

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN GYNÉCOLOGIE : pathologies organiques

PH. HERMAN (1), E. LIFRANGE (2), M. NISOLLE (3), F. KRIDELKA (4), P. NERVO (5), U. GASPARD (6)

RÉSUMÉ : Sur une période d'environ 10 ans, la notion d'evidence-based medicine couplée au progrès des techniques chirurgicales a entraîné des changements profonds dans la prise en charge et le traitement de nos patientes. Les saignements utérins sont la première cause de consultation en gynécologie, et le stérilet contenant un progestatif ainsi que les traitements perhystéroscopiques ont, par leur efficacité, révolutionné ce secteur en quelques années. En sénologie, l'IRM, y compris interventionnelle, permet un bond diagnostique supplémentaire; l'identification et le prélèvement du ganglion sentinelle se sont imposés; les inhibiteurs de l'aromatase et des facteurs de croissance, les adaptations de la radiothérapie et l'arrivée de la pharmacogénétique révolutionnent le traitement du cancer du sein. La chirurgie du pelvis a basculé vers une approche endoscopique de plus en plus majoritaire dans le domaine des lésions bénignes (par exemple : endométriose), des interventions sur la statique pelvienne et la continence, où de nouvelles prothèses sont utilisées. Cette approche endoscopique permet également de progresser dans la prise en charge de l'oncologie gynécologique pelvienne.

MOTS-CLÉS : Ménométrorragies - Sénologie - Cancer du sein - Endométriose - Cancer de l'endomètre - Chirurgie endoscopique - Incontinence urinaire - Prolapsus génital

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES MÉNOMÉTRORRAGIES

(Ph. Herman)

Le traitement des ménométrorragies doit être impérativement étiologique. L'amélioration des techniques de diagnostic réduit le nombre de ménométrorragies imputées à une origine fonctionnelle, en augmentant celles dues à des lésions organiques de petite taille méconnues auparavant (1).

Il persiste cependant des saignements pathologiques qui seront traités efficacement par une approche hormonale. Ce sont, notamment, les insuffisances lutéales, fréquentes en période péri-pubertaire ou en péri-ménopause et les lésions organiques sensibles au traitement hormonal comme les hyperplasies endométriales bénignes ou certains myomes sans composante sous muqueuse. Suivant les cas, les dérivés de la progestérone naturelle ou les progestatifs seront

THÉRAPEUTIC PROGRESS IN GYNECOLOGY : ORGANIC DISEASES

SUMMARY : Over the last ten years, progress in evidence-based medicine coupled with technological and surgical breakthroughs have deeply changed the management of our patients. Uterine bleeding is the first cause of gynaecological consultation and the intrauterine progestin delivery system as well as new hysteroscopic procedures have optimized the therapeutic approach to this problem. Introduction of magnetic resonance imaging and interventional procedures have improved breast disease diagnosis and management; likewise sentinel node localization, introduction of aromatase and growth factors inhibitors, new radiotherapy procedures and pharmacogenomics, have helped to ameliorate breast cancer treatment. Pelvic surgery has been switching more and more towards laparoscopic procedures not only in the field of benign lesions (eg endometriosis), of surgery of prolapse and incontinence with new prosthetic materials, but also for an improved management of gynaecological cancers.

KEYWORDS : Metrorrhagia - Senology - Breast cancer - Endometriosis - Endometrial cancer - Endoscopic surgery - Urinary incontinence - Genital prolapse

prescrits par voie orale, en mode séquentiel ou continu, ou encore sous forme d'un dispositif intra-utérin (Mirena®) (2).

Les saignements utérins dysfonctionnels, d'une fréquence de 10 à 15% à l'approche de la quarantaine, surviennent chez des patientes présentant le plus souvent des cycles ovulatoires sans que des lésions organiques ne soient objectivées. Une partie des ces saignements utérins dysfonctionnels sont dus à des affections non diagnostiquées comme l'adénomyose ou la maladie de von Willebrand. Les autres, d'étiologie toujours mal connue, seront traités de façon symptomatique (antifibrinolytiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, progestatifs, contraceptifs), avec des résultats en général peu satisfaisants et souvent non définitifs. L'endométréctomie chimique (Mirena®) ou chirurgicale est le traitement de choix pour autant qu'il n'y ait pas d'adénomyose profonde sous-jacente. L'endométréctomie classique à l'anse monopolaire reste un «gold standard». Les endométréctomies par ballonnets (Vestablate®, Thermochoice®, Cavaterm®), apparus sur le marché depuis une bonne dizaine d'années, ainsi que les techniques utilisant un laser (Gynelase®) ou le liquide physiologique chauffé (Hydro Thermablator®) ne sont pas utilisées car d'un coût exorbitant.

Les lésions organiques bénignes seront le plus souvent traitées chirurgicalement. L'hystérocopie opératoire en est le versant conservateur, permettant de réduire de 50 % le nombre d'hys-

(1) Professeur de Clinique, Chef de Service Associé, Service de Gynécologie CHU Sart Tilman, Liège.

(2) Professeur de Clinique, Service de Sénologie CHU Sart Tilman et Notre dame des Bruyères, Liège.

(3) Professeur, (5) Chef de Clinique, Service de Gynécologie-Obstétrique, ULg, CHR Citadelle, Liège.

(4) Chef de Clinique, (6) Professeur Ordinaire, Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Sart Tilman et Notre Dame des Bruyères, Liège.

térectomies pour lésions bénignes pour autant que l'indication de cette technique soit correctement posée. Elle constitue le meilleur traitement des myomes sous-muqueux (< 4 cm), des polypes, des hyperplasies endométriales bénignes, des saignements utérins dysfonctionnels. Dans l'adénomyose, seule la forme superficielle de celle-ci peut être traitée efficacement par hystérectomie opératoire.

