

Comment faire le diagnostic d'une endométriose recto-sigmoïdienne?

Laurent Palazzo,
clinique du Trocadéro, Paris

Conflits d'intérêts

- Enseignant de workshop de ponction EE-guidée pour Boston-Scientific®
- Enseignant de workshop de ponction EE-guidée pour Cook®

Sans relations avec la présentation

Objectifs pédagogiques

- Epidémiologie et physiopathogénie de l'endométriose.
- Quand suspecter une endométriose recto-sigmoïdienne?
- Quel bilan de confirmation et place de l'échoendoscopie recto-sigmoïdienne?

Définition (1)

- ❑ Présence de tissu endométrial (glandes et chorion) en dehors de la cavité utérine
- 3 formes d'endométriose :
 - Péritonéale superficielle
 - Ovarienne kystique (endométriome ovarien)
 - Sous péritonéale profonde
- L'adénomyose correspond à l'atteinte du muscle utérin

Définition (2)

- L'endométriose pelvienne profonde (EPP)
 - lésion pénétrante dans l'espace rétropéritonéal ou dans la paroi des organes pelviens à une profondeur ≥ 5 mm
 - Antérieure => vessie
 - Postérieure =>
 - ligaments utérosacrés,
 - cloison rectovaginale
 - paroi recto sigmoïdienne

Epidémiologie

- **Affection gynécologique fréquente** touchant
 - 5 à 10% des femmes en activité génitale
 - 15% des femmes infertiles
 - 30% des femmes infertiles souffrant d'algies pelviennes chroniques

Circonstances de découverte

- Souvent diagnostiquée
 - lors du bilan de douleurs pelviennes cataméniales, d'intensité croissante, typiquement apparues à l'arrêt d'une contraception orale, pour désir de grossesse
 - lors du bilan d'une infertilité
 - plus rarement lors d'une complication inaugurale notamment ovarienne (coelioscopie exploratrice)
 - ou devant l'apparition de TFI

Physiopathogénie

Théorie de la régurgitation

Théorie de la métaplasie péritonéale

Facteurs de risque

- L'âge entre 25 et 35 ans
- Le niveau socio-économique élevé
- La nulligestité
- La prédisposition familiale
- La puberté précoce

Sévérité

- 4 stades en fonction de la profondeur de l'atteinte:
 - Minime: stade I
 - Modérée: stade II
 - Moyenne: stade III
 - Sévère: stade IV
- NE PAS TRAITER une endométriose asymptomatique non compliquée

} Atteinte recto-sigmoïdienne

L'atteinte recto-sigmoïdienne: généralités

- Le plus souvent associée à une ou plusieurs localisations de l'EPP postérieure:
 - Torus utérinum (face post de l'isthme utérin),
 - Atteinte uni ou bilatérale des ligts utérosacrés,
 - Cul de sac de Douglas,
 - Cul de sac vaginal postérieur.

L'atteinte recto-sigmoïdienne: généralités

- Observée dans 6 à 30% des EPP
- 50% des stades IV
- Associée dans 70% des cas à une infertilité
- Bifocale rectale et sigmoïdienne dans 15% des cas
- Présente 1 fois sur 3 en cas d'endométriome ovarien gauche
- Localisation de L'EPP qui impacte le plus les choix thérapeutiques

Symptômes de l'EPP postérieure

- Douleurs pelviennes cataméniales:
 - Disménorrhée intense (EVA > 6.5)
 - Dyschésie (douleur anorectale précédant ou succédant à la défécation)
- Dyspareunie profonde postérieure
 - douleur survenant pendant les rapports sexuels lors de la pénétration profonde
 - signe fonctionnel le plus évocateur: VPP: 95%, VPN: 65%
- Douleurs pelviennes chroniques non cycliques
- Infertilité
- Manifestations du syndrome de l'intestin irritable
 - 2.5 à 3.5 fois plus fréquent que la population féminine appariée

Le retard diagnostic est fréquent en moyenne de 3 ans

Symptômes de l'EPP postérieure

- Symptômes peu spécifiques
- Leur pertinence pour le diagnostic d'EPP postérieure est améliorée par
 - La recrudescence cyclique
 - L'association à une élévation du CA 125 (Se 50%, Sp 90%)

Symptômes de l'atteinte recto-sigmoïdienne

- **Ce sont ceux de l'EPP postérieure avec**
 - Douleurs pelviennes non cycliques avant la défécation
 - Dyschésie, constipation ou diarrhée, et ténésme à recrudescence cataméniale
 - Dyspareunie profonde postérieure
 - Dysménorrhée sévère
- **Les rectorragies cataméniales sont**
 - **rares**
 - < 10% des atteintes digestives basses
 - **et non spécifiques**
 - rectorragies hémorroïdaires cataméniales

Quel bilan de confirmation?

