



...quand référer à un centre expert?

Horace ROMAN

Chirurgien, Centre d'Endométriose, Clinique Tivoli-Ducos, Bordeaux
Professeur de Chirurgie de l'Endométriose, University Hospital Aarhus, DK
horace.roman@gmail.com

Conflit d'intérêts

2016-2019:

Rémunération pour avoir assuré du training et masterclasses organisés par:

- PlasmaSurgical Ltd
- ETHICON
- OLYMPUS
- Nordic Pharma

Environ <2% de mes revenus professionnels

Conséquence: une bonne opinion des instruments utilisés

Conflit d'intérêts

2005-2019:

Rémunérations pour opérer et prendre en charge les patientes atteintes d'endométriose:

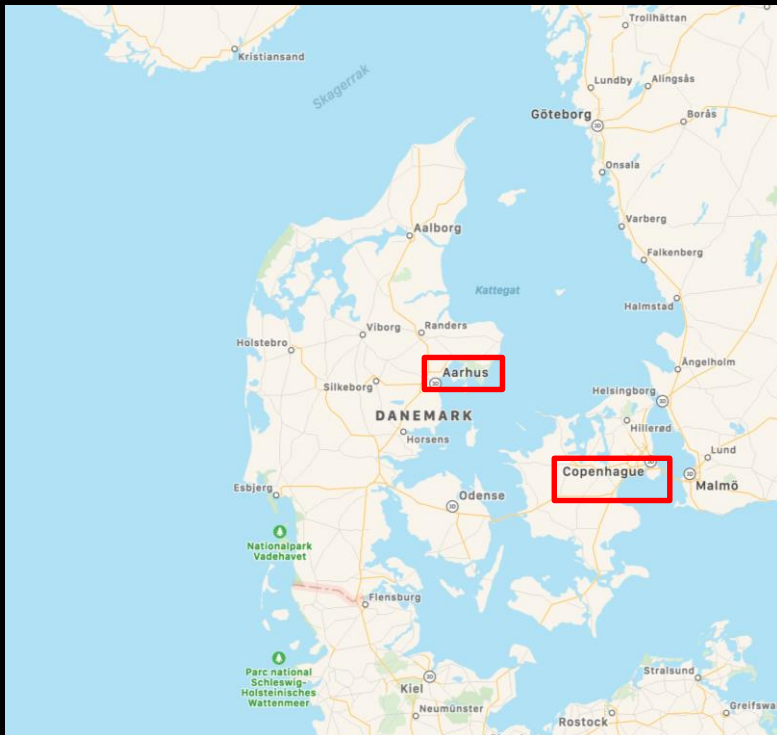
Environ 98% de mes revenus professionnels

Conséquence: tenter d'opérer en toute sécurité et avec les instruments les plus adaptés pour obtenir les meilleurs résultats

**Faut il référer des patientes avec
endométriose aux centres experts?**

Naturligt ...

- Quelques part en Europe... **Danemark**
- 6 millions d'habitants



Danois: pionniers de l'endométriose

- 2001: Centralisation de la prise en charge de l'endométriose
- 2 centres: Aarhus et Copenhague
- Artisans de la centralisation: Lone Hummelshoj et Pr. Axel Forman

Gynecologic and
Obstetric Investigation

Editorial

Gynecol Obstet Invest 2013;76:1-3
DOI: 10.1159/000354330

Published online: August 7, 2013

European Accreditation of Endometriosis Centers of Expertise?

In Denmark, treatment of advanced endometriosis was centralized more than 10 years ago, initiated by close collaboration between the founder of the Danish Patient's Endometriosis Society Lone Hummelshoj and the last author of this editorial. After development of surgical techniques through repeated visits to established European centers, the need for sub-specialization was evident, but this goal seemed far away, since many colleagues perceived endometriosis as a disseminated disease resistant to surgical treatment. The possibilities for dialogue between medical doctors and decision-makers in the political and administrative system were limited, but the patients' representative, Lone Hummelshoj had the formal authority to motivate the Minister of Health to invite herself and A.F. to a meeting, where the idea of two national referral centers was put forward and acknowledged. Formal guidelines from the Danish Health and Medicines Authority on centralized treatment of advanced disease then followed in 2001. Implementation occurred over the

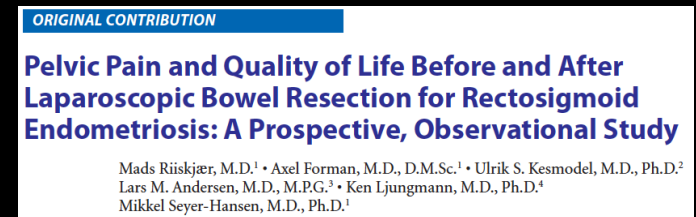
next few years, since patients and referring colleagues experienced the benefits of systematic diagnosis and treatment. The process was aided by the legal possibility in Denmark allowing general practitioners to refer their patients directly to specialist centers. The Danish Endometriosis Patients' Association made a nation-wide effort by informing their members at regional meetings, and by individual counseling in cases where the new possibilities had not yet been taken into account. Finally, guidelines from the Danish Health and Medicines Authority soon developed into rather detailed rules with legal character, covering almost all specialties in both the public and private healthcare systems. In concert, these factors imply that treatment of advanced endometriosis outside the frame of the two specialist centers has vanished.

Lessons learned from the Danish example include the potential benefits from collaboration between gynecologists and Endometriosis Patients' Associations when new healthcare strategies are needed in the political and administrative system. In addition, the reputation of the nominated referral centers represents a cornerstone for subsequent professional implementation, and formal accreditation should be today's standard.



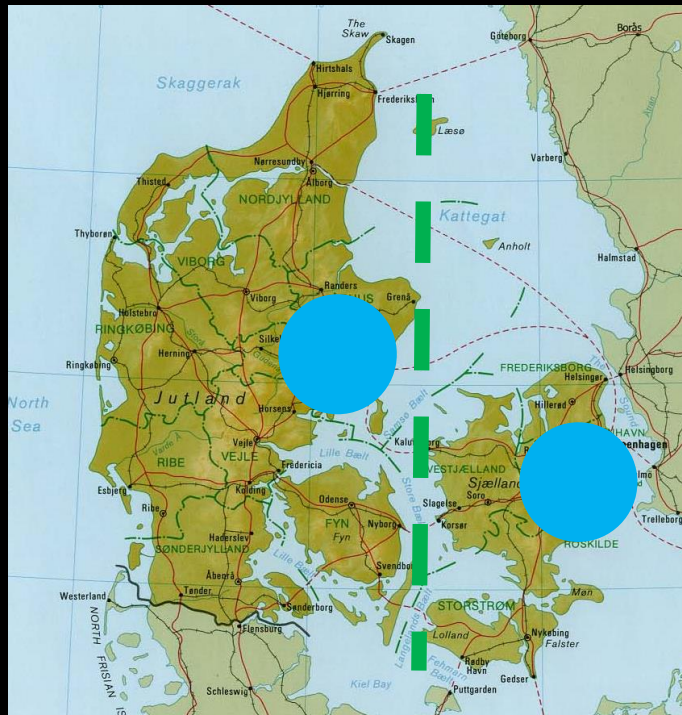
Aarhus: le plus important centre Scandinave

- 130 cas d'endométriose colorectale /an
- Articles de référence dans l'évaluation de la chirurgie de l'endométriose colorectale
- Centre de training en neuropelvéologie





