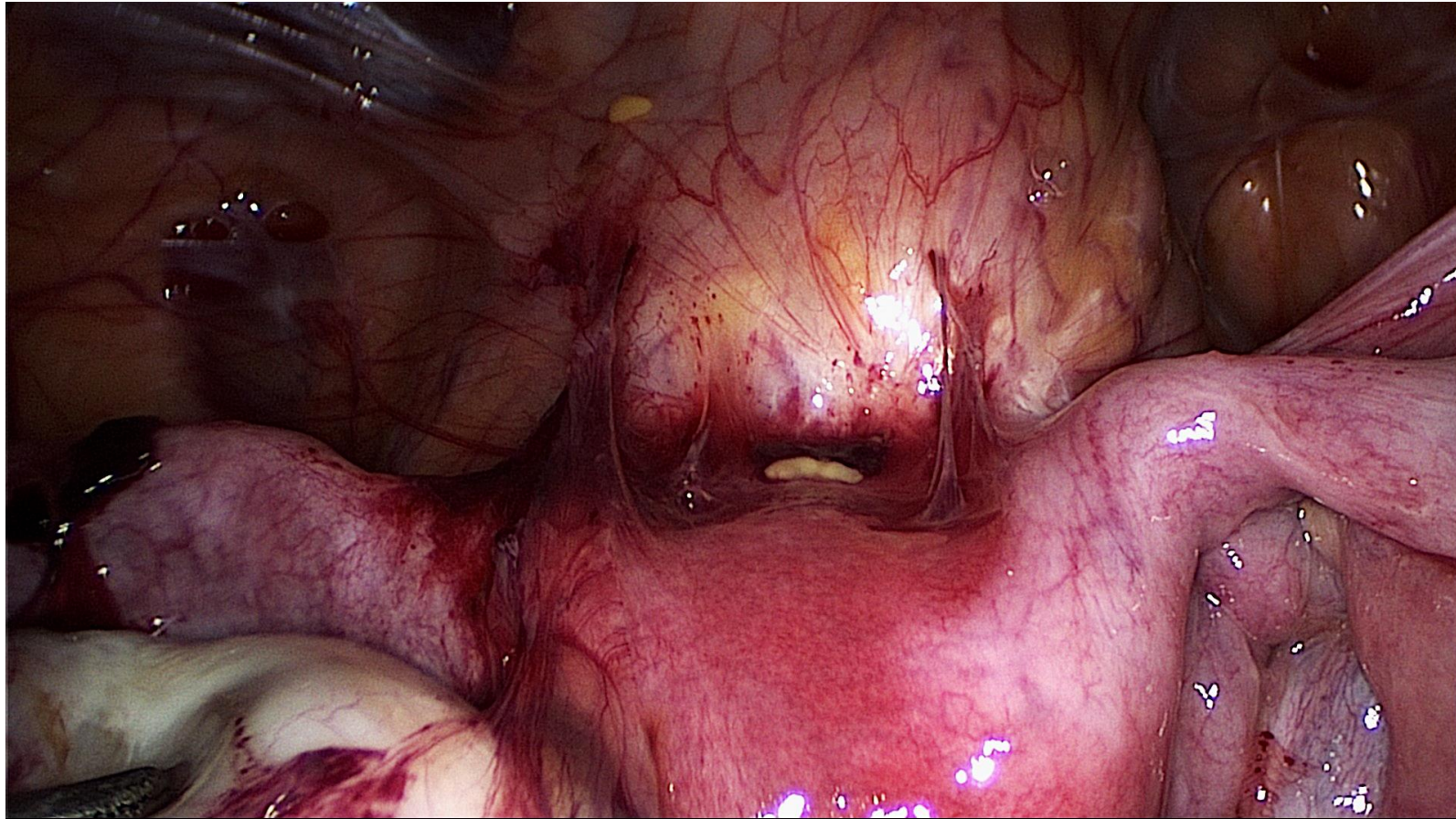
➔ Taille nodule non corrélée aux scores dysurie et hyperactivité