- Examen gynécologique
 - concluant dans seulement $\frac{3}{4}$ des cas
- L'IRM pelvienne et l'échographie transvaginale (ETV)
 - uniquement par des praticiens spécialisés
 - très performantes pour affirmer le diagnostic d'EPP et d'atteinte ovarienne
- Ces 2 examens
 - sont équivalents pour détecter une atteinte rectale
 - l'ETV est insuffisante pour détecter une atteinte sigmoïdienne.

IRM pelvienne et atteinte recto-sigmoïdienne

Nom	N (atteinte recto-sigmoïdienne)	Se%	Sp%	VPP%	VPN%
Dumontier 2000	48 (16)	75	100	-	-
Camagna 2004	50 (19)	53	82	69	69
Chapron 2004	81 (34)	77	98	96	85
Bazot 2004	195 (60)	88	98	96	85
Carbognin 2006	36 (15)	88	93	96	79
Bazot 2007	88 (60)	88	93	96	79
Benbara 2008	40 (40)	81		91	
En moyenne		83			80

Se : sensibilité, Sp : spécificité, VPP : valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative.

La coloscopie

- N'a pas d'indication a priori
- Est le plus souvent considérée comme normale, alors qu'une atteinte recto-sigmoïdienne est présente
- Doit être prudente en cas de signes digestifs cataméniaux, surtout si on évoque une sténose
- Est au mieux remplacée par la vision endoscopique de l'échoendoscopie (cf figures)
- Ou en cas de sténose par un TDM avec opacification ou un colo-scanner

L'échoendoscopie recto-sigmoïdienne

- Examen de 2ème intention qui doit être effectué par un gastroentérologue entraîné
- Sans sédation, après une préparation par un lavement (Normacol®)
- La progression doit être menée en s'aidant exclusivement de la vision échographique et de l'instillation de 100cc d'eau
- Doit débiter si possible 15 cm au dessus de la charnière recto-sigmoïdienne, afin de détecter une éventuelle atteinte bifocale

L'échoendoscopie recto-sigmoïdienne

Nom	N (atteinte recto-sigmoïdienne)	Se	Sp	VPP	VPN
Fedele 1998	140 (24)	100	98	75	100
Bazot 2003	30 (18)	82	88	95	64
Camagna 2004	50 (19)	100	71	81	100
Abrao 2004	32 (6)	82	88	95	64
Chapron 2004	81 (34)	97	89	87	98
* Bahr 2006	37 (8)	87	97	87	87
Bazot 2007	88 (60)	90	89	95	81
Benbara 2008	40(40)	100	12,5	82	100
En moyenne		95			91

* : sonde rigide, Se : sensibilité, Sp : spécificité, VPP : valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative

Quels sont les autres apports de l'échoendoscopie lorsqu'elle affirme l'atteinte digestive?

- Précise la distance entre le pôle inférieur de l'atteinte rectale et le plan des releveurs de l'anus
- Précise le degré d'infiltration en profondeur de la musculature (respect ou non d'une lame de musculature autorisant un "shaving")
- Cherche une atteinte de la sous-muqueuse (SM), présente dans 30 à 40% des cas, qui contre-indique une exérèse locale
- Permet un examen endoscopique en fin de procédure