L'hystérectomie opératoire bipolaire est l'innovation constituant un progrès significatif par rapport à la technique monopolaire classique. Elle réduit à néant le risque d'hémodilution car elle utilise une solution saline comme liquide de distension. L'usage du courant bipolaire élimine le risque de brûlure et de stimulation neuromusculaire car le courant ne passe pas au travers des tissus situés entre l'anse de résection et la plaque-patient mais, au contraire, vient et retourne au générateur par l'intermédiaire de l'unité de travail. L'ERIS (électrorésection intra-saline) est d'une grande précision opératoire. Deux systèmes de résection bipolaire sont sur le marché : le Versapoint®, entièrementposable, et les nouveaux résecteurs bipolaires Olympus et Storz. Le premier, nettement plus coûteux car à usage unique, a un intérêt dans le concept de la clinique du saignement; lors d'hystérectomies diagnostiques, il permet, en effet, l'exérèse sur le champ de lésions de petite taille sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à une hystérectomie opératoire classique. Il dispose, par ailleurs dans sa gamme, d'une électrode «céramique» très efficace pour vaporiser les myomes. Les nouveaux électrorésecteurs bipolaires sont intéressants car moins coûteux que le système disposable Versapoint. Ils nécessitent l'adaptation du matériel monopolaire et non le remplacement du matériel préexistant. Il suffit d'acquérir un générateur polyvalent et le résecteur bipolaire proprement dit. Vu son coût moindre que celui du Versapoint® mais cependant plus élevé que l'électrorésection monopolaire, il doit être réservé essentiellement aux résections difficiles et longues, notamment en cas de myomes (3).

Les lésions organiques non accessibles au traitement hystérectomique seront traitées par hystérectomie. Le chirurgien gynécologue doit en 2007 connaître et pratiquer avec la même aisance les différentes techniques d'hystérectomie, qu'elles soient laparoscopique, vaginale ou abdominale conventionnelle. La connaissance égale de ces 3 voies lui permet, pour chaque patiente à opérer, de choisir, en toute objectivité, la meilleure voie à utiliser en fonction de la lésion à traiter et du statut anatomique de la patiente (4).

SÉNIOLOGIE ET PATIENT-BASED MEDICINE

(E. Lifrange)

Le terme de «sénologie», néologisme proposé dès 1963 par Ch.M. Gros (Strasbourg), désigne l'ensemble des techniques utilisées dans la mise au point diagnostique des affections mammaires en vue d'établir la thérapeutique la plus appropriée. La discipline sénologique ne se résume pas à la lecture de clichés mammographiques de dépistage ou à la prise en charge multidisciplinaire des cancers du sein. Elle étudie les aspects physiopathologiques de l'ensemble des affections mammaires bénignes et malignes. La consultation de sénologie est assurée dans une unité de temps, de lieu et de personne par un gynécologue-connexiste ou un radiologue-clinicien. Sa pratique requiert la maîtrise des techniques diagnostiques et la compréhension, voire la mise en œuvre, des différentes étapes du traitement.

Dans un contexte où l'interprétation des données de la médecine factuelle (Evidence Based Medicine) nous semble parfois détournée de ses objectifs de validation scientifiques, la pratique clinique nous rappelle l'impérieuse nécessité de traiter des malades et non des maladies. Ces dix dernières années, des innovations majeures en sénologie ont permis d'améliorer chacune des étapes de la prise en charge de nos patientes. La plupart de ces progrès sont le résultat de travaux visant prioritairement à personnaliser cette prise en charge (Patient Based Medicine), dans le sens d'une meilleure efficacité tout en réduisant les effets secondaires et ce, de façon adaptée au problème posé pour chaque patiente.

Les aspects organisationnels d'une clinique du sein et l'intérêt de l'accompagnement psychosocial des patientes ont été discutés dans un précédent article (5). Nous présentons ici quelques données récentes qui, parmi d'autres, nous semblent intéressantes, dans les différents domaines étudiés en sénologie, depuis le dépistage jusqu'au traitement adjuvant, en passant par le diagnostic et la chirurgie du cancer du sein.

LE DÉPISTAGE DE MASSE PAR MAMMOGRAPHIE SEULE

En 2006, l'Institut Cochrane, une source indépendante de référence en médecine factuelle, a publié une méta-analyse des résultats des 7 essais randomisés qui ont étudié le dépistage du cancer du sein par mammographie seule. Cette méta-analyse évalue à 15% la réduction du risque relatif et à 0,05% la réduction du risque absolu de décès par cancer du sein dans la population étudiée (500.000 femmes). Ce dépistage est également responsable d'un taux de surdiagnostic

et de surtraitement de 30 % exprimé en risque relatif et de 0,5% en risque absolu. En d'autres termes, une patiente sur 2000 bénéficiant d'un dépistage pendant 10 ans survivra davantage des suites de son cancer, et 10 patientes sur ces 2000 seront inutilement diagnostiquées et traitées pour un cancer du sein indolent (*in situ* ou invasif), sans parler des inquiétudes inutiles générées par les très nombreux faux tests positifs. En conclusion, les auteurs soulignent que le rapport bénéfice/inconvénient du dépistage de masse n'est pas clair (6). Le débat reste ouvert...

L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

L'IRM des seins est actuellement l'examen le plus sensible pour la détection d'un cancer du sein (5 à 20 % de faux négatifs suivant les études). Le coût de l'examen, ses exigences techniques et ses difficultés d'interprétation restent des facteurs limitants. Les principales indications proposées pour l'IRM, en complément d'un bilan sénologique classique, sont les suivantes : suivi des patientes présentant une mutation des gènes BRCA, recherche d'un cancer intramammaire méconnu, évaluation pré-opératoire, complément d'investigation à la suite d'un bilan sénologique non concluant (7). Des prélèvements microbiopsiques sous contrôle de l'IRM peuvent être réalisés en présence d'une anomalie détectée exclusivement par cet examen. Le développement de ces techniques de biopsie à l'aiguille permet une confrontation anatomopathologique avec l'image et contribue à la sélection des cas nécessitant une vérification chirurgicale. Il ne fait aucun doute que l'IRM des seins occupera à l'avenir une place prépondérante dans la mise au point diagnostique, la planification thérapeutique et le suivi de nos patientes.