La résection trans-urétrale

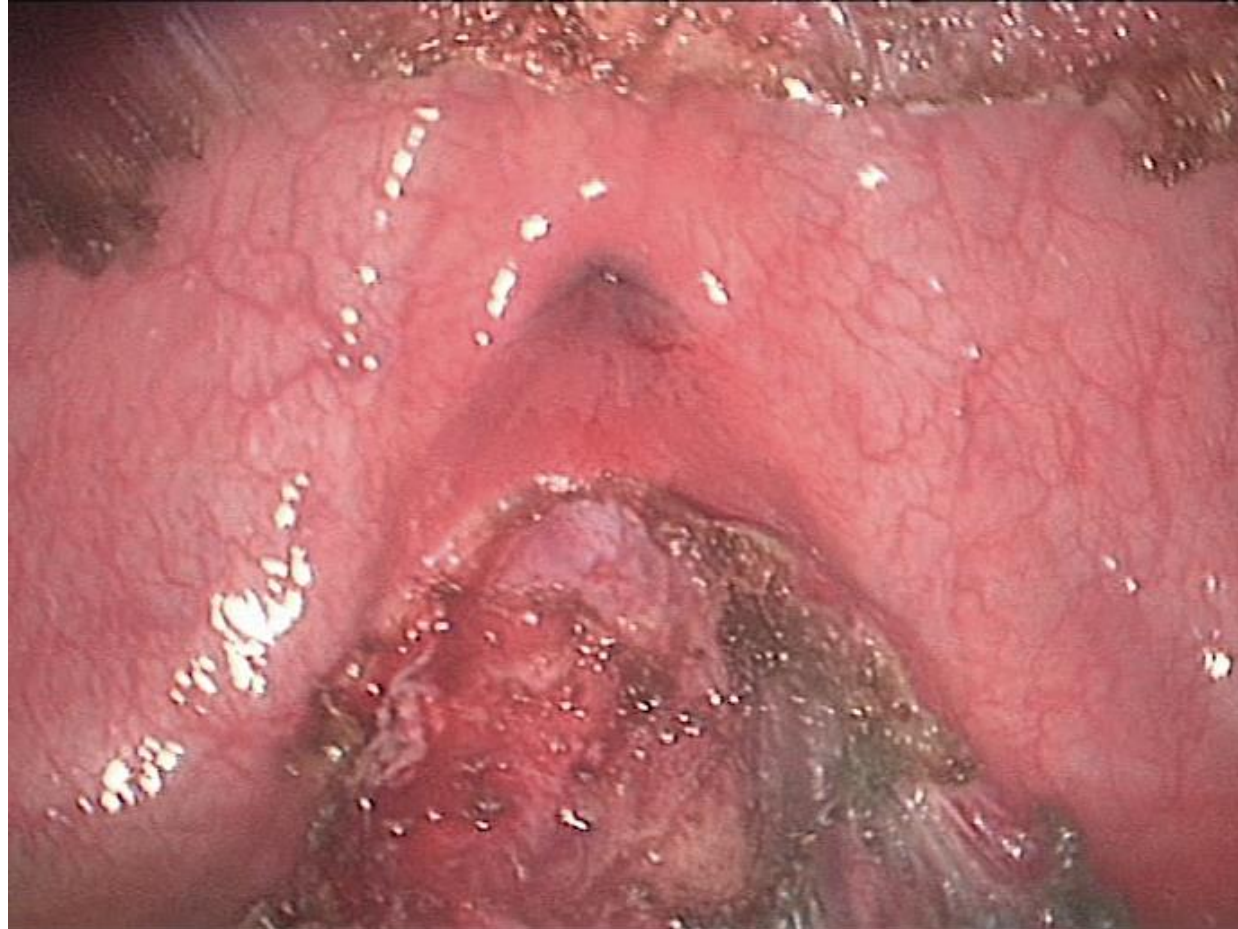
La résection d'un nodule d'endométriiose vésicale par voie transurétrale est nécessairement incomplète puisqu'elle ne concerne que la partie interne de la lésion et expose ainsi à un taux élevé de récidence



Endométriose de la base vésicale



Endométriose de la base vésicale



Quelles interrogations ?