6.00M PR 0 G72 C13 A1
1Dist: 14.7mm Dist: 10.2mm

DR PALAZZO

3:360 DIFFICILE

Sonde: OLY-R5R1

AIP



100%

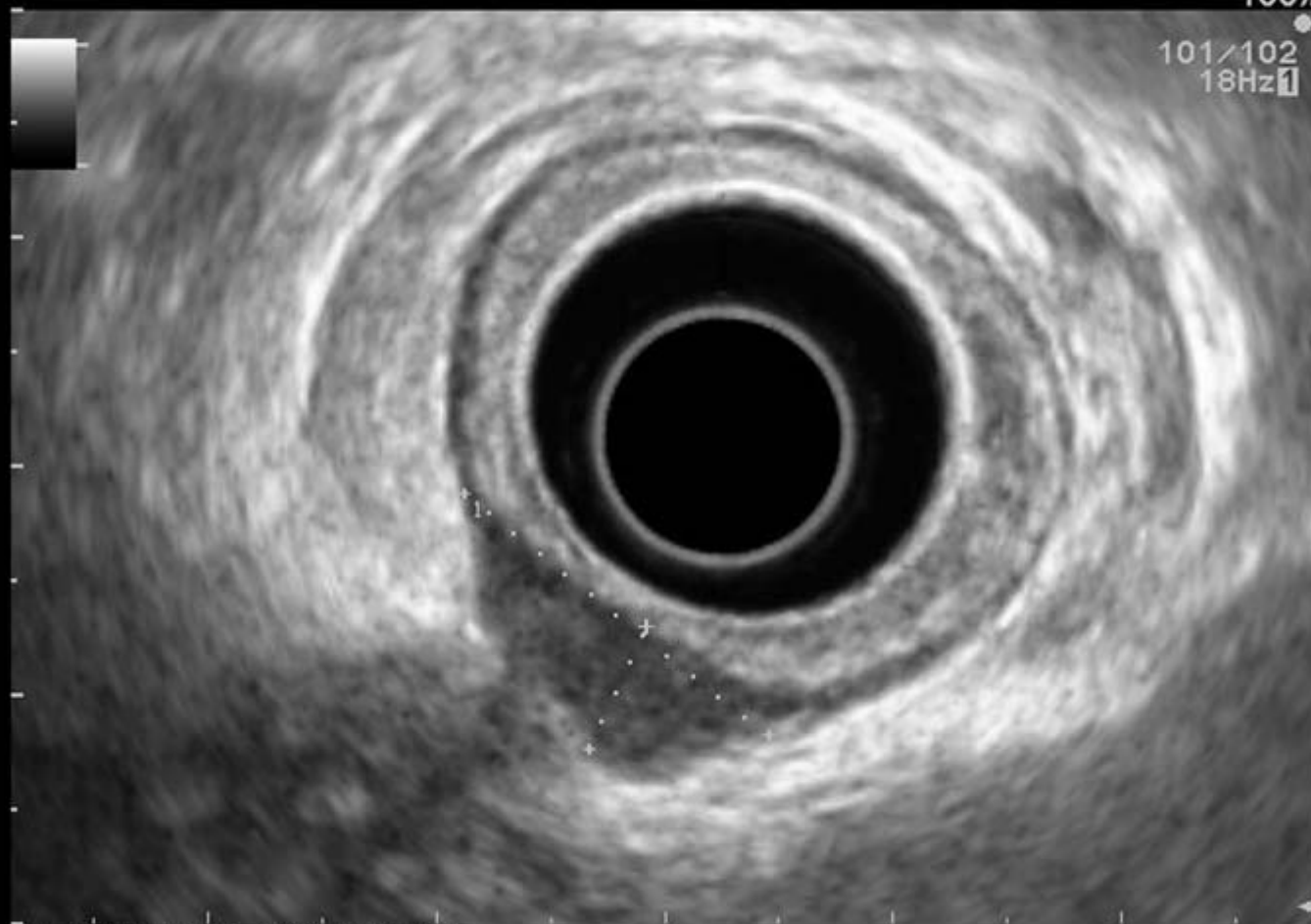
120/121
20Hz

6.00M PR-5 G72 C13 A1
Dist: 8.3mm

DR PALAZZO
3:360 DIFFICILE

Sonde: OLY-R5R1

AIP



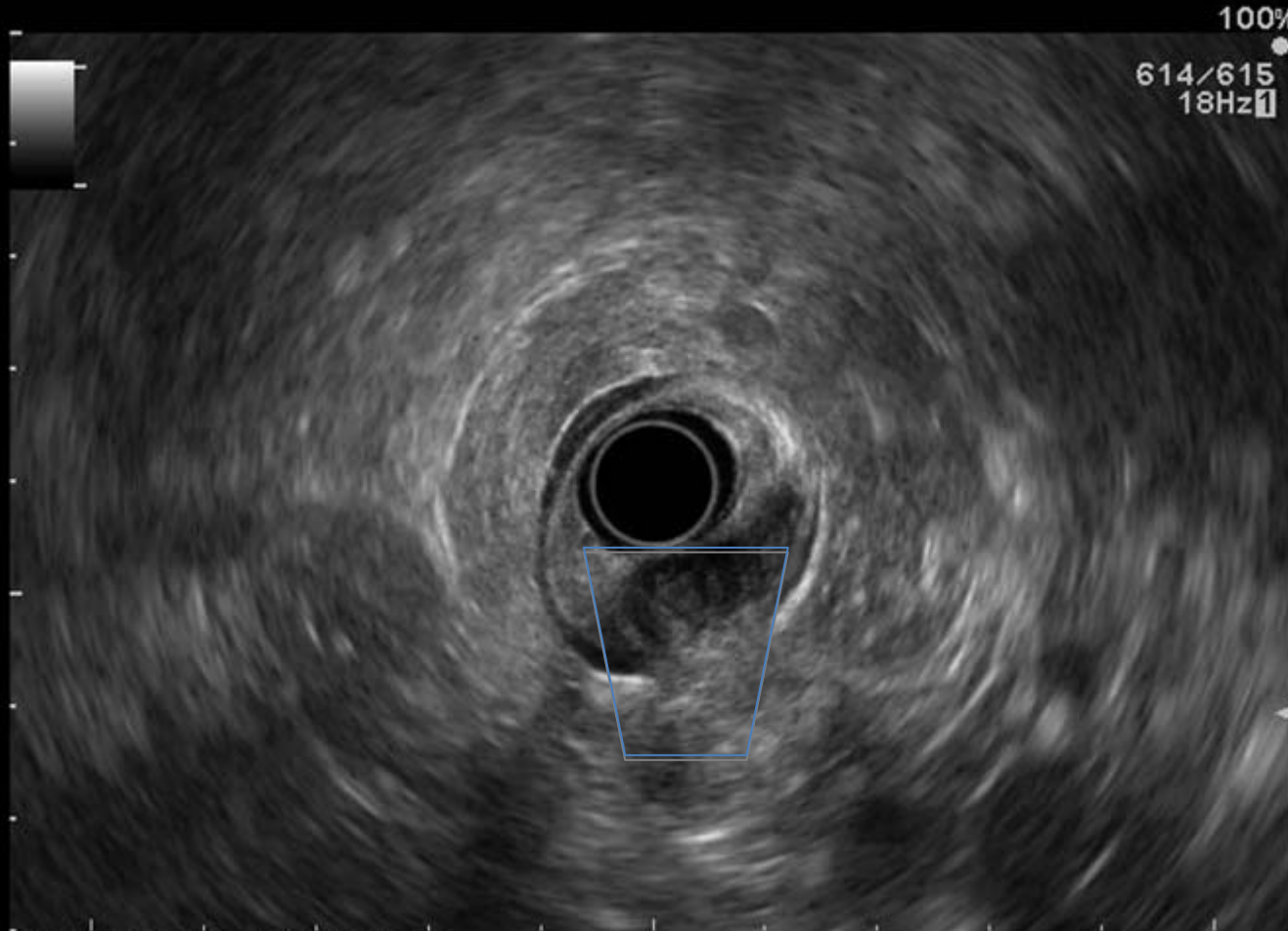
6.00M PR G77 C13 A1
1Dist: 17.0mm Dist: 5.9mm

DR PALAZZO

3:360 DIFFICILE

Sonde:OLY-R5R1

AIP

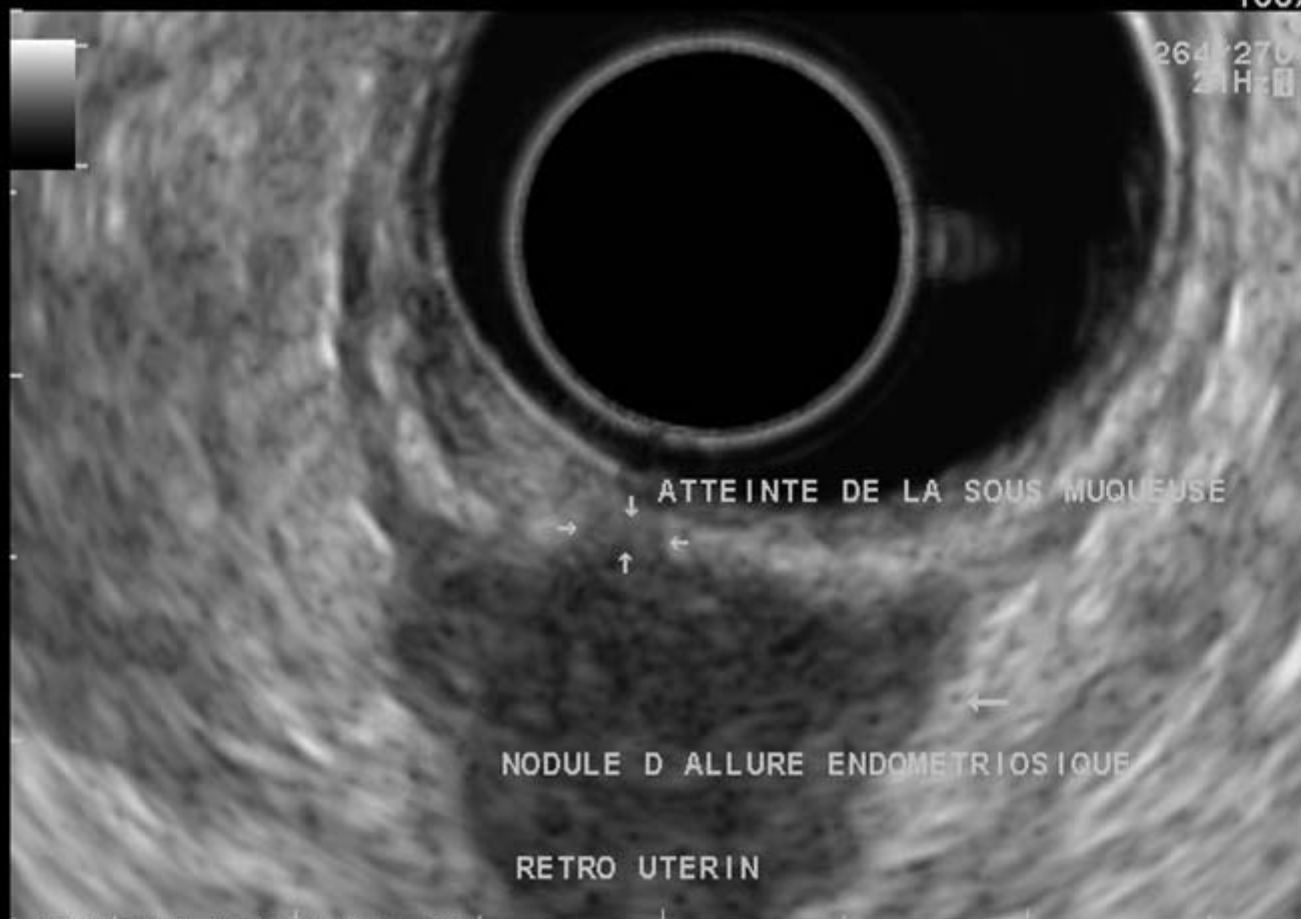


100%

614/615
18Hz

6.00M P8.0 G72 C13 A1

100%



6.00M P2.5 G72 C13 A1

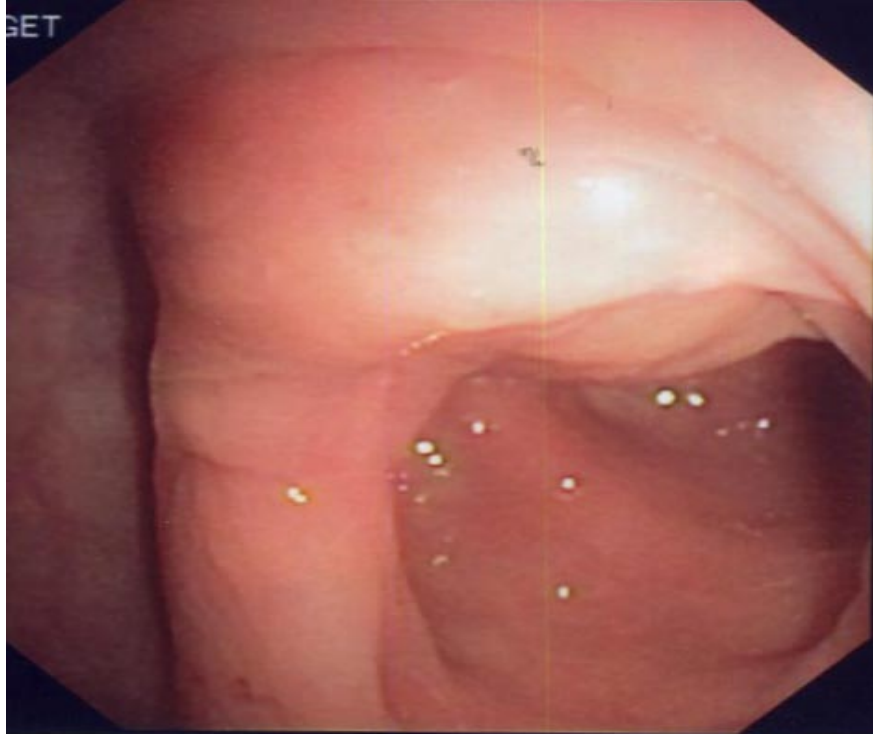


100%

688/689
18Hz

Ovaire gauche

6.00M P8.0 G72 C13 A1



Pourquoi les spécialistes de l'endométriose ont-ils besoin de l'échoendoscopie recto-sigmoïdienne?

- Seul examen qui a une sensibilité proche de 100% pour le diagnostic d'atteinte de la musculature digestive
- ☞ L'atteinte digestive et son importance conditionne la possibilité ou l'impossibilité de réaliser une cure complète de la maladie
- ☞ La résection rectale a une morbidité (neuro-vessie...) trop importante en l'absence de sténose symptomatique
- ☞ En cas d'infertilité, l'atteinte digestive en profondeur dans le muscle et a fortiori dans la SM implique une chirurgie volontairement incomplète ou le + souvent une abstention chirurgicale conduisant d'emblée à l'AMP

Prise en charge des patientes ayant une endométriose moyenne à sévère

- Au mieux réalisée dans une équipe médico-chirurgicale spécialisée, car multifactorielle et très complexe
- Médicale, médicale puis chirurgicale ou l'inverse le tout combinée à une AMP si besoin
- Schématiquement, elle dépend de :
 - L'existence d'une infertilité avec désir de grossesse
 - L'existence d'une sténose digestive symptomatique ou d'une sténose urétérale
 - L'existence d'une atteinte rectale pénétrante profondément dans la musculuse à fortiori dans la sous-muqueuse
 - L'existence d'une symptomatologie douloureuse altérant significativement la qualité de vie notamment sexuelle

En résumé

- L'endométriose est une affection fréquente souvent méconnue
- A évoquer devant des TFI d'apparition récente chez une femme jeune.
- La recherche d'une recrudescence cataméniale associée à une infertilité et/ou une dyspareunie profonde est la clé du diagnostic
- L'IRM ou l'échographie transvaginale effectuée par un radiologue spécialisé permet le diagnostic
- L'échoendoscopie recto-sigmoïdienne réalisée par un gastroentérologue habitué est indispensable à la prise en charge en cas de localisation sous-péritonéale postérieure

Points forts

- Affection gynécologique fréquente entre 25 et 35 ans
- Retard diagnostic fréquent car symptômes (essentiellement les douleurs pelviennes) peu spécifiques, chroniques et s'aggravant lentement
- L'apparition des symptômes, à l'arrêt de la prise de pilule en raison d'un désir de grossesse, est très évocatrice, surtout si les algies pelviennes s'associent à une infertilité
- La dysménorrhée d'intensité croissante, la dyspareunie profonde postérieure et l'existence de symptômes digestifs à recrudescence cataméniale, le tout associé à une nulligestité ou une infertilité primaire sont évocateurs de l'endométriose pelvienne profonde postérieure
- L'examen gynécologique effectué par un spécialiste n'est pas toujours anormal, et c'est souvent l'IRM pelvienne ou l'échographie transvaginale réalisées par des radiologues spécialisés qui affirme le diagnostic
- L'écho-endoscopie recto-sigmoïdienne réalisée par un gastroentérologue très habitué est indispensable au chirurgien pour affirmer ou infirmer l'atteinte digestive