L'IDENTIFICATION ET LE PRÉLÈVEMENT ÉLECTIF DU GANGLION SENTINELLE

Le statut ganglionnaire axillaire représente le principal facteur pronostique du cancer du sein invasif. La technique dite du ganglion sentinelle (GS) consiste à injecter au voisinage de la tumeur, préalablement à l'intervention chirurgicale, un colloïde radioactif et/ou un colorant lymphotrope (8) (NDLR : cette technique est développée dans un autre article de ce numéro). Ces traceurs du système lymphatique seront suivis dans leur progression jusqu'au premier relais ganglionnaire de la tumeur que l'on nomme «ganglion sentinelle» (GS). Plusieurs travaux ont montré que, dans des populations de tumeurs mammaires T1-2 No (de diamètre clinique \leq 5

cm et en l'absence de ganglion cliniquement suspect), l'analyse histologique du GS était hautement prédictive du statut ganglionnaire axillaire et ce, quel que soit le mode de détection. La sensibilité rapportée varie de 88 % à 100 %. Lorsque le GS est indemne de cellules métastatiques, on peut épargner à la patiente les séquelles anatomiques et fonctionnelles d'un curage ganglionnaire axillaire classique. La technique du GS est actuellement proposée pour les tumeurs invasives de moins de 2 cm et représente un progrès majeur dans la réduction du traumatisme associé à la chirurgie du cancer du sein.

LES INHIBITEURS DE L'AROMATASE (IAs)

Le tamoxifène, modulateur sélectif du récepteur aux oestrogènes, est resté pendant plus de trente ans le traitement hormonal de référence pour les cancers du sein exprimant des récepteurs stéroïdiens. Les inhibiteurs de l'aromatase de 3^{ème} génération (anastrozole, aromasin, létrozole) se sont imposés ces dernières années comme des partenaires incontournables de toute hormonothérapie du cancer du sein, dans des schémas de prescription d'emblée, séquentiel (après 2-3 ans de tamoxifène) ou étendu (après 5 ans de tamoxifène) (9). Ces traitements par IAs permettent d'améliorer la survie sans rechute, voire la survie globale, tout en présentant un profil de tolérance et de compliance plus favorable. Ils n'augmentent pas le risque de cancer de l'endomètre et sont associés à un moindre risque thrombo-embolique que le tamoxifène. Par contre, les symptômes ostéo-articulaires (douleurs, ostéoporose) sont plus fréquents. Les indications actuellement remboursées pour un traitement par IAs sont encore limitées, notamment en raison de l'impact de ces traitements innovants sur le budget des soins de santé. Dans l'attente d'une prise en charge moins restrictive de ces traitements par l'INAMI, nos patientes peuvent en bénéficier dans le cadre d'essais cliniques, voire de programmes compassionnels.

GÉNOMIQUE, PROTÉOMIQUE ET MÉTABOLOMIQUE

Les travaux consacrés à l'amélioration de la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein sont très nombreux. Nous pourrions parler du repérage des sites lésionnels et de la sélection des candidates en vue d'une irradiation partielle exclusive, de l'apport des taxanes et du trastuzumab en traitement adjuvant, des progrès réalisés dans le domaine de la chirurgie de reconstruction...

A l'occasion de la 10^{ème} Conférence internationale de St Gallen, le Professeur M. Piccart

de l'Institut J. Bordet (Bruxelles) a insisté sur l'impérieuse nécessité de mieux identifier les patientes qui tireront un maximum de bénéfices des traitements systémiques proposés (10). En effet, dans les populations de patientes étudiées à ce jour de façon prospective randomisée afin de valider l'intérêt de tel ou tel schéma thérapeutique adjuvant, seul un faible pourcentage bénéficie en définitive du traitement prescrit. A l'heure actuelle, la majorité de nos patientes ne retirent donc que des inconvénients de ces traitements lourds et coûteux.

L'établissement de la carte d'identité génétique (génomique) de la tumeur primitive (mais également des cellules tumorales présentes dans le sang ou dans la moelle), et la caractérisation du profil d'expression des protéines (protéomique) et des métabolites (métabolomique) circulants sont des outils en cours de validation qui devraient permettre, à l'avenir, de mieux sélectionner nos patientes afin de leur proposer un vrai traitement «sur mesure». Une telle approche est nécessaire, non seulement dans l'intérêt des patientes, mais également pour des raisons évidentes d'économie de soins de santé.

Par ces quelques exemples, nous souhaitons montrer que de toute évidence la «Patient Based Medicine» sera une priorité en sénologie dans les prochaines années. En vue d'atteindre cet objectif, nos patientes seront de plus en plus sollicitées pour participer à des essais cliniques ambitieux qui constituent l'étape de validation indispensable à tout progrès dans le domaine des sciences médicales.

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE DE L'ENDOMÉTRIOSE

(M. Nisolle)

A l'heure actuelle, la laparoscopie est la voie chirurgicale préférentielle pour la prise en charge de la pathologie gynécologique organique bénigne. En effet, la réalisation de kystectomie ovarienne, d'annexectomie, de myomectomie, et même d'hystérectomie, est bien standardisée et reproductible par de nombreuses équipes chirurgicales. La coelioscopie est également la voie d'abord de choix pour le traitement de l'endométriose péritonéale superficielle et des endométriomes ovariens. Cependant cette prise en charge de l'endométriose soulève de nombreuses questions dont les principales sont reprises ci-dessous, car des réponses nouvelles se sont récemment dégagées.