Une place pour la voie combinée cystoscopie-coelioscopie ?

Quelle technique de suture vésicale après cystectomie partielle ?

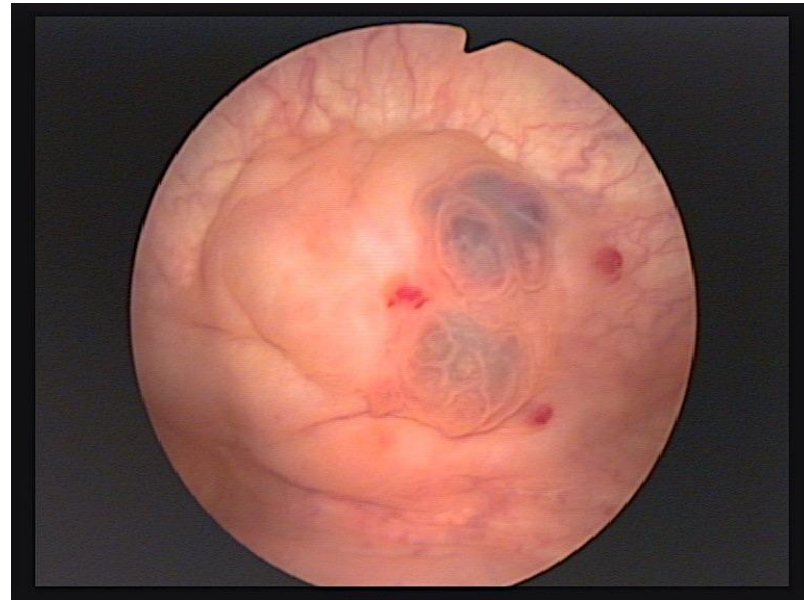
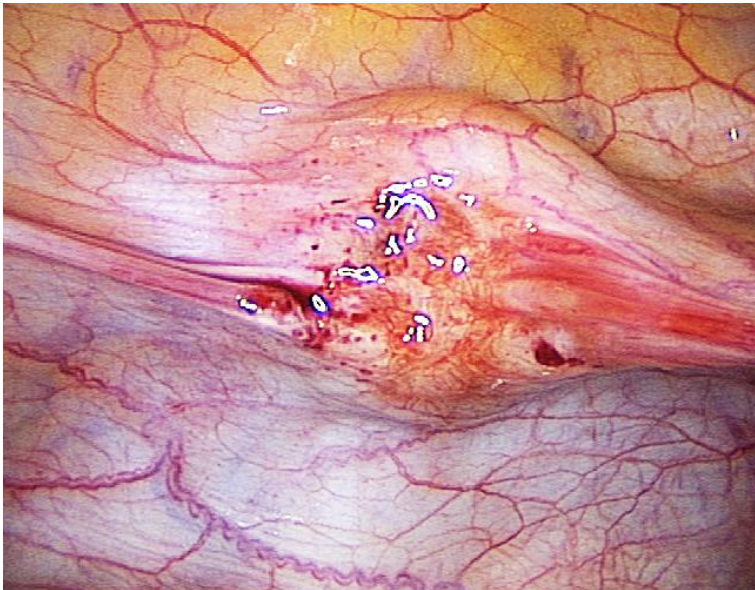
Faut-il mettre des sondes JJ ?

Quelle durée du sondage vésical après cystectomie partielle ?

Une place pour la voie combinée cystoscopie-coelioscopie ?

Approche combinée associant:

- une cystectomie partielle coelioscopique
- sous contrôle simultané d'une cystoscopie



Une place pour la voie combinée cystoscopie-coelioscopie ?