The Danish model



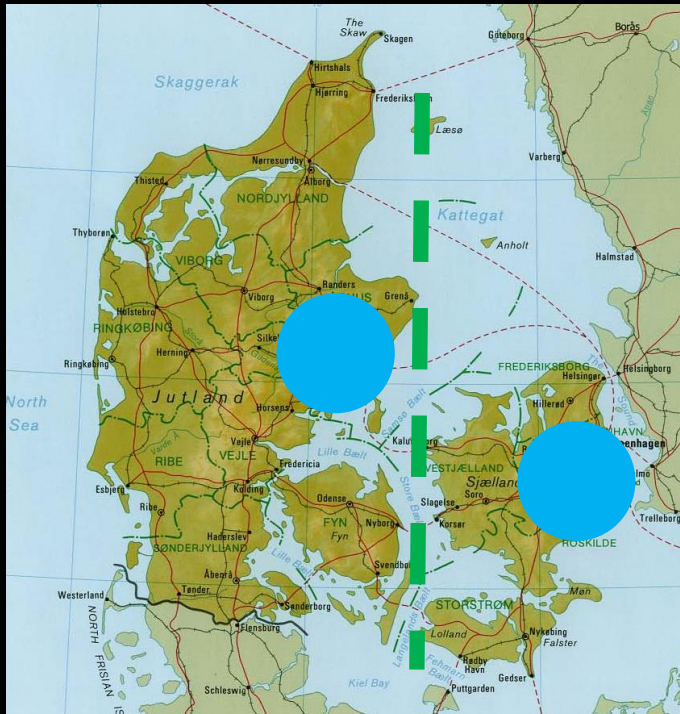
Concept

Treatment of endometriosis in one of two referral centres "...**when surgery is connected with increased risk of damage to the bowel or urinary tract**" + frozen pelvis (2002).

- Two centres
- East: 2.7 million
- West: 3 million
- Nationwide free choice for patients
- Treatment is free of charge



The Danish model

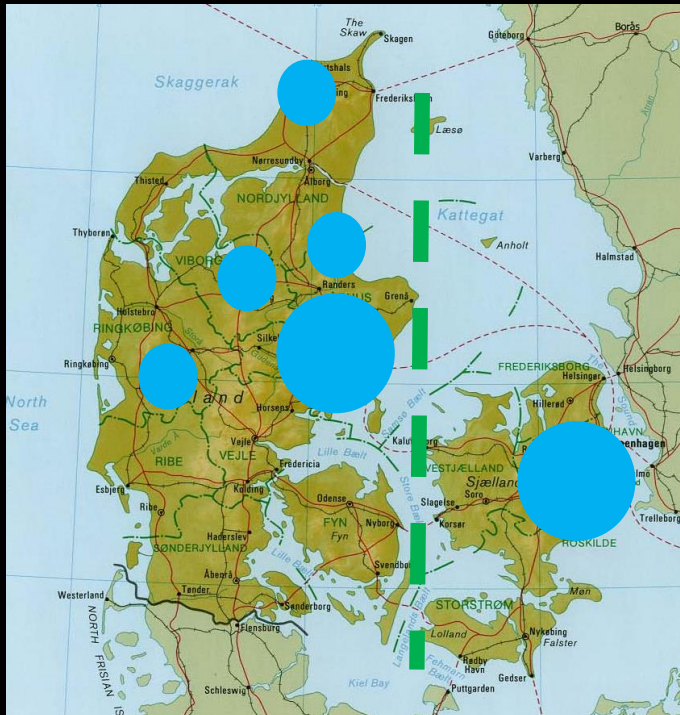


Team

- 4 specialists working with endometriosis only
 - **three senior**
 - one in expert education
- 4 nurses
 - perioperative care, outpatients clinic, telephone
- 3 colorectal surgeons
- 2 urologists
- 2 MRI radiologists
- Psychologist, dietician, sexologist
- Ongoing PhD studies

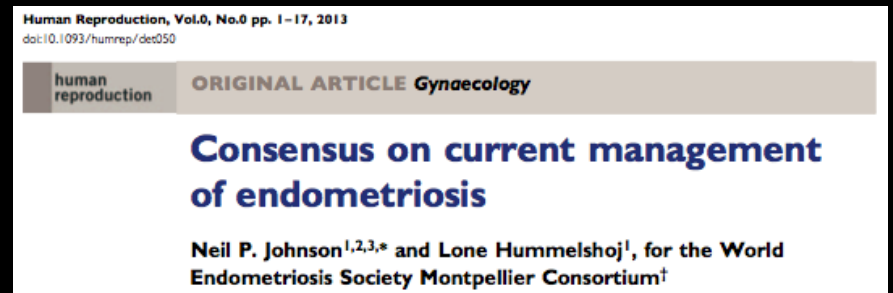


The Danish model



Obligations

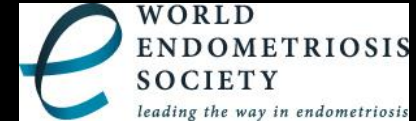
- High standard of treatment
 - continuous interaction with international peers
- Academic contributions based on clinical activities
- Teaching
 - fellowships
 - advanced laparoscopy
 - live surgery workshops
- Collaboration with local departments
- Collaboration with national patients' societies



(24) Highly specialised surgical expertise is required by surgeons, who undertake surgery for deep endometriosis, and it should be undertaken only within centres of expertise (a)



Collaborative research



Reproductive Sciences OnlineFirst, published on February 5, 2009 as doi:10.1177/193371910830568

Review

Defining Future Directions for Endometriosis Research Workshop

Reproductive Sciences
20(3) 483-499
© The Author(s) 2013
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav

Contribution by centres
who specialise in the treatment of endometriosis
will have significant impact
in moving research forward in our field.

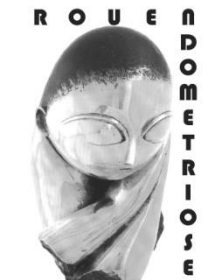
Interdisciplinary expertise: A total of 25 recommendations for research have been developed, grouped under 5 subheadings: (1) diagnosis, (2) classification and prognosis, (3) treatment and outcome, (4) epidemiology, and (5) pathophysiology. Endometriosis research is underfunded relative to other diseases with high health care burdens. This may be due to the practical difficulties of developing competitive research proposals on a complex and poorly understood disease, which affects only women. By producing this consensus international research priorities statement it is the hope of the workshop participants that researchers will be encouraged to develop new interdisciplinary research proposals that will attract increased funding support for work on endometriosis.

KEY WORDS: Endometriosis, research directions, international workshop, consensus report.

the endometriosis research priorities consensus statement developed following the 10th World Congress on Endometriosis in 2008.¹ A total of 56 recommendations for research have been developed, grouped under 6 subheadings: (1) diagnosis, (2) classification and prognosis, (3) clinical trials, treatment, and outcomes, (4) epidemiology, (5) pathophysiology, and (6) research policy. By producing this consensus international research priorities statement, it is the hope of the workshop participants that researchers will be encouraged to develop new interdisciplinary research proposals that will attract increased funding support for work on endometriosis.

Keywords

endometriosis, research directions, international workshop, consensus report



Centre de Référence de l'Endométriose

Rouendométriose



- 2007: Association *Rouendométriose*: journées Rouendométriose
- Jan 2013: Annonce locale du projet du centre de référence *Rouendométriose* + rédaction du projet selon le cahier des charges DGOS
- Mar 2013: mise en place de la **RCP mensuelles d'endométriose**
- Avr 2013: réunion à l'**ARS** ➔ soutien, dossier à faire remonter au Ministère
- **Avr 2013: projet présenté au Ministère par Endofrance**
- **Juin 2013: réunion Endofrance + Rouendométriose au Ministère**, réunion conjointe DGS-DGOS : accord de principe, éléments à compléter,
- Jan 2014: **DGOS** : Identifier le projet haut normand en « **structure spécialisée** » (**centre expert**) sur un projet expérimental financé par l'ARS + projet d'envergure nationale (plan de santé)
- 2016: HAS charge CNGOF de constituer CommENDO
- 2017: Alternance politique... changement de stratégie... au revoir les centres expert, bonjour les filières de soins avec des têtes de pont

**Faut-il des experts pour opérer l'endométriose
(en France) ?**

Faut-il des experts pour opérer l'endométriose?

- Prise en charge du cancer: strictement règlementée en France depuis 2003
- Il faut **des experts** pour opérer un cancer
- Accréditation > **N interventions/an**

- Quelle différence entre cancer et endométriose sévère ?