PLACE DE LA CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE DANS L'ENDOMÉTRIOSE LÉGÈRE EN CAS D'INFERTILITÉ OU DE DOULEUR PELVIENNE

Pour les endométrioses de stade précoce, une étude prospective randomisée a permis de suggérer que le traitement chirurgical de lésions superficielles contribuerait à favoriser la fertilité. En effet, un taux de grossesse de 30,7 % a été obtenu dans le groupe des 172 patientes traitées comparé à 17,7 % dans le groupe des 169 patientes non traitées (11). Une étude prospective randomisée, réalisée en double aveugle, a démontré un avantage en termes de réduction des douleurs pelviennes lorsque les lésions d'endométriose sont détruites par rapport à ce que l'on observe en l'absence de traitement (12).

QUELLE EST LA TECHNIQUE CHIRURGICALE RECOMMANDÉE POUR L'ENDOMÉTRIOSE OVAIRIENNE ?

La chirurgie laparoscopique est actuellement considérée comme le gold standard dans le traitement des kystes ovariens endométriosiques chez les femmes infertiles. La technique chirurgicale consiste soit en une kystectomie (exérèse complète de la paroi du kyste) (Fig. 1), soit en une fenestration première du kyste suivie d'une coagulation bipolaire ou d'une vaporisation au laser CO₂ de la paroi interne du kyste (13, 14). La technique de la kystectomie peut être responsable de saignements diffus au niveau du cortex ovarien, étant donné la présence d'une capsule fibreuse entourant le kyste endométriosique, et peut ainsi nécessiter une coagulation intempes- tive de l'ovaire restant lorsque la dissection est malaisée. La vaporisation au laser CO₂ vise à détruire l'épithélium et le stroma du kyste endométriosique sur une profondeur inférieure à 1,5 mm. Elle évite aussi le risque de recourir à une coagulation du hile ovarien et diminue le risque de destruction du tissu ovarien résiduel. Cependant, les données obtenues récemment dans une

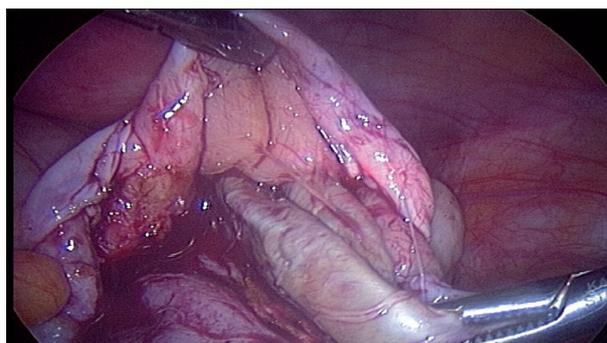


Figure 1 : Kystectomie ovarienne per-laparoscopique (endométriose)

méta-analyse ont démontré l'avantage de la kystectomie sur les autres types de traitement, avec un plus faible taux de récurrence et une amélioration plus importante de la douleur pelvienne (15).

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉCIDIVES DES ENDOMÉTRIOMES OVARIENS ?

Après une chirurgie satisfaisante mais n'ayant pas permis l'obtention d'une grossesse dans un délai de 9 à 12 mois, une nouvelle stratégie de traitement est proposée et, notamment, la fécondation *in vitro* (FIV). Les récurrences des endométriomes ovariens sont, en général, mises en évidence lors du bilan préalable à la FIV et la question d'une nouvelle prise en charge chirurgicale se pose. Les endométriomes n'ont pas d'impact sur le résultat final d'une FIV et la découverte d'un endométriome lors d'une stimulation de FIV ne doit pas conduire à l'interruption de la tentative. Selon les recommandations pour la pratique clinique établies par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, les endométriomes de moins de 6 cm ne doivent faire l'objet ni d'un traitement chirurgical itératif, ni d'une ponction avant la FIV (16).

QUELLE EST LA PLACE DE LA RÉSECTION DIGESTIVE LAPAROSCOPIQUE EN CAS D'ENDOMÉTRIOSE COLORECTALE ?

La prise en charge laparoscopique de l'endométriose digestive est un sujet de controverse. Depuis la première description de la résection sigmoïdienne laparoscopique, de nombreuses études ont confirmé sa faisabilité, mais peu de données sont publiées sur les résultats histologiques, notamment le degré d'infiltration digestive ayant justifié la résection, sur les complications et la fertilité après ce type de chirurgie (17). Plusieurs études ont démontré une amélioration de la qualité de vie des patientes après chirurgie (18). Cependant, vu le taux élevé de complications majeures (péritonite, colostomie de sécurité ...) associé à ce type de chirurgie, seules les patientes présentant des formes symptomatiques et désireuses de grossesse devraient bénéficier de cette prise en charge (19).

La morbidité associée à la dissection extensive du pelvis peut altérer la fonction vésicale et être responsable d'une rétention urinaire parfois de longue durée. Afin de minimiser ces effets secondaires postopératoires, une technique visant à épargner les trajets nerveux lors de cette dissection pelvienne a été proposée, mais elle reste actuellement pratiquée par peu d'équipes d'endoscopistes. Elle semble, cependant, très

prometteuse en termes de réduction de la morbidité vésicale postopératoire (20, 21).