But:

- **limiter la réduction du volume vésical** en épargnant la résection de muscle détrusor sain,
- **tout en s'assurant du caractère complet** de la résection endométriosique

Notamment en cas de lésion vésicale volumineuse ou proche des méats

Pas de données solides actuellement disponibles

Quelle technique de suture vésicale après cystectomie partielle ?

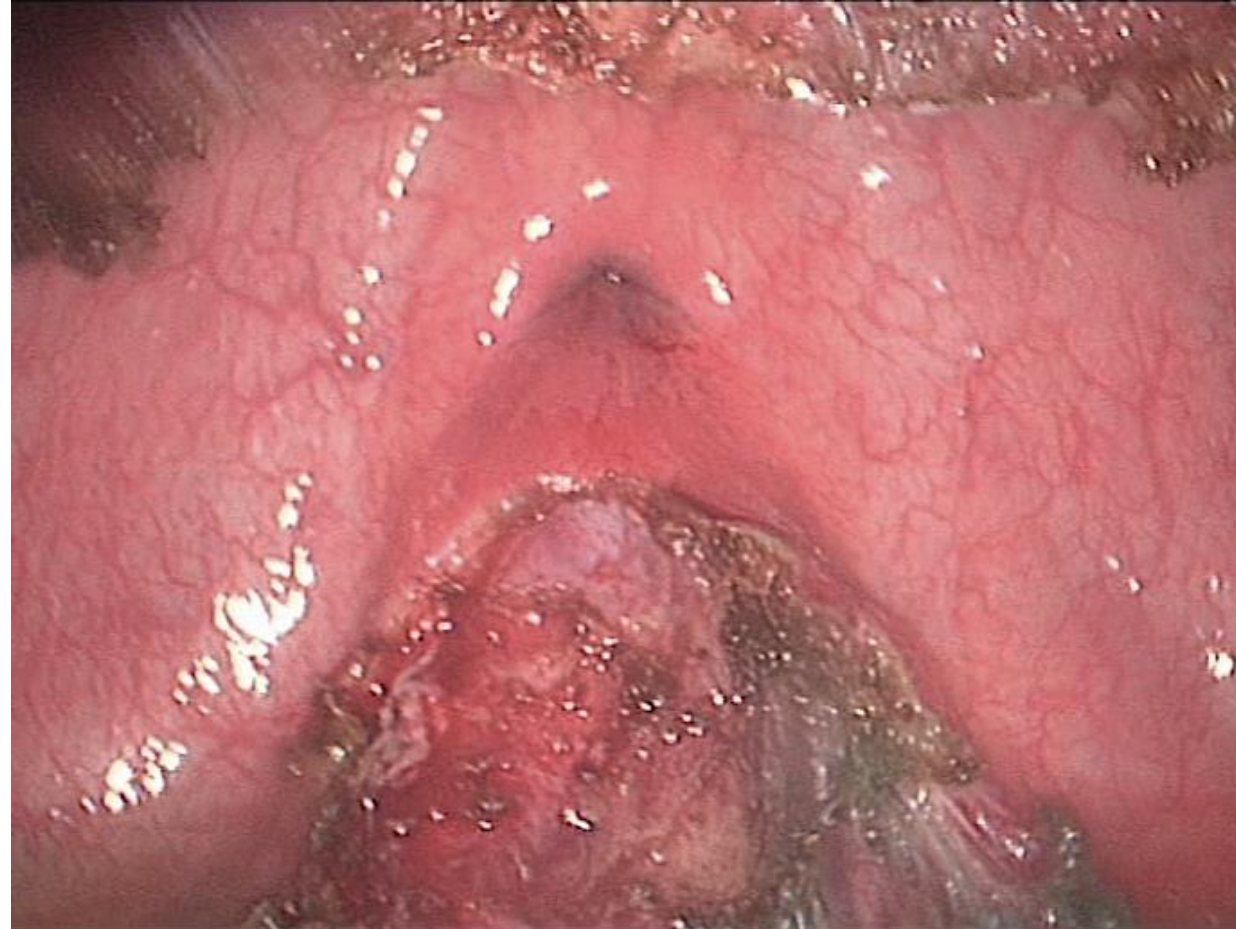
Les données actuelles ne permettent pas de recommander préférentiellement une technique de suture vésicale:

- Surjet total ou extra-muqueux ?
- En un ou deux plans ?
- Par points séparés ?