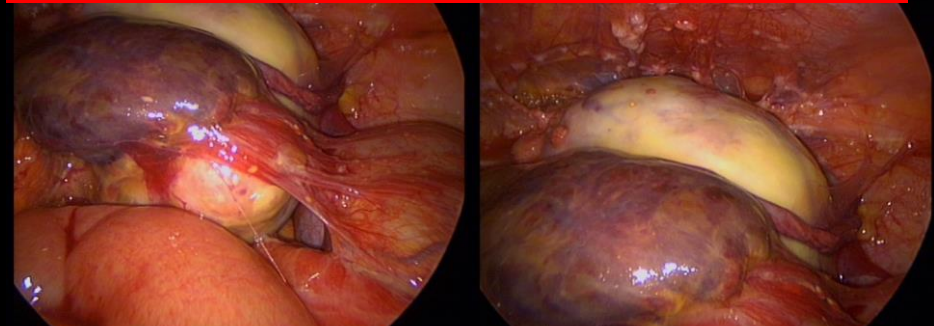
1. **Difficultés techniques???**

2. **Pronostic vital**

Pelvis gelée, endométriose colorectale
23 ans 25 ans



Adénocarcinome ovarien
22 ans



Faut-il des experts pour opérer l'endométriose?

The GDG recommends that clinicians refer women with suspected or diagnosed deep endometriosis to a centre of expertise that offers all available treatments in a multidisciplinary context.

GPP



Les chirurgies d'endométriose complexe demandent quant à elles des équipes très spécialisées et ne pourront probablement pas être réalisées dans la plupart des centres de compétence. "Il est donc nécessaire que le centre de référence soit en mesure d'identifier les équipes chirurgicales ayant une activité suffisante et un nombre adéquat d'opérateurs expérimentés en chirurgie d'endométriose complexe".

"Il est urgent qu'une labellisation des autorités de santé officialise ces activités mais également que les moyens humains et financiers y soient alloués", concluent les auteurs.

(Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, publication en ligne du 25 février)



Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie

Volume 46, Issue 3, March 2018, Pages 376-382



Consensus

Définition des centres experts en endométriose

Definition of endometriosis expert centres ☆

I. Chanavaz-Lacheray^a, E. Darai^{a, b}, P. Descamps^{a, b}, A. Agostini^{a, b}, M. Poilblanc^a, P. Rousset^a, P.-A. Bolze^a, P. Panel^{a, b}, P. Collinet^{a, b}, T. Hebert^{a, b}, O. Graesslin^{a, b}, H. Martigny^a, J.-L. Brun^{a, b}, H. Dechaud^{a, b}, C. Mezan De Malartic^a, L. Piechon^a, A. Wattiez^a, C. Chapron^b, F. Golfier^a

Faut-il des experts pour opérer l'endométriose?

Questions qui attendent une réponse...

Qui est/devient “expert” en chirurgie de l'endométriose profonde?

Combien de cas/an devrait-il réaliser au minimum?

Qui accorde les accréditations?

Qui finance les dépenses (organisation, formation, coordination)?

**Les équipes des centres experts
sont-elles vraiment plus expérimentées?**

FRIENDS study: Colorectal endometriosis

(French coloRectal Infiltrating ENDometriosis Study group)

- Roman et FRIENDS, J Gynecol Obstet Hum Reprod 2017
- French survey in 2015
- 1.135 women / 56 teams
- 55% conservative surgery

Surgical route	
Laparoscopic	933 (82.2)
Robotic-assisted laparoscopy	110 (9.7)
Laparotomy	92 (8.1)
Multidisciplinary team	489 (43.1)
Type of colorectal surgery	
Shaving	546 (48.1)
Disc excision	83 (7.3)
Segmental resection	532 (46.8)
Colorectal resection	459 (40.4)
Sigmoid colon resection	73 (6.4)



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



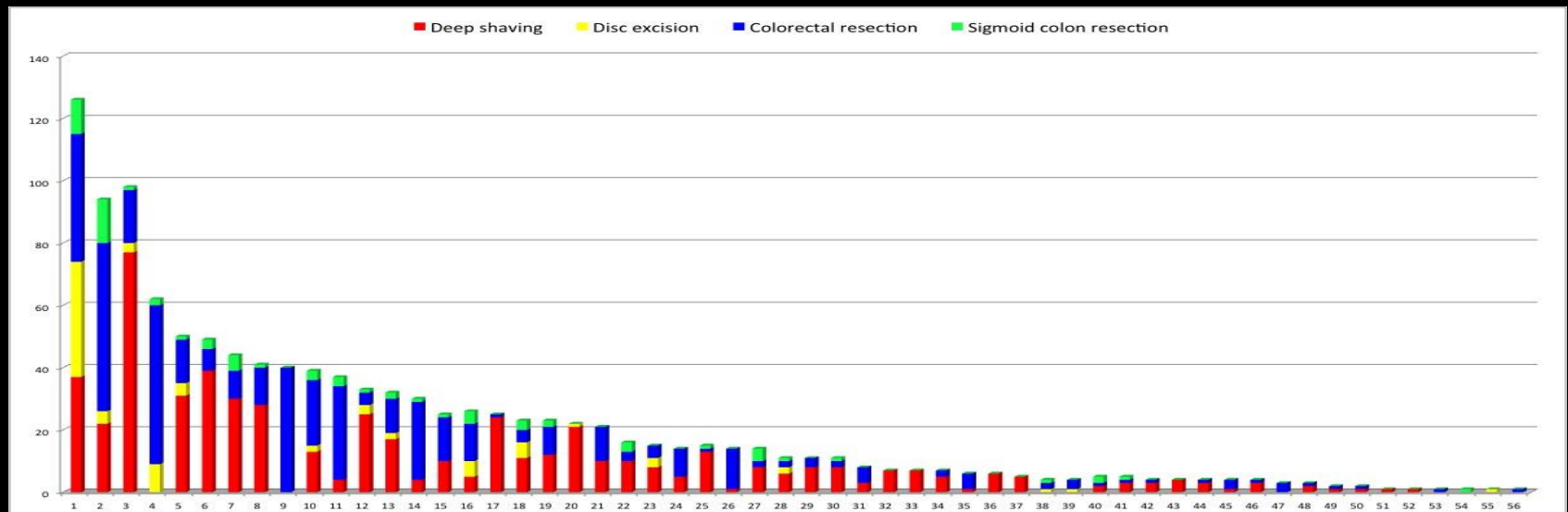
Original Article

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

H. Roman ^{a,b,*}, on behalf of the FRIENDS group (French coloRectal Infiltrating ENDometriosis Study group)

^a Expert Center in the Diagnosis and Multidisciplinary Management of Endometriosis, Department of gynecology and obstetrics, Rouen university hospital, 1, rue de Germont, 76031 Rouen, France

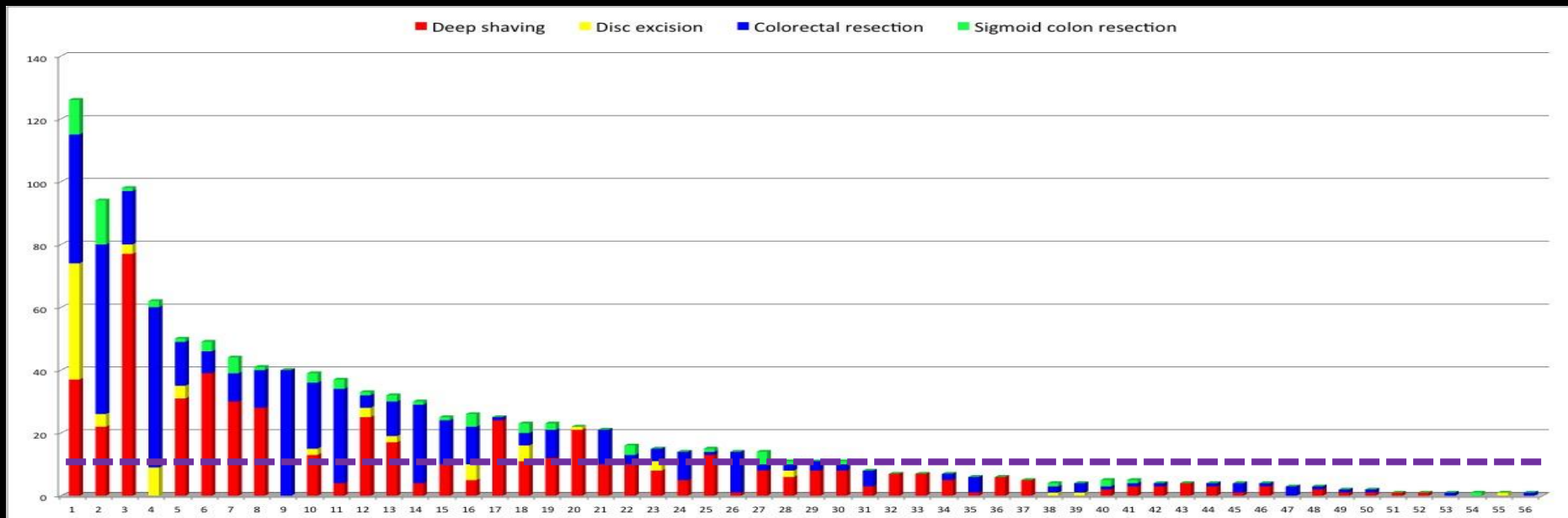
^b Research Group EA 4308 'Spermatogenesis and Male Gamete Quality', IHU Rouen Normandy, IFRMP23, Reproductive Biology Laboratory, Rouen University Hospital, Rouen, France



FRIENDS study: Colorectal endometriosis

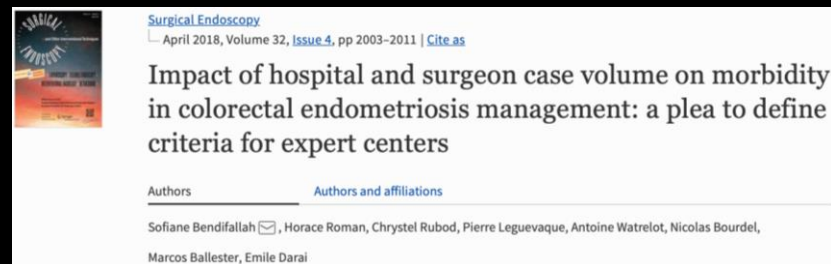
(French coloRectal Infiltrating ENDometriosis Study group)

- *Roman et FRIENDS, J Gynecol Obstet Hum Reprod 2017*
- Conclusions:
 - - excellent niveau en coelioscopie des chirurgiens Français (92%)
 - - absence d'uniformité dans les pratiques et les préférences
 - - 50% des centres font <10 cas/an



FRIENDS : 2^{ème} étude

- Bendifallah et al, *Surg Endosc* 2018
- Seuil du volume de chirurgies colorectales pour réduire les complications sévères
- Per chirurgien : 7-13 interventions/an
- Per centre: 20 interventions/an
- Des données similaires étaient reconnues depuis longtemps en cancérologie... où la chirurgie est bien plus standardisée



CHU de Rouen

- Roman, Chanavaz-Lacheray & Rouendométriose, *GOFs* 2018

Article original

Le Centre expert de diagnostic et de prise en charge multidisciplinaire de l'endométriose de Rouen : une expérience pilote française

The Rouen Expert center in the diagnosis and multidisciplinary management of endometriosis: A French pilot experiment

H. Roman *, I. Chanavaz-Lacheray, l'équipe Rouendométriose



Activité du centre en termes de réunions multidisciplinaires.

	Total	Avant labellisation par l'ARS			Après labellisation par l'ARS		
		2013	2014	2015	2016	2017	2018 (Jan/Fev)
Nombre de réunions	54	9	10	10	11	11	2
Nombre de centres représentés		12	13	12	17	13	12
Nombre total de participants aux réunions	857	140	153	180	184	200	40
Nombre de dossiers de patientes	587	53	96	106	144	160	28
Avis de la RPC :							
traitement chirurgical	363	27	57	62	101	98	18
traitement médical	106	9	20	20	28	25	4
AMP	42	8	5	9	4	14	2
autre (examens complémentaires, tentatives de grossesse spontanées, inclusions dans des essais cliniques)	76	9	14	15	11	23	4

1 chirurgien gynécologue sénior
+ 3 CCA
+ 7 chirurgiens digestifs
+ 3 chirurgiens urologues

	Total	Avant labellisation par l'ARS			Après labellisation par l'ARS		
		2013	2014	2015	2016	2017	2018 (Jan/Mar)
Nombre de patientes avec endométrioses colorectales	615	80	89	121	145	135	45
Localisations des lésions d'endométrioses profondes							
rectum	573	76	83	110	132	132	40
colon sigmoïde	213	29	33	52	47	46	7
vagin	353	38	62	66	92	75	20
vessie	55	6	4	15	12	14	4
uretères	61	4	3	16	18	15	5
diaphragme	87	12	16	14	17	27	1
Voie d'abord							
coelioscopie	607	80	86	119	145	132	45
laparoscopie	8	0	3	2	0	3	0
Type de geste chirurgical							
shaving	221	47	37	37	45	47	8
technique de Rouen (exérèse discoïde du bas rectum)	64	2	7	15	15	19	6
exérèses discoïdes du haut rectum/colon sigmoïde	82	6	13	22	18	18	5
résection colorectale	228	25	31	41	51	54	26
résections iléo-caecales	42	6	3	11	8	12	2
résections de vessie	50	6	4	12	12	12	4
chirurgie des uretères	64	4	3	16	18	18	5
Equipes multidisciplinaires							
avec chirurgien digestif	413	42	57	87	97	90	40
avec chirurgien urologue	31	1	1	5	9	10	5
Complications majeures							
fistule digestives	21	1	6	4	7	3	0
Nombre de séjours avec « endométriose » (file active)	2066	294	379	431	482	480	NA

Clinique Tivoli-Ducos, Bordeaux

- 2 chirurgiens gynécologues + 2 chirurgiens digestifs + 3 urologues
- 12 mois: Sept 2018-Aout 2019
- 491 interventions sur l'endométriose
- 75% stade 3 et 4
- 268 patientes avec endométriose du tube digestif
- 1 laparotomie (0,2%)

Nodules du tube digestif

- Bas rectum (0-5 cm au-dessus de l'anus)	26 (5.3)
- Moyen rectum (6-10 cm)	103 (21)
- Haut rectum (11-15 cm)	132 (26.9)
- Colon sigmoïde (au dessus de 15 cm)	80 (16.3)
- Iléon	24 (4.9)

Autres symptômes préopératoires (sur les 491 patientes opérées)

- subocclusion/occlusion	25 (5.1)
- hydronephrose	16 (3.3)
- rein muet	3 (0.7)
- dysurie sévère	5 (1)
- sciatalgie	13 (2.6)
- ascite hémorragique	2 (0.5)

Clinique Tivoli-Ducos, Bordeaux

- 2 chirurgiens gynécologiques + 1 chirurgien digestif + 3 urologues
- Sept 2018-Aout 2019

Chirurgie du tube digestif

- Shaving du rectum	102 (24.4)
- Exérèse discoïde	96 (23)
- Résection colorectale	100 (23.9)
- Résection iléocæcale	8 (1.9)
- Résection du bas fond caecal	2 (0.5)
- Appendicectomie	18 (3.1)
- Résection segmentaire de l'iléon	7 (1.8)
- Résection du colon transverse	1 (0.2)

Stomie

- Colostomie	24 (5.7)
- Iléostomie	11 (2.6)

Chirurgie de l'appareil urinaire

- Résection de vessie	22 (5.2)
- Urétérolyse avancée pour sténose de l'uretère	19 (3.9)
- Montée peropératoire de sonde JJ	4 (0.5)
- Résection de l'uretère et anastomose termino-terminale	1 (0.2)
- Résection de l'uretère et reimplantation urétéro-vésicale	6 (1.2)
- Néphrectomie	3 (0.7)

Chirurgie des localisations rares

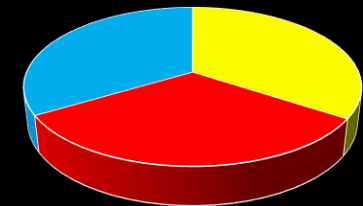
Exérèse des paramètres	43 (8.8)
------------------------	----------

Résection du diaphragme	7 (1.4)
-------------------------	---------

Chirurgie des nerfs pelviens

- Racines sacrées	10 (2)
- Nerfs sciatiques	2 (0.5)

Chirurgie de l'endométriose colorectale



■ Shaving

■ Exérèse discoïde

■ Résection colorectale

**La prise en charge chirurgicale dans un
centre expert est-elle différente?**

Prise en charge dans un centre expert

Concentration des cas sévères dans quelques centres:

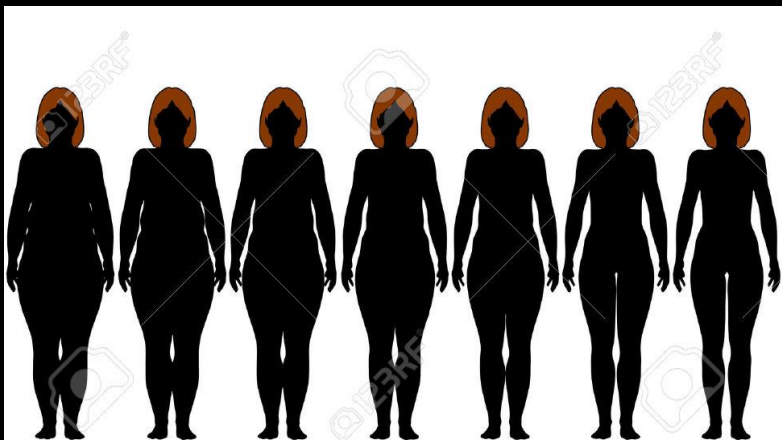
- Augmentation de **l'expérience** des équipes: qualité de la chirurgie, temps opératoire, gestion des complications, diagnostic d'imagerie
- Mise au point de **nouvelles techniques**: techniques opératoires, vitrification ovocytaire,
- Création de larges **bases de données** = cohortes (CIRENDO), enquêtes épidémiologiques, études cliniques
- Prise en charge **multidisciplinaire « sur mesure »** par élargissement des la palette des stratégies thérapeutiques

Stratégie de prise en charge

- Une prise en charge **sur mesure et à long terme**



- ...à la place d'une prise en charge **“prêt à porter taille unique” et ponctuelle**



Finalemment...qui adresser aux centres experts?

Enfin...qui adresser aux centres experts?

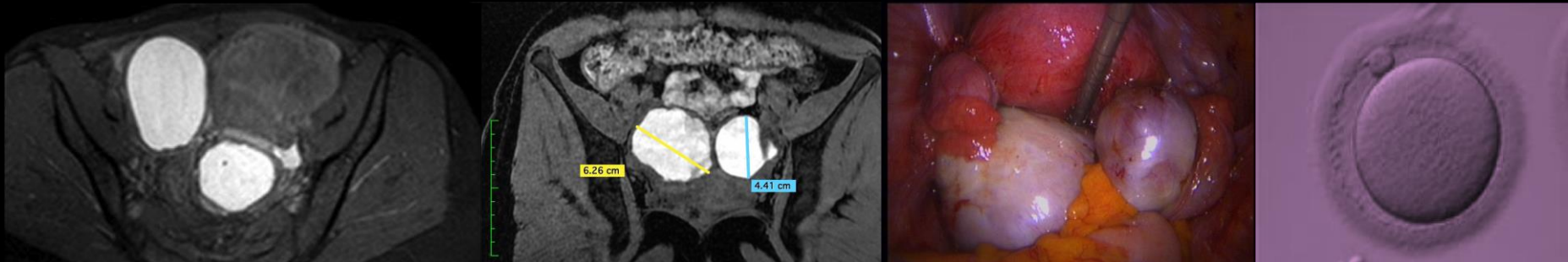
1. Formes **rare**s dont la chirurgie nécessite un **savoir faire spécifique**:
 - Diaphragme
 - Nerfs pelviens: racines sacrées, nerfs sciatiques
2. Formes **plus courantes** mais qui nécessite une équipe **chirurgicale pluridisciplinaire** entraînée:
 - Bas/moyen rectum
 - Uretères
 - Pelvis gelé
3. Formes **courantes** dont la prise en charge **inadaptée entraîne des séquelles** difficiles à corriger:
 - Rectosigmoïde
 - Uretere
 - Kystes ovariens bilatéraux volumineux
4. Endométriose **minime + hypersensibilité pelvienne** (pelvis douloureux chronique): **équipe dédiée** pour la prise en charge de la douleur

Endométrïomes bilatéraux... pourquoi?

Risque **d'insuffisance ovarienne postkystectomie = vitrification ovocytaire** préalable

- Jeunes femmes
- Sans conjoint
- Endométrïomes ovariens bilatéraux
- Reserve ovarienne diminuée ou à risque de le devenir

Ponction/sclérothérapie → Pilule → Vitrification → **Chirurgie** → Pilule



Activité de préservation de la fertilité.

	Total	Avant labellisation par l'ARS			Après labellisation par l'ARS		
		2013	2014	2015	2016	2017	2018 (Jan/Mar)
Nombre de cycles de préservation de la fertilité	50	3	3	6	13	22	3

Bas rectum...pourquoi?

- The most distal part of digestive tract
- Up to **8-10 cm** above the anal margin

Symptoms: dyschesia, diarrhoea, urgency, incontinence

10% of colorectal endometriosis

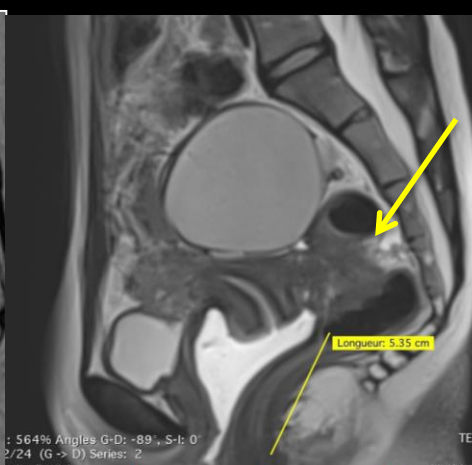
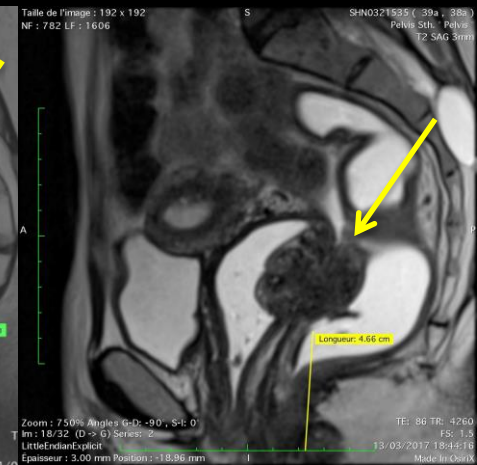
High prevalence of adjacent vaginal infiltration

Functional outcomes: !! LARS : anal incontinence, anal urgency, frequent stools

Pelvic organ function before and after laparoscopic bowel resection for rectosigmoid endometriosis: a prospective, observational study

M Riiskjær,^a S Greisen,^a M Glavind-Kristensen,^a US Kesmodel,^b A Forman,^a M Seyer-Hansen^a

SHN0321535 (39a, 588)
Pelvis: SAG: Pelvis
T2 SAG 3mm



SHN0321535 (39a, 588)
Pelvis: SAG: Pelvis
T2 SAG 3mm

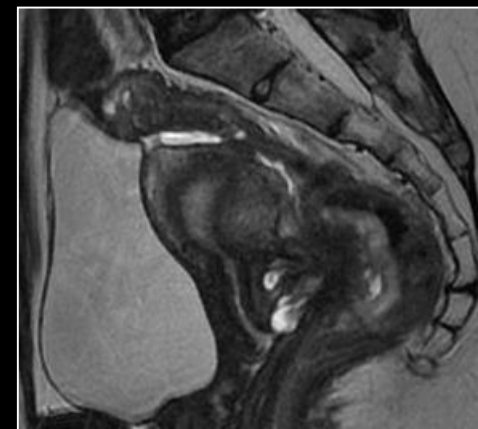
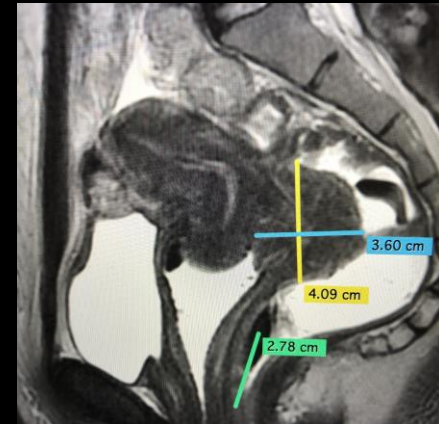
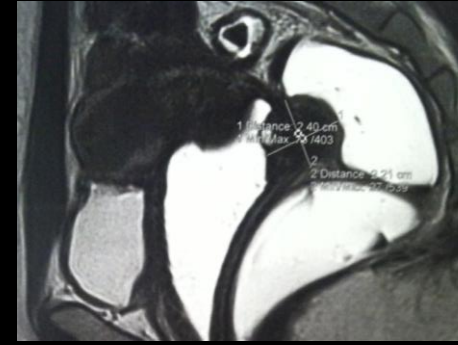
SHN0321535 (39a, 588)
Pelvis: SAG: Pelvis
T2 SAG 3mm

Nodules du bas rectum

Résection colrectale basse = risque de **morbidité fonctionnelle**

Traitement alternatif:

- exérèse discoïde transanale (Rouen technique)



ORIGINAL CONTRIBUTION

Full-Thickness Disc Excision in Deep Endometriotic Nodules of the Rectum: A Prospective Cohort

Horace Roman, M.D., Ph.D.^{1,2} • Carole Abo, M.D.¹ • Emmanuel Huet, M.D.³
 Valérie Bridoux, M.D., Ph.D.³ • Mathieu Auber, M.D.¹ • Stéphane Oden, M.D.¹
 Loïc Marpeau, M.D.¹ • Jean-Jacques Tuech, M.D., Ph.D.^{1,4}

human reproduction ORIGINAL ARTICLE *Gynaecology*

Combined transanal and laparoscopic approach for the treatment of deep endometriosis infiltrating the rectum[†]

Laparoscopic and transanal excision of large lower- and mid-rectal deep endometriotic nodules: the Rouen technique

VIDEO ARTICLE

Deep Rectal Shaving Followed by Transanal Disc Excision in Large Deep Endometriosis of the Lower Rectum

Technical note doi:10.1007/s00464-015-4528-8

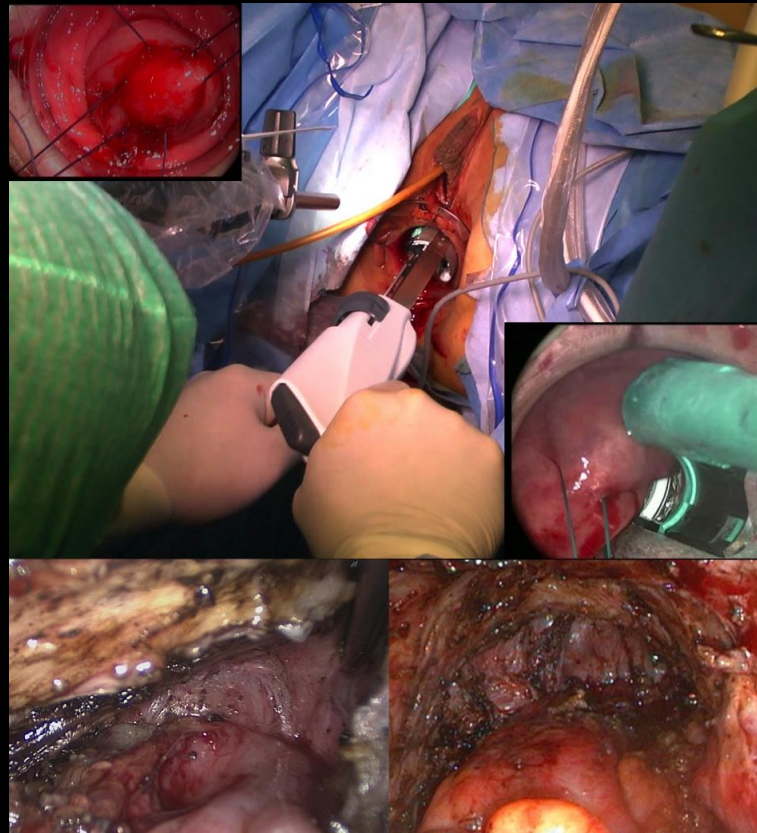
New disc excision procedure for low and mid rectal endometriosis nodules using combined transanal and laparoscopic approach

H. Roman and J.-J. Tuech

Surg Endosc
 DOI 10.1007/s00464-015-4528-8

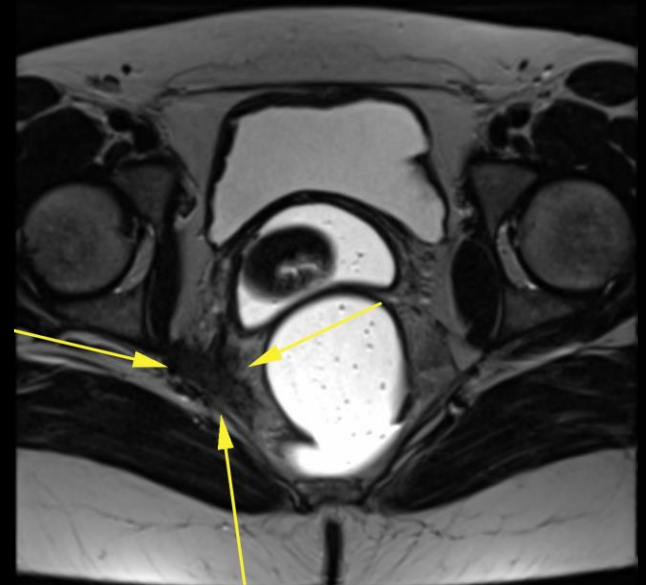
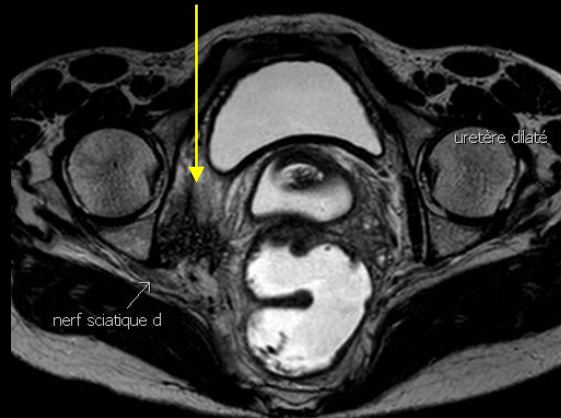
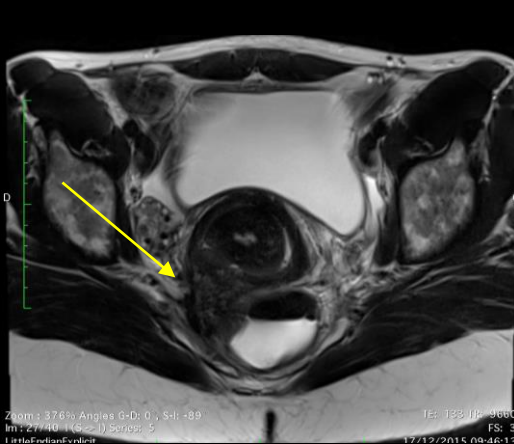
VIDEO

Deep shaving and transanal disc excision in large endometriosis of mid and lower rectum: the Rouen technique



Nerfs pelviens... pourquoi?

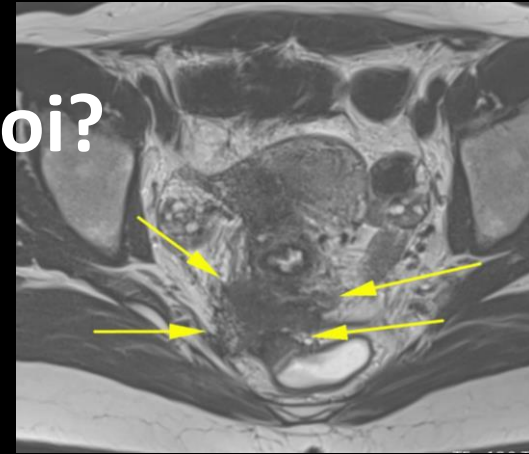
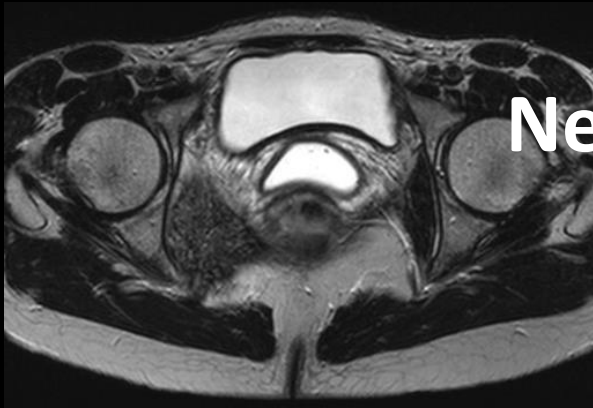
- **40 months:** January 2016 - April 2019
- Rouen University Hospital + Clinique Tivoli-Ducos, Bordeaux + Aarhus Endometriosis Center (DK)
- **51 women** managed for deep endometriosis involving sacral roots or sciatic nerves
- Mean age : 32yr (20-49)
- 34% Nullipare (66,6%)
- 18% Documented infertility (35,2%)



Nerfs pelviens... pourquoi?

- **Operative time : 3h44 +/- 1h30**
- Sacral roots/sacral nerve surgery :
 - Complete dissection and decompression of the nerve : 47 (92,2%)
 - Shaving using cold scissors : 3 (5,9%)
 - Intra-nerve excision : 1 (1,9%)
- **Digestive tract surgery : 41 (80,4%)**
 - Rectal shaving : 11 (21,6%)
 - Mid/low rectal disc excision using the Rouen technique : 17 (33,3%)
 - Colorectal disc excision using circular staplers : 7 (13,7%)
 - Segmental colorectal resection : 10 (19,6%)
 - Transitory stoma : 24 (47,1%)
- **Urinary tract surgery : 23 (45,1%)**
 - Resection of the bladder : 13 (25,4%)
 - Advanced ureterolysis in ureters with stenosis : 9 (17,6%)
 - Ureteral resection and end-to-end anastomosis : 2 (3,9%)
 - Ureteral resection and uretero-cystostomy : 4 (7,8%)

Nerfs pelviens... pourquoi?



- **Complications :**
 - 4 intraoperative hemorrhage of hypogastric vein : 2 laparoconversions
 - 14 (27,4%) dysuria requiring ≥ 3 weeks daily catheterization
 - 7 (13,7%) rectovaginal fistula : after respectively 1 shaving, 1 colorectal resection and 5 Rouen technique
 - 6 (11,7%) transitory urinary incontinence
- **Benefits :**
 - 32 (63%) overall major improvement of painful symptoms within 12 mois
 - No motor injury of corresponding buttock or leg
 - Paresthesias may occur during several weeks/months

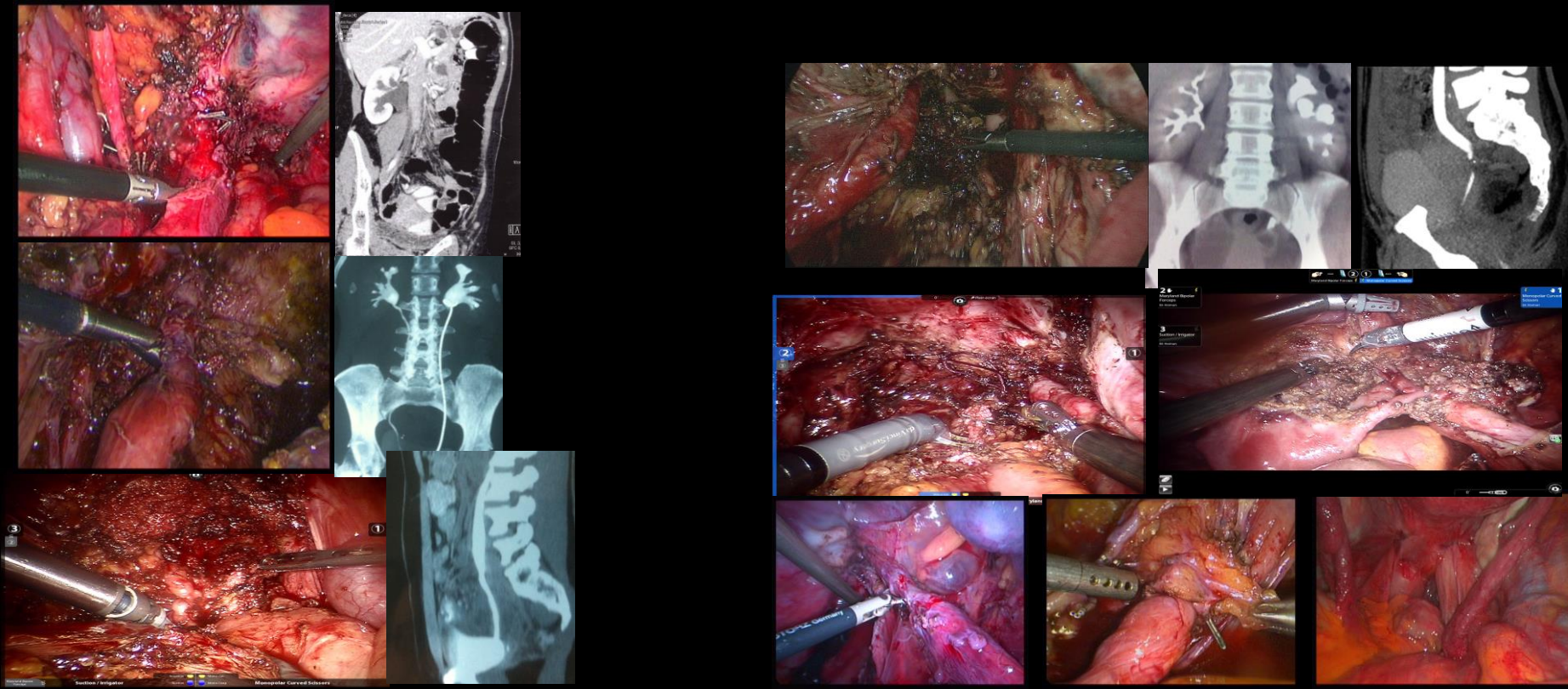
Endométriose des uretères... pourquoi?

Equipe multidisciplinaire: gynécologue + urologue!!!

2 approches:

- Conservatrice: urétérolyse, exérèse-anstomose TT
- Radicale: exérèse-réimplantation, néphrectomie

Habituellement des lésions du **paramètre: savoir faire+++**



Endométriose du diaphragme...pourquoi?