APPROCHE LAPAROSCOPIQUE DU CANCER ENDOMÉTRIAL DÉBUTANT

(F. Kridelka)

Le cancer endométrial est, en Belgique, le plus fréquent des cancers gynécologiques pelviens. Dans 90% des cas, il s'agit d'une néoplasie glandulaire de type endométrioïde, précédée d'un état précancéreux qu'est l'hyperplasie endométriale atypique. L'excès d'œstrogènes (oestrogénothérapie non opposée, obésité, syndrome des ovaires micropolykystiques, ménopause tardive...) est un facteur de risque reconnu et souvent lié à un profil médical de comorbidité (surcharge pondérale, hypertension, diabète de type 2). Le traitement du cancer de l'endomètre est d'abord chirurgical et consiste traditionnellement en une hystérectomie radicale totale et une lymphadénectomie pelvienne réalisée par abord de laparotomie verticale médiane sous-ombilicale. Le stade chirurgical ainsi déterminé permet de discuter les indications de traitements adjuvants (radiothérapie externe, curiethérapie du dôme vaginal...).

Ce type d'approche thérapeutique, appliqué au profil médical des patientes souffrant de néoplasie utérine, est responsable d'un taux élevé de complications principalement liées à l'incision abdominale (infection pariétale, infections pulmonaires, hernie abdominale...) ou à l'immobilisation postopératoire prolongée chez ces patientes à risque (accident thromboembolique) (22). L'approche laparoscopique, en permettant une mobilisation postopératoire précoce et l'économie de l'incision abdominale, doit théoriquement permettre une réduction significative du taux de complications thérapeutiques; elle doit, cependant, démontrer sa faisabilité, son équivalence de radicalité et sa sécurité en termes de contrôle local et de taux de survie.

LAPAROSCOPIE VERSUS LAPAROTOMIE

Les résultats des études comparant la laparoscopie et la laparotomie dans le traitement du cancer endométrial sont repris au tableau I. Ils confirment la faisabilité de la stadification chirurgicale endoscopique du cancer endométrial, une radicalité équivalente en termes de nombre de ganglions disséqués, une réduction du volume des pertes de sang peropératoires et de la durée d'hospitalisation, au prix d'une durée opératoire majorée (23).

TABLEAU I : LAPAROSCOPIE *VERSUS* LAPAROTOMIE : ÉTUDES COMPARATIVES.

Study		Nbre Pts	IMC (kg/m ²)	Ggls (n)	Vol Sg (ml)	Tps Op (min)	Hospi (j)
Fram 2002	LS	29	25.7	21.3	145	136	2.3
	LT	32	26.2	21.9	501	101	5.5
Malur 2001	LS	37	29.7	16.1	229	176	8.6
	LT	34	29.6	15.4	594	166	11.7
Eltabbakah 2001	LS	86	28.9	10.8	278	190	2.5
	LT	57	31.9	4.9	307	132	5.6
Tizzi 2001	LS	63	31.3	28.6	1>1,51	NS	NS
	LT	59	30.1	25.4	8> 1,51	NS	NS

LS : Laparoscopie; LT : Laparotomie; Nbre : Nombre; IMC : Indice de Masse Corporelle; Ggls : Ganglions; Vol Sg : Pertes de Sang Peropérateires; Tps Op : Durée opératoire; Hospi : Durée d'Hospitalisation (jours); NS : non signalé.

TABLEAU II : LAPAROSCOPIE *VS* LAPAROTOMIE : MORBIDITÉ PÉRIOPÉRAIRE; G = GRADE; LS : LAPAROSCOPIE; LT : LAPAROTOMIE; P : SIGNIFICATION STATISTIQUE

	Postopératoire Précoce			Postopératoire Tardif		
	G1	G2	G3	G1	G2	G3
LS n (%)	15 (23.8)	0	0	4 (6.3)	1 (1.5)	0
LT n (%)	20 (33.8)	6 (10.1)	2 (3.3)	8 (13.5)	6 (10.1)	7 (11.8)
P	0.307	0.03	0.465	0.302	0.096	0.016

Une courbe d'apprentissage est indispensable et permet une amélioration progressive de la durée opératoire et de la radicalité de stadification ganglionnaire et l'obtention des bénéfices liés à la laparoscopie en termes de réduction de morbidité périopératoire (24) (Tableau II).

Les études publiées comparant les taux de survie sans récurrence et les taux de survie globale obtenus après chirurgie conventionnelle et chirurgie endoscopique suggèrent toutes le maintien des statistiques favorables après laparoscopie (Tableau III) (25-27).

Enfin, la qualité de vie après stadification chirurgicale par laparoscopie vs laparotomie et le coût de ces approches ont été étudiés. L'étude prospective de Zullo et coll (28), confirme une amélioration significative de la qualité de vie après traitement laparoscopique dès le premier mois post-chirurgie. Les coûts attribués aux deux techniques semblent équivalents, principalement dus au matériel pour l'approche endoscopique, et principalement liés au temps d'hospitalisation pour l'approche traditionnelle par laparotomie.

CONCLUSIONS

Le cancer endométrial est diagnostiqué dans la majorité des cas à un stade opérable chez des

TABLEAU III : SURVIE SANS RÉCIDIVE DE LA MALADIE (DFS) APRÈS STADIFICATION CHIRURGICALE PAR LAPAROSCOPIE VS LAPAROTOMIE.

	% DFS	
	LS	LT
Malur 2001	97.3	93.3
Holub 2002	93.7	93.2
Eltabbakah 2002	90	92
Langerekke 2002	100	95.9
Kuoppola 2004	100	95

DFS : DISEASE FREE SURVIVAL; LS : LAPAROSCOPIE; LT : LAPAROTOMIE.

patientes dont le profil médical les rend à risque de complications chirurgicales. La laparoscopie, en permettant l'économie d'une incision abdominale et d'une immobilisation postopératoire prolongée, permet une réduction significative de la morbidité chirurgicale, tout en maintenant la radicalité et les taux de succès thérapeutiques, mais au prix d'une durée d'intervention supérieure. Cette approche doit cependant être réservée à des équipes oncologiques gynécologiques formées à cette technique. La publication de l'étude prospective et randomisée du Gynecologic Oncology Group comparant les deux techniques chirurgicales dans le traitement du cancer endométrial débutant devrait apporter des informations définitives à ce sujet.

LES DYSFONCTIONS DU PLANCHER PELVIEN FÉMININ

(P. Nervo)

Les troubles du plancher pelvien chez la femme sont fréquents, une femme sur trois en souffre. Leurs manifestations cliniques sont multiples (incontinence urinaire, prolapsus génital, incontinence anale, anomalies sensitives, troubles de vidange, dysfonction sexuelle, syndromes dou-

loueux). Une approche multidisciplinaire de la pathologie est indispensable pour une prise en charge optimale permettant une proposition thérapeutique plus adaptée à chaque pathologie et à chaque patiente.

Le plancher pelvien joue un double rôle, anatomique et fonctionnel. La connaissance anatomique est primordiale afin d'établir une cartographie du défaut pelvien, associé ou non à un trouble fonctionnel du bas appareil urinaire. Nous ne nous étendons pas sur les détails anatomiques du plancher pelvien; rappelons seulement que celui-ci est assimilé aux muscles élévateurs de l'anus, représentant une structure contractile de soutien efficace. Les organes pelviens sont, par ailleurs, soutenus par une combinaison de muscles et de tissus conjonctifs amarrant chaque structure aux parois pelviennes (fascia endopelvien) (29). L'interaction plancher pelvien - bas appareil urinaire est capitale et une compréhension physiopathologique de chaque problème urinaire est capitale avant l'approche thérapeutique.

L'INCONTINENCE URINAIRE

En pratique gynécologique, les plaintes les plus fréquentes sont l'incontinence urinaire d'effort et le prolapsus génital. Une anamnèse détaillée et un examen clinique rigoureux de la sphère uro-génitale, mais également de la région ano-rectale, permettent une description des principaux troubles et une évaluation de la sévérité de ceux-ci. Les explorations complémentaires par bilan urodynamique, endoscopie, résonance magnétique nucléaire, défécographie, permettront de préciser le diagnostic. Ce n'est qu'au terme d'un bilan soigneux et exhaustif qu'il sera envisagé une prise en charge chirurgicale dont les bénéfices et risques auront été soigneusement évalués.

L'incontinence urinaire, définie comme une fuite involontaire d'urine, touche plusieurs millions de personnes dans le monde dont 85% sont des femmes. L'incontinence urinaire est un symptôme, et non un diagnostic, qui doit s'intégrer dans une pathologie précise. Il n'existe donc pas le traitement «gold standard» de l'incontinence urinaire. Le traitement médical comprend une kinésithérapie périnéale permettant un renforcement des muscles périnéaux (30), des conseils hygiéno-diététiques, un traitement médicamenteux adapté : les anti-muscariniques (atropine, toltérodine, trospium, solifénacine, oxybutynine), les toxines botuliniques,...

Les cures d'incontinence ont connu des bouleversements de techniques opératoires au cours de

ces dernières années, en particulier avec l'introduction des techniques de frondes sous-urétrales, laissant progressivement de côté les techniques de colporraphies antérieures, de suspensions et de colposuspensions. A l'heure actuelle, la prise en charge chirurgicale *ad hoc* de l'incontinence urinaire vraie consiste en la mise en place d'une bandelette prothétique en position sous-urétrale trans-obturatrice (31). Il s'agit d'une intervention standardisée et reproductible, s'effectuant par voie vaginale, sous anesthésie locorégionale. Le passage de la prothèse se fait soit au départ du pli inguinal vers le vagin (TOT), soit au départ du vagin vers le trou obturateur (TVT-O) (Fig. 2). L'hospitalisation est de courte durée et l'évolution postopératoire permet une reprise rapide des activités quotidiennes.

LE PROLAPSUS GÉNITAL

Le prolapsus génital est un vaste domaine qui recourt également à un large éventail de techniques opératoires avec ou sans prothèse, par les différentes voies chirurgicales possibles (laparotomiques, vaginales, coelioscopiques). Le prolapsus peut toucher le compartiment antérieur (cystocèle), le compartiment postérieur (rectocèle), le douglas (entérocele) ou les trois étages simultanément (prolapsus complexe). Le traitement du prolapsus peut être associé ou non à une hystérectomie. L'arrivée des prothèses a modifié la prise en charge de cette pathologie, parfois de manière exagérée. La littérature regorge d'articles décrivant différentes techniques, différentes prothèses, souvent sans évaluation à long terme. Les complications de cure de prolapsus ont amené à plus de vigilance, à une évaluation correcte et adaptée de l'indication et de la voie d'abord opératoire.

La voie vaginale permet d'effectuer la cure de cystocèle, de rectocèle ou la cure du prolapsus complexe par mise en place sélective de prothèses. La technique opératoire est «simplifiée» grâce à une codification précise des différentes étapes chirurgicales. Les prothèses sont positionnées dans les espaces vésico-vaginal et recto-vaginal après un passage respectif en trans-obturateur et en trans-glutéal; elles sont dites «tension-free» (32) (Fig. 3). L'intervention est réalisée sous anesthésie loco-régionale et nécessite une courte hospitalisation.

La voie coelioscopique s'intéresse au prolapsus complexe, au prolapsus du fond vaginal post-hystérectomie. Elle se caractérise par la mise en place d'une bandelette prothétique antérieure insérée sur le vagin antérieur et le col utérin et/ou d'une prothèse postérieure insérée

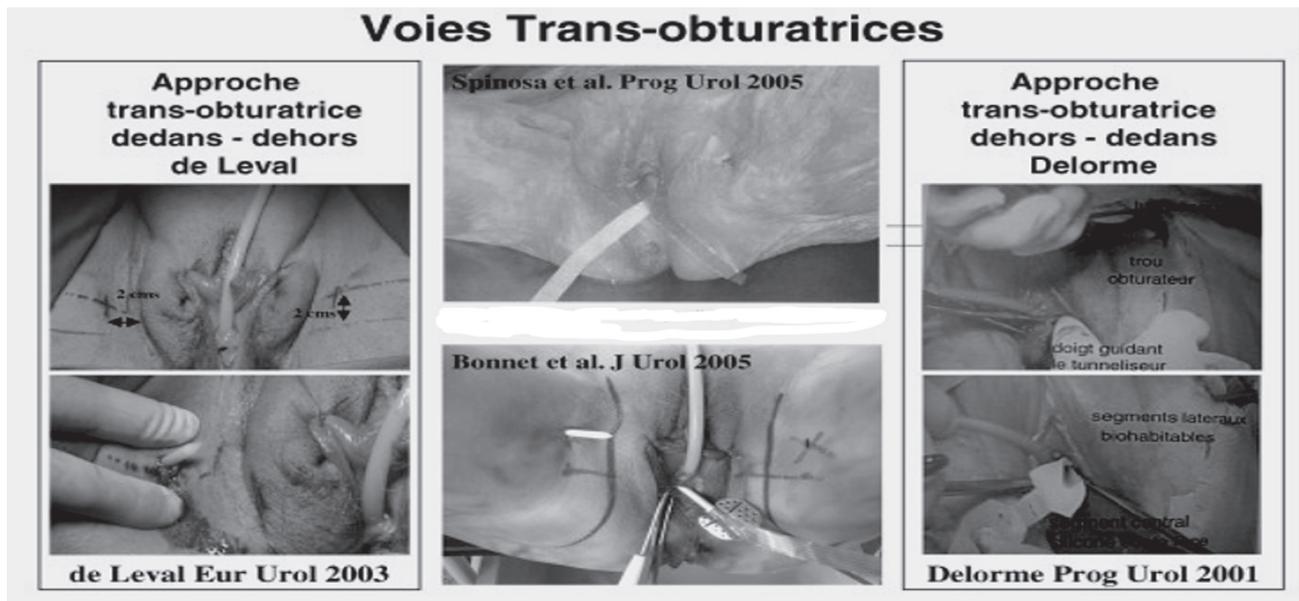


Figure 2 : Illustration des deux techniques de mise en place d'une bandelette prothétique en position sous-urétrale trans-obturatrice

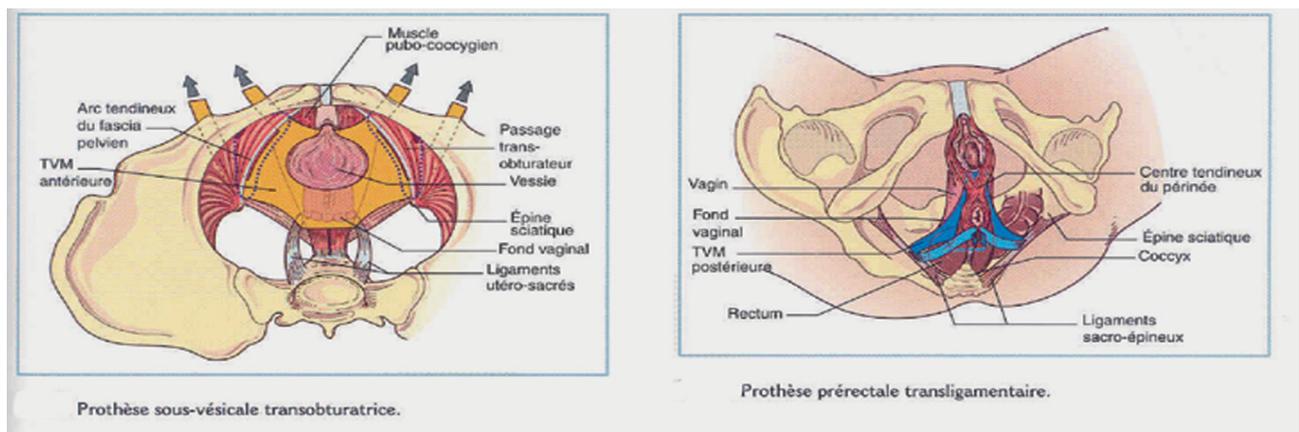


Figure 3 : Illustration de la mise en place d'une prothèse pour traitement de prolapsus

sur les muscles releveurs de l'anus et le vagin postérieur. Ces deux prothèses sont enfin amarrées ensemble au niveau du promontoire grâce à des points de fixation au niveau du ligament vertébral antérieur. La cure de prolapsus du fond vaginal se fait suivant la même technique. Elle demande une expertise chirurgicale coelioscopique entraînée et s'effectue sous anesthésie générale (33, 34).

CONCLUSION

Les anomalies du plancher pelvien touchent une femme sur trois. L'approche thérapeutique adéquate des dysfonctionnements du plancher pelvien n'est possible qu'au travers d'une anam-

nèse détaillée, d'un examen clinique approfondi s'intéressant aux différents compartiments de la région pelvienne associés à des explorations complémentaires. Tout geste chirurgical sera posé après une réflexion approfondie du problème, mesurant les avantages et les risques de l'acte opératoire et ce, en présence de la patiente. Une approche multidisciplinaire est primordiale. Les techniques opératoires sont nombreuses. A chacun d'avoir sa propre réflexion et de connaître ses limites.

BIBLIOGRAPHIE

1. Herman Ph, Gaspard U.— Les ménométrorragies. *Rev Med Liège*, 1999, 54, 289-295.

2. Rauramo I, Elo I, Istre O.— Long-term treatment of menorrhagia with levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Obstet Gynecol*, 2004, **104**, 1314-1321.
3. Herman Ph, Gaspard U.— Nouveautés en hystérocopie diagnostique et opératoire. *Gynécobstet Pratique*, 2005, **178**, 1-8.
4. Herman Ph, Gaspard U.— Comment je traite chirurgicalement les lésions utérines bénignes. *Rev Med Liège*, 2002, **57**, 187-190.
5. Lifrange E, Rorive A.— Le cancer du sein : une approche intégrée. *Rev Med Liège*, 2007, **62**, suppl, 18-21.
6. Gøtzsche PC, Nielsen M.— Screening for breast cancer with mammography. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, issue 4. Published by John Wiley and Sons, Ltd.
7. Lalonde L, David J, Trop I.— Magnetic resonance imaging of the breast: current indications. *Can Assoc Radiol J*, 2005, **56**, 301-308.
8. Krag DN, Weaver DL, Alex JC, et al.— Surgical resection and radiolocalization of the sentinel lymph node in breast cancer using a gamma probe. *Surg Oncol*, 1993, **2**, 335-339.
9. Goldhirsch A et al.— Meeting highlights: international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2005. *Ann Oncol*, 2005, **16**, 1569-1583.
10. Piccart-Gebhart MJ, Cardoso F, Desmedt Ch, et al.— The evolution of treatment strategies: aiming at the target. *Breast*, 2007, **16**, suppl 1, S1.
11. Marcoux S, Maheux R, Berube S.— Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. *N Engl J Med*, 1997, **337**, 217-222.
12. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, et al.— Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril*, 1994, **62**, 696-700.
13. Canis M, Pouly JL, Tamburro S, et al.— Ovarian response during IVF-embryo transfer cycles after laparoscopic ovarian cystectomy for endometriotic cysts of >3 cm in diameter. *Hum Reprod*, 2001, **16**, 2583-2586.
14. Donnez J, Nisolle M, Gillerot S, et al.— Ovarian endometriotic cysts: the role of gonadotropin-releasing hormone analogue agonist and/or drainage. *Fertil Steril*, 1994, **62**, 63-66.
15. Hart R, Hickey M, Maouris P, et al.— Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomas: a Cochrane Review. *Hum Reprod*, 2005, **20**, 3000-3007.
16. Pouly JL, Canis M, Velemir L, et al.— Endometriosis related infertility. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2007, **36**, 151-161.
17. Redwine DB, Wright JT.— Laparoscopic treatment of complete obliteration of the cul-de-sac associated with endometriosis: long-term follow-up of en bloc resection. *Fertil Steril*, 2001, **76**, 358-365.
18. Darai E, Thomassin I, Barranger E, et al.— Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*, 2005, **192**, 394-400.
19. Dubernard G, Piketty M, Rouzier R, et al.— Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Human Reprod*, 2006, **21**, 1243-1247.
20. Possover M, Quakernack J, Chiantera V.— The LANN technique to reduce postoperative functional morbidity in laparoscopic radical pelvic surgery. *J Am Coll Surg*, 2005, **201**, 913-917.
21. Landi S, Ceccaroni M, Perutelli A, et al.— Laparoscopic nerve-sparing complete excision of deep endometriosis: is it feasible? *Human Reprod*, 2006, **21**, 774-781.
22. Tozzi R, Malur S, Koehler C, et al.— Analysis of morbidity in patients with endometrial cancer : is there a commitment to offer laparoscopy ? *Gynecol Oncol*, 2005, **162**, 4-9.
23. Malur S, Possover M, Michels W, et al.— Laparoscopic-assisted vaginal versus abdominal surgery in patients with endometrial cancer - a prospective randomized trial. *Gynecol Oncol*, 2001, **80**, 239-244.
24. Eltabbakh GH.— Analysis of survival after laparoscopy in women with endometrial carcinoma. *Cancer*, 2002, **95**, 1894-1901.
25. Magrina JF, Mutone NF, Weaver AL, et al.— Laparoscopic lymphadenectomy and vaginal or laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy for endometrial cancer: morbidity and survival. *Am J Obstet Gynecol*, 1999, **181**, 376-381.
26. Sonoda Y, Zerbe M, Smith A, et al.— High incidence of positive peritoneal cytology in low-risk endometrial cancer treated by laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *Gynecol Oncol*, 2001, **80**, 378-382.
27. Chu CS, Randall TC, Bandera CA, et al.— Vaginal cuff recurrence of endometrial cancer treated by laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. *Gynecol Oncol*, 2003, **88**, 62-65.
28. Zullo F, Palomba S, Russo T, et al.— A prospective randomized comparison between laparoscopic and laparotomic approaches in women with early stage endometrial cancer: a focus on the quality of life. *Am J Obstet Gynecol*, 2005, **193**, 1344-1352.
29. De Lancey JOL.— Anatomy and biomechanics of genital prolapse. *Clin Obstet Gynecol*, 1993, **36**, 897-909.
30. Wilson PD, Bo K, Bourcier A, et al.— Conservative management in women. In : Abrams P, Khoury S, Wein A (Eds). First International Consultation on Incontinence. *Plymouth, Plymbridge*, 1998, pp 579-636.
31. Bonnet P, Waltregny D, Reul O, et al.— Transobturator vaginal tape inside-out (TVT-O) for the surgical treatment of female stress urinary incontinence: Anatomical considerations. *J Urol*, 2005, **173**, 1223-1228.
32. Cosson M, Collinet P, Boukerrou M. et al.— Synthetic meshes for transvaginal surgical cure of genital prolapse: evaluation in 2005. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2006, **35**, 429-454.
33. Wattiez A., Salvatores M, Pellegrini P et al.— Laparoscopic promontal fixation: assessment of 100 cases. *Minerva Gynecol*, 2006, **58**, 405-410.
34. Wattiez A, Canis M, Mage G. et al.— Promontofixation for the treatment of prolapse. *Urol Clin North Am*, 2001, **28**, 151-157.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. U. Gaspard, Service de Gynécologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.