Toujours du fil résorbable (risque de dépôt lithiasique sur fil non résorbable)

Test d'étanchéité peropératoire préconisé.

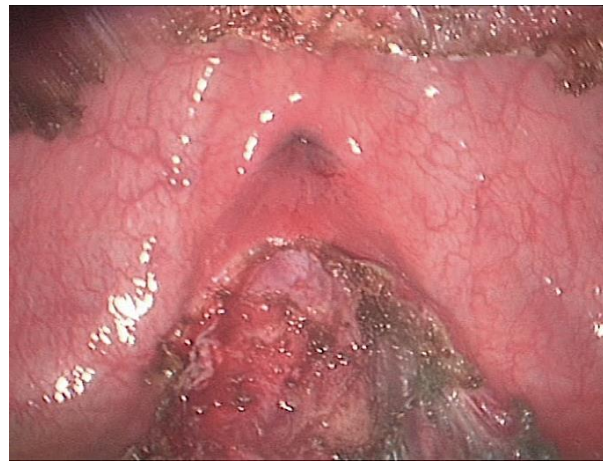
Place des sondes JJ après cystectomie ?



Place des sondes JJ après cystectomie ?

Risque de suture du bas uretère pelvien

Risque d'urétérohydronéphrose par œdème urétéral postopératoire



Sonde JJ réduirait les complications postopératoires obstructives

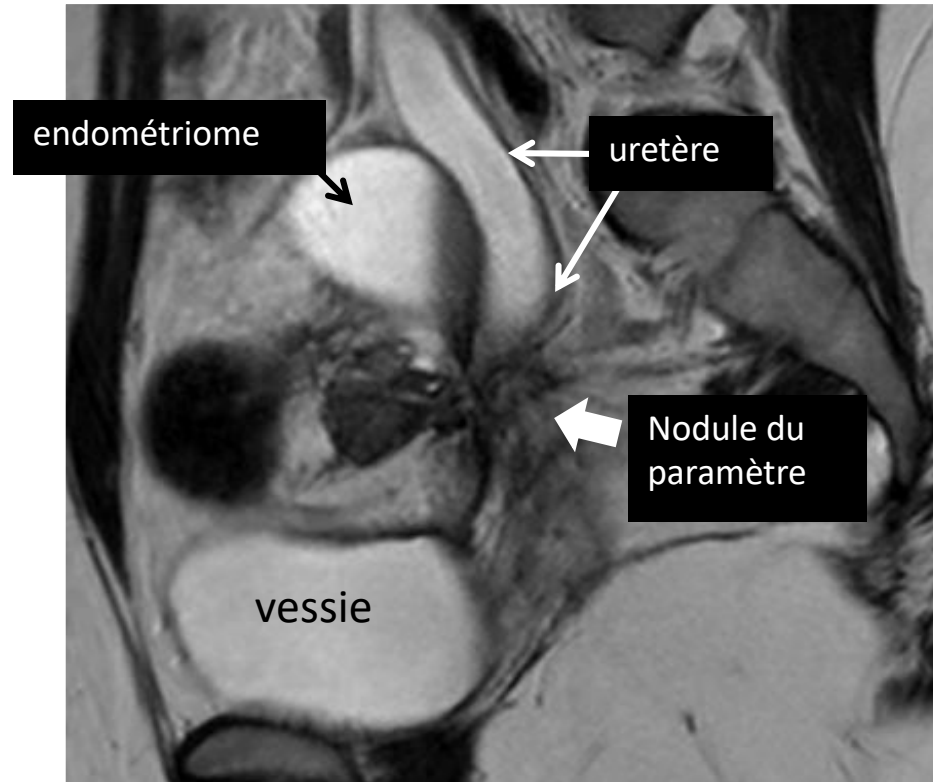
Aucune donnée publiée permettant d'évaluer l'efficacité de cette stratégie

Durée du sondage vésical après cystectomie partielle ?