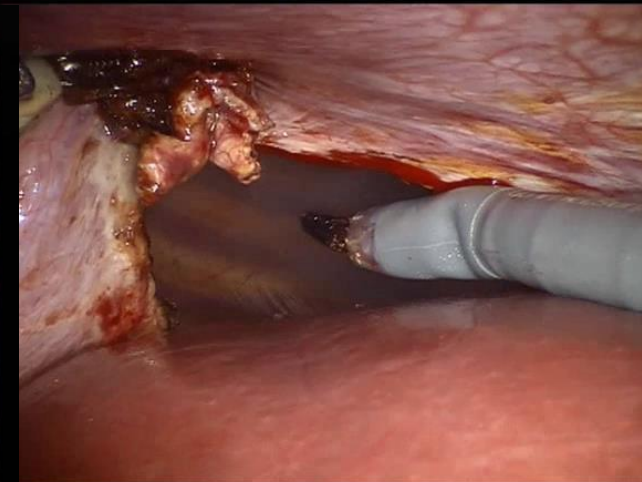
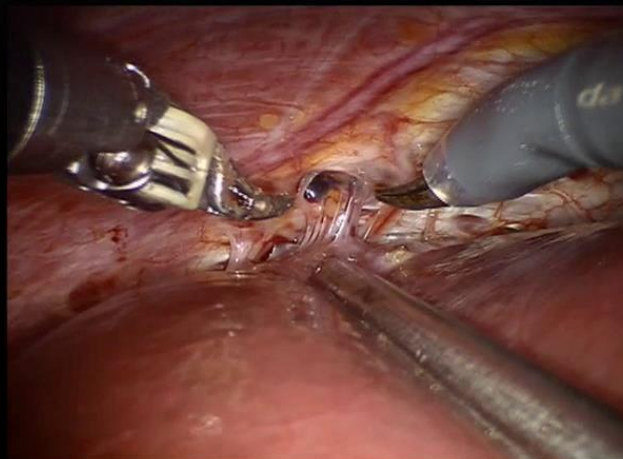
Laparoscopic management of diaphragmatic endometriosis by three different approaches

Horace Roman, M.D., Ph.D.,^{a,b} Basma Darwish, M.D.,^a Delphine Provost, M.D.,^a
and Jean-Marc Bastie, M.D., Ph.D.^c

Savoir faire indispensable++

3 approches différentes:

- 1. Coelio + Plasma:** Kystes noirs
- 2. Robotique abdominale:** lésions infiltrantes périphériques
- 3. Robotique thoracique:** lésions infiltrantes du centre phrénique



**Le taux et la gestion des complications
sont-ils différents dans un centre expert?**

Postoperative complications rate

Tivoli Database 2018/9-2019/8

Tableau 4. Complications post-opératoires (491 patientes).

	N=491 (%)
Fistule digestive	12 (2.4)
Abcès pelvien opéré	6 (1.2)
Suspicion d'abcès pelvien traitée par antibiotiques	2 (0.5)
Dysurie sévère traitée par des auto-sondages systématiques	14 (2.6)
Fistule urétérale	1 (0.2)
Autres complications	17 (3.5)
- Syndrome occlusif postopératoire	3 (0.7)
- Rectorragies traitées par transfusion sanguine	3 (0.7)
- Fistule digestive après rétablissement de la continuité digestive	2 (0.5)
- Hémopéritoine	1 (0.2)
- Éventration de la cicatrice de stomie	1 (0.2)
- Lâchage de la suture vaginale	2 (0.5)
- Redon rentré dans l'abdomen	1 (0.2)
- Abcès de l'ovaire	1 (0.2)
- Abcès de l'incision sus-pubienne	1 (0.2)
- Hématome de paroi abdominale après la remise en continuité digestive	1 (0.2)
- Fistule du grêle par plaie lors d'une adhésiolyse étendue	1 (0.2)
- Transfusion sanguine	4 (0.9)
Séjour dans une unité de réanimation chirurgicale	1 (0.2)

*Le taux de fistule digestive est de 4.5% lorsqu'il est rapporté à N=268 patientes avec une lésion recto-sigmoïdienne

Postoperative complications rate

- **Connaitre les situations à risque de complications**
- Chasser les premiers signes d'une complication
- Être hyperactif dans leur prise en charge
- Accompagner la patiente
- Savoir gérer la complication

Rouen-Tivoli 2009-2019

1.102 endométrioses colorectales

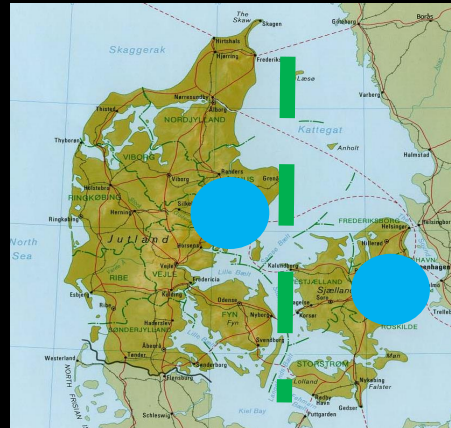
37 fistules:

Réparation:

- 4 anastomoses colo-anales différées
- 4 résections colorectales
- 2 sutures de la fistule rectale
- 7 lambeaux vaginaux
- 20 cicatrisations sous stomie

Conclusions

- **Endométriose**: maladie complexe, multidisciplinaire, parfois très sévère
- Certains cas nécessitant une **réelle expertise = centres experts**
- **Prise en charge sur mesure + savoir faire**
- Risque de **complications sévères** : savoir anticiper les complications + être réactif + savoir gérer
- Risque de **morbidité fonctionnelle** = ne pas l'ignorer
- Missions des centres experts (têtes de pont): formation des professionnels, coordination des soins dans le territoire, recherche clinique, databases... qui finance ces missions?
- *...On n'a rien sans rien...*



=



Invitations



European
Endometriosis
League

[HOME](#)

[ABOUT ▼](#)

[ACTIVITIES ▼](#)

[NEWS & EVENTS](#)

[EEL MASTERCLASS](#)

Dates and organizers

18/03/2020 : Bordeaux, France, Horace Roman | [Register](#)

WCE2020
SHANGHAI | 8-11 MAY 2020

14th World Congress on Endometriosis
Cracking the enigma
www.endometriosis.ca/wce2020

... et le 1er DIU d'endométriose

Diplôme Inter-Universitaire multidisciplinaire et généraliste de prise en charge de l'ENDOMETRIOSE et de l'ADENOMYOSE

Toutes les connaissances indispensables à la prise en charge de
l'endométriose et de l'adénomyose :
un socle commun à **toutes les spécialités** concernées !

*Ouvert aux Gynécologues Obstétriciens, aux Gynécologues
Médicaux, aux Médecins de la Reproduction, aux Radiologues, aux
Urologues, aux Chirurgiens Digestifs et aux Médecins Généralistes
(Internes ou Diplômés), ainsi qu'aux Sages Femmes.*

Comité pédagogique :

Université Lyon 1 : Pr Gil DUBERNARD
Dr Charles-André PHILIP
Université Lille-II : Pr Pierre COLLINET
Pr Chrystele RUBOD DIT GUILLET
Université Bordeaux : Pr Claude HÖCKE
Dr Isabella CHANAVAZ-LACHERAY
Pr Horace ROMAN

Adressez vos **candidatures par mail** dès
maintenant !

charles-andre.philip@chu-lyon.fr
(CV, lettre de motivation, copie du diplôme)



Université Claude Bernard Lyon 1

université
de BORDEAUX



Université
de Lille



Merci vous êtes les bienvenus à Bordeaux



European
Endometriosis
League

[HOME](#) [ABOUT](#) [ACTIVITIES](#) [NEWS & EVENTS](#)

[EEL MASTERCLASS](#)

Dates and organizers

18/03/2020 : Bordeaux, France, Horace Roman | [Register](#)