

Conclusion

G. Meurette · J. Podevin

© Lavoisier SAS 2016

Au terme de ce dossier thématique qui fait le point sur les connaissances actuelles et les standards de prise en charge de l'endométriose digestive, nous retenons quelques messages importants.

Tout d'abord, sur le plan physiopathologique : malgré les progrès récents et surtout le suivi de cohortes de patientes atteintes, et une connaissance anatomopathologique très précise, il reste une vaste zone d'ombre sur les causes exactes de cette affection qui peut avoir des conséquences très sévères sur la santé des patientes. Ce sont principalement les douleurs et les troubles de fécondité qui sont au premier plan des symptômes. On sait aujourd'hui qu'une femme sur trois souffrant d'endométriose aura des manifestations digestives. C'est donc pour le coloproctologue une situation qu'il faut connaître.

Sur le plan du bilan, depuis les 20 dernières années, les progrès les plus significatifs ont été réalisés par l'imagerie et en particulier l'IRM. Cet examen devient aujourd'hui un standard dans le bilan de l'endométriose. Elle permet de faire une synthèse complète de l'ensemble des atteintes digestives pelviennes, mais également gynécologiques et urinaires. C'est bien souvent la région rétro-isthmique qui est atteinte, mais les lésions peuvent être très étendues et remonter sur le rectosigmoïde pour atteindre plus de 10 cm. En aval, la cloison rectovaginale peut être atteinte sur une hauteur variable.

Cette atteinte est cruciale pour le pronostic de la chirurgie car elle dicte l'étendue de la résection de rectum et son niveau de section. Ce bilan morphologique doit être complété par un coloscanner en cas d'atteinte digestive à l'IRM, car les atteintes multiples sont fréquentes.

Sur le plan thérapeutique, le traitement médical a fait des progrès autour de l'hormonothérapie qui aujourd'hui constitue le traitement de référence. Mais la chirurgie est souvent nécessaire. Aujourd'hui, deux visions sont possibles pour appréhender le traitement opératoire : une approche radicale visant à réséquer toutes les lésions et une approche plus « à la carte », moins invasive, moins exhaustive aussi. Ces conceptions s'opposent sans qu'il soit aujourd'hui possible de distinguer la supériorité de l'une par rapport à l'autre. Un essai randomisé est en cours ; il permettra sans doute de répondre à cette question.

Pour une affection qui pose aujourd'hui encore des problèmes aux thérapeutes, les progrès récents auront permis d'harmoniser les pratiques. Aujourd'hui, les dossiers doivent être discutés en réunion multidisciplinaire. Ce partage d'expérience entre spécialités est crucial pour proposer aux patientes une prise en charge optimale.

En espérant vous avoir donné un aperçu complet de cette affection rare et grave.

G. Meurette (✉) · J. Podevin
Clinique de chirurgie digestive et endocrinienne, CHU Nantes, 1
place Alexis Ricordeau, F-44093 Nantes, France
e-mail : guillaume.meurette@chu-nantes.fr