Durée jamais évaluée dans l'indication endométriose

Durée moyenne de sondage rapportée après cystectomie partielle pour endométriose : **entre 8 et 10 jours**

Endométriose urétérale



Coupe pondérée T2 parasagittale gauche

Quelles interrogations ?

Indications de la prise en charge chirurgicale

Quelle technique chirurgicale préférer en cas d'atteinte urétérale ?

Surveillance après chirurgie urétérale radicale

Indications de la prise en charge chirurgicale

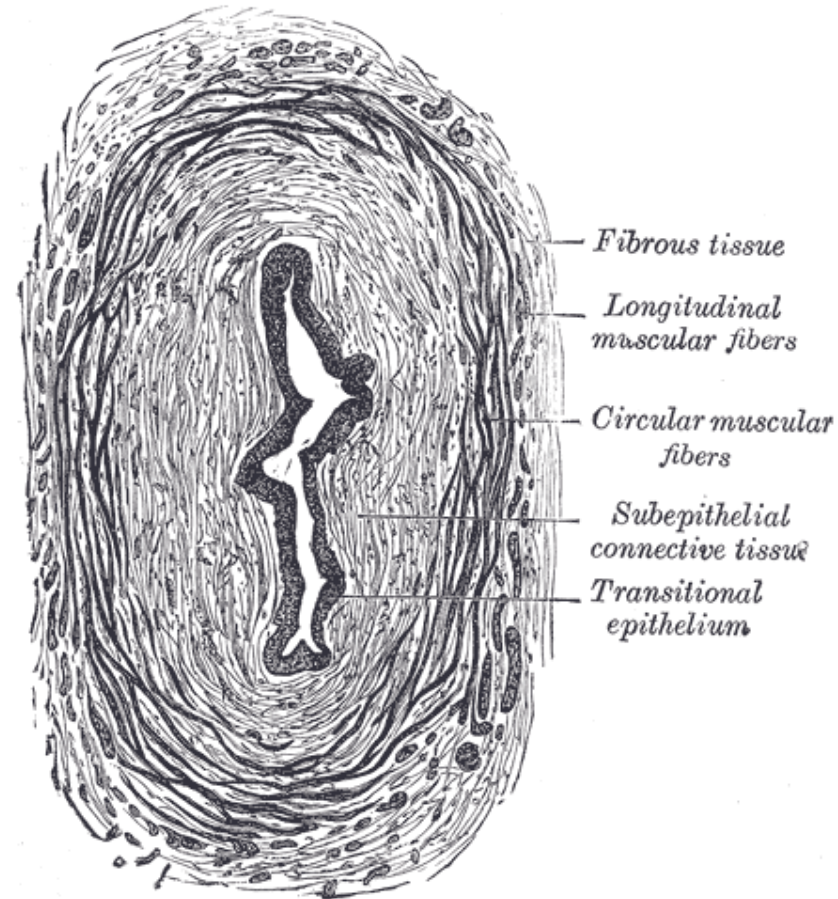
Traitement chirurgical de l'**endométriose urétérale compliquée d'une urétérohydronéphrose** justifié par :

- **Risque sur la fonction rénale**
- **Diminution des symptômes par la chirurgie,**
- **Faible taux de complications graves**
- **Faible taux de récurrences**

Indications de la prise en charge chirurgicale

En cas d'endométriose urétérale compliquée d'une urétérohydronéphrose, **prise en charge par une équipe chirurgicale multidisciplinaire**

Atteinte urétérale: intrinsèque ou extrinsèque ?



Atteinte urétérale: intrinsèque ou extrinsèque ?

TABLE 4

Rates of intrinsic ureteral endometriosis according to the surgical procedures performed for severe ureteral endometriosis.

Author(s)	Patients, N	Intrinsic ureteral DIE, n (%)	Radical ureteral surgery, ^a n (%)	Real intrinsic ureteral DIE, ^b n (%)
Nezhat et al. (1996)	21	4 (19)	11 (52)	4 (36)
Donnez et al. (2002)	18	2 (11)	2 (11)	2 (100)
Antonelli et al. (2004)	13	5 (38)	13 (100)	5 (38)
Ghezzi et al. (2006)	33	1 (3)	2 (6)	1 (50)
Frenna et al. (2007)	54	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Seracchioli et al. (2008)	30	4 (13)	8 (27)	4 (50)
Present study (2009)	29	11 (38)	21 (72)	11 (52)
Total	198	27 (14)	57 (29)	27 (47)

Note: DIE, deeply infiltrating endometriosis.

^a Nephrectomy; segmental ureterectomy with end-to-end ureteral anastomosis; ureteroneocystotomy.

^b Rate of intrinsic ureteral endometriosis for patients with radical ureteral surgery.

Chapron. Severe ureteral endometriosis. *Fertil Steril* 2010.

Atteinte urétérale: urétérolyse ou résection ?

- Revue de Cavaco-Gomes (2016): 18 études, 700 patientes

	« Amélioration des symptômes »	Complications « sévères »	Récidives
Résection / réimplantation d'emblée (n=32)	100%	6,3% (IC95% 0 – 21,4)	0%
Urétérolyse première intention (n=668)	90,2% (IC95% 80,6 – 99,8)	3,1% (IC95% 1,1 – 5)	3,9% (IC95% 0,5 – 7,3)

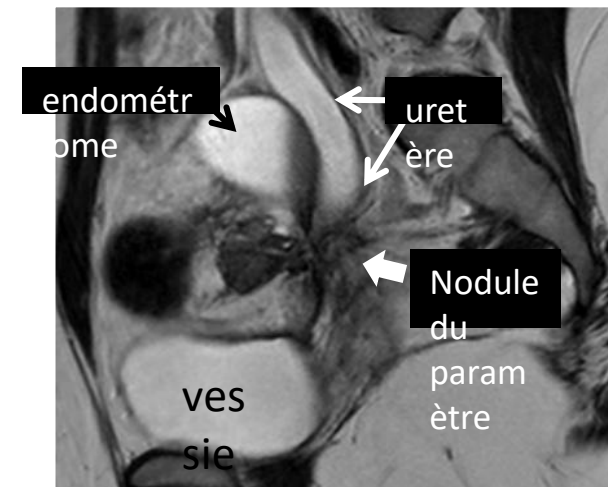
Atteinte urétérale: urétérolyse ou résection ?

Facteur prédictif principal de chirurgie dite radicale :

- l'existence d'une **dilatation urétéro-pyélocalicielle** à l'imagerie préopératoire (**OR 76,7**)

Privilégier la chirurgie radicale quand:

- Sténose étendue supérieure à 2-3 cm
- Uretère de couleur mate, hypovascularisé
- Faible activité péristaltique



Coupe pondérée T2
parasagittale gauche

Surveillance après chirurgie urétérale radicale

Risque de **sténose de l'anastomose** ou du site de réimplantation

Risque d'**atrophie rénale** progressive pauci symptomatique

Une **surveillance postopératoire** par imagerie apparait **justifiée**

Surveillance radiologique par **échographie ? Uroscanner ?**
ou **scintigraphie rénale ?**

Conclusions et réflexions

+ Amélioration objective qualité de vie

+ Taux de complications faibles

+ Peu de récives

+ À Long terme

→ MEILLEURE INFORMATION + CONSULTATION UROLOGUE PRE-OPERATOIRE