

PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE

Dossier documentaire

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS, conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

Rédacteur : Dr Magnani Claude Médecin coordonnateur des GQ de Normandie

Relecture : Dr Mairesse Jean-Pierre coordonnateur des GQ de Normandie

PROBLÉMATIQUE

Il y a encore quelques années, en France, la maladie était quasiment inconnue du grand public. La plupart des femmes considéraient que les règles douloureuses étaient normales. L'endométriose n'était que le sujet des femmes qui en souffraient et de quelques spécialistes parmi les professionnels de santé. Une grande majorité de femmes atteintes de cette maladie restait non diagnostiquée.

Pourquoi cette méconnaissance de la maladie, pourtant si fréquente ?

- Les règles restent un tabou dans toutes les sociétés, et les patientes atteintes d'endométriose, maladie liée aux règles, en payent le prix fort ! Cette pathologie féminine est victime des stéréotypes, des clichés autour d'un processus naturel : les menstruations.

Le Dr Chrysoula Zacharopoulou députée européenne et gynécologue a été chargée en 2016 d'élaborer **la première stratégie nationale de lutte contre l'endométriose**.

Parmi les propositions principales de cette stratégie figurent :

- La nécessité de garantir une prise en charge globale, personnalisée et équitable sur tout le territoire, le renforcement de la formation des professionnels de santé.
- La nécessité d'investir sur la recherche pour faire progresser la connaissance de la maladie.
- La prise en compte de toutes les dimensions de la maladie, ses conséquences sur la vie scolaire, la vie professionnelle, la vie sportive, la vie sexuelle et la fertilité font de cette stratégie un modèle unique en Europe et au monde.
- L'objectif est d'améliorer la qualité de vie des patientes, et de mieux les accompagner pour leur permettre de s'épanouir pleinement tout au long de leur vie.

Grâce à l'engagement et la volonté du Président de la République la France devient l'un des premiers pays à faire de l'endométriose un véritable sujet de santé publique notamment avec cette première stratégie nationale (***stratégie nationale contre l'endométriose 2022/2025***)
Une stratégie nationale pour lutter contre l'endométriose (axaprevention.fr)

DEFINITION DE L'ENDOMETRIOSE : recommandations HAS 2017 (3)

- L'endométriose est une maladie gynécologique chronique de la femme en âge de procréer. Elle se caractérise par la présence d'endomètre en dehors de la cavité utérine. L'endomètre constitue la muqueuse utérine, c'est-à-dire la couche la plus interne de l'utérus. Au terme du cycle menstruel, une grande partie de l'endomètre est éliminé, constituant ainsi les règles ou menstruations.
- Dans le cas de l'endométriose, ce tissu situé en dehors de la cavité utérine, réagit également en fonction des variations hormonales du cycle menstruel. Cela provoque aux endroits où il se trouve des saignements, des nodules ou kystes, ainsi que des réactions inflammatoires avec formation de tissu cicatriciel et d'adhérences entre les organes avoisinants. Ses causes sont encore très mal connues, multifactorielles, associant des facteurs directement liés aux menstruations à des facteurs génétiques et environnementaux
- L'endométriose nécessite une prise en charge lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération du fonctionnement d'un organe.
- L'endométriose touche 180 millions de femmes à travers le monde. En France, malgré le manque de données quantitatives, on estime entre 1.5 et 2.5 millions le nombre de femmes en âge de procréer souffrant d'endométriose, soit une femme sur 10. Cause de douleurs souvent invalidantes et empêchant le cours normal des activités des femmes touchées, elle est également la première cause d'infertilité chez les femmes. Au-delà du coût de sa prise en charge médicale, son impact social et économique est considérable et largement sous-estimé.

Il est recommandé de prendre en charge l'endométriose lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération du fonctionnement d'un organe (Accord d'experts HAS 2017)

Un dépistage de l'endométriose n'est pas recommandé dans la population générale (Accord d'experts).

Il n'est pas recommandé de proposer une stratégie de dépistage du cancer de l'ovaire chez les patientes souffrant d'une endométriose (Grade B).

L'ENDOMETRIOSE : MALADIE SOCIALE ET ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

Cette affection chronique détériore la qualité de vie des femmes atteintes, en raison de la douleur intense, et parfois invalidante, de la fatigue, de la dépression, de l'anxiété et de l'infertilité qu'elle peut engendrer.

Présente dans tous les groupes ethniques et sociaux, son impact sur le bien-être physique, mental et social des femmes atteintes se traduit par des absences à l'école, par l'absentéisme au travail et la difficulté à s'épanouir professionnellement. Cela peut provoquer jusqu'à la perte d'emploi, ainsi que l'interruption ou l'évitement des rapports sexuels, affectant la santé sexuelle des personnes touchées et/ou de leurs partenaires.

En Europe, le coût de la perte de productivité due aux arrêts maladie liés à l'endométriose a été estimé à 30 milliards d'euros par an. Selon une autre étude, on estime à plus de 11 heures par semaine le temps perdu au niveau national, pour absentéisme ou efficacité réduite liés à l'endométriose.

En France, l'endométriose coûterait 9,5 milliards d'euros par an (coûts directs médicaux + coûts indirects de perte de productivité).

Compte tenu de ces problématiques à portée sanitaire, sociale et sociétale, la stratégie nationale 2022/2025 a pour objectif une prise en charge holistique de toutes les femmes atteintes d'endométriose, de l'adolescence à la ménopause.

Il est nécessaire de continuer à investir dans la sensibilisation du grand public, l'information et la formation des professionnels de santé, l'éducation des jeunes filles, assurer une meilleure prise en charge et, surtout, investir dans la recherche sur cette pathologie.

En effet, une meilleure connaissance de la maladie par tous les acteurs, tant les femmes, les familles, les partenaires que les soignants, facilitera le diagnostic et conduira à une prise en charge plus précoce. Il en résultera une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes et une meilleure participation à la vie sociale et économique qui profitera à toute la communauté nationale.

GENERALITES

Évolution de l'endométriose

- L'endométriose n'a pas systématiquement de conséquences pathologiques. Pas d'argument en faveur d'une progression de l'endométriose (que ce soit en termes de volume ou de nombre des lésions).
- Pas nécessaire de faire une surveillance systématique par imagerie chez une patiente traitée pour endométriose et asymptomatique.

Endométriose et dépistage

- Pas de dépistage de l'endométriose dans la population générale
- Pas de dépistage dans des populations à risque augmenté, que ce soit sur des facteurs génétiques (endométriose chez une apparentée) ou sur des facteurs de risque menstruels (volume menstruel augmenté, cycles courts, premières règles précoces). L'endométriose est une maladie multifactorielle, résultant de l'action combinée de facteurs génétiques et environnementaux, et de facteurs liés aux menstruations (premières règles précoces, volume menstruel important, cycles courts).

Endométriose et cancer

- Pas de dépistage du cancer de l'ovaire chez les patientes souffrant d'une endométriose. Le lien causal entre endométriose et cancer de l'ovaire n'est pas démontré.

3 axes de réflexions :

- 1. Repérer et diagnostiquer la maladie**
- 2. Informer, sensibiliser**
- 3. Prise en charge globale et personnalisée**

REPERER LA MALADIE

Le manque de spécificité des symptômes d'endométriose, comme les douleurs liées aux règles, rendent son diagnostic difficile, d'autant plus que cette présentation clinique a été longtemps banalisée, sous-évaluée par le corps médical et les patientes elles-mêmes.

Il en résulte un retard diagnostique majeur, évalué entre 5 et 10 ans, défavorisant les patientes dans leur prise en charge globale, et influençant directement leur qualité de vie et leurs chances de procréation.

La sensibilisation du médecin traitant et des professionnels de premier recours est donc capitale pour lutter contre l'errance diagnostique.

Les patientes, adolescentes et jeunes femmes pour la grande majorité, sont des utilisatrices privilégiées des outils numériques de leur génération, notamment des applications dédiées à la santé féminine. Elles les utilisent, y trouvant soutien et réassurance. Bien que le potentiel de ces outils soit majeur, leur valeur respective reste à démontrer scientifiquement, avec des interrogations sur la protection des données et les limites éthiques et sécuritaires de leur utilisation.

L'interrogatoire de la patiente, quand il est bien mené par les médecins généralistes, doit pouvoir orienter le diagnostic : douleurs invalidantes pendant les règles, pendant les rapports sexuels, troubles digestifs, urinaires, saignements anarchiques, douleurs à la marche...

Un examen clinique (examen gynécologique) est le plus souvent nécessaire pour aider au diagnostic et orienter la prescription d'une échographie ou d'une IRM. Il peut inclure un toucher vaginal et/ou un toucher rectal, qui peuvent se révéler utiles avant une prise en charge chirurgicale pour préciser la nature ou l'anatomie des lésions et leurs retentissements.

Ces examens doivent être pratiqués dans le respect des patientes et de leur intimité, avec une information préalable sur la nécessité de ces gestes techniques et sur leur caractère parfois douloureux compte tenu de l'endométriose.

Le médecin pourra être amené à prescrire différents examens, proposer un traitement de première intention, notamment contre la douleur et orienter vers des experts, si cela est nécessaire.

DIAGNOSTIQUER LA MALADIE

L'endométriose est une maladie dont les manifestations cliniques varient fortement d'une personne à l'autre. Le symptôme cardinal de l'endométriose est la douleur. Celle-ci se retrouve chez 70 % des femmes atteintes. Ces douleurs apparaissent généralement à l'adolescence, et s'intensifient avec le temps.

Les principaux symptômes évocateurs et localisateurs de l'endométriose sont :

- Les dysménorrhées intenses de 75 à 90% (évaluées par une intensité de 8 ou plus, un absentéisme fréquent, ou une résistance aux antalgiques de niveau 1)
- Les dyspareunies profondes (35 à 50%)
- Les douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale
- Les signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale
- Des troubles psychologiques
- L'infertilité : Environ 40 % des femmes atteintes ont des problèmes de fertilité et on estime qu'environ 50 % des femmes infertiles seraient porteuses d'endométriose

Il n'est pas nécessaire de rechercher une endométriose en cas de dysménorrhée isolée et contrôlée par une contraception hormonale, sans autre symptôme douloureux ni souhait de grossesse immédiat.

L'examen clinique permet :

- D'évaluer la douleur (intensité, retentissement)
- D'évaluer la qualité de vie
- De rechercher les symptômes évocateurs et localisateurs de l'endométriose :
 - ***Une endométriose profonde en cas de douleur à la défécation pendant les règles,***
 - ***Des signes urinaires cycliques, de dyspareunie profonde intense,***
 - ***Ou d'infertilité associée.***

- De pratiquer un examen gynécologique orienté, si possible, incluant l'examen du cul-de-sac vaginal postérieur à la recherche de signes évocateurs :
 - ✓ Visualisation de lésions bleutées à l'examen au spéculum du vagin
 - ✓ Palpation de nodules au niveau des ligaments utérosacrés ou du cul-de-sac de Douglas
 - ✓ Douleur à la mise en tension des ligaments utérosacrés
 - ✓ Utérus rétroversé
 - ✓ Annexes fixées au toucher vaginal.

Il faut évaluer la douleur :

- Utiliser une échelle d'évaluation de la douleur. L'endométriose peut être associée à une modification des seuils douloureux avec discordance anatomo-clinique (phénomène de sensibilisation) renforçant la douleur.
- Rechercher une symptomatologie évocatrice de sensibilisation

Il faut évaluer la qualité de vie :

- Par un questionnaire : l'Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) et sa version courte l'EHP-5, ou le questionnaire SF-36).
 - [questionnaire de qualite de vie : sf-12](#)
 - [Questionnaire de qualité de vie : SF 36](#)

À noter que les symptômes douloureux comme la dysménorrhée intense ou les dyspareunies profondes, sont fréquents en population générale et ne sont pas systématiquement reliés à l'endométriose.

Certaines femmes atteintes d'endométriose sont asymptomatiques d'où un diagnostic souvent long et complexe.

Le diagnostic précoce reste donc difficile en raison de la faible spécificité des symptômes, la banalisation et le tabou autour des symptômes, la méconnaissance de la maladie par les soignants, les femmes elles-mêmes et le grand public. Cette situation induit un retard diagnostique quasi-systématique, qui est en moyenne de 7 ans. Ce laps de temps est à l'origine d'une évolution silencieuse, et souvent irréversible, de la maladie.

Examens complémentaires :

Les examens de première intention sont :

- L'examen clinique (gynécologique si possible) ;
- L'échographie pelvienne.
- Il n'y a pas lieu de prescrire de dosage biologique

Les examens en seconde intention sont :

- L'examen pelvien orienté (clinicien référent), avec recherche d'une endométriose profonde en cas de douleur à la défécation pendant les règles, de signes urinaires cycliques, de dyspareunie profonde intense, ou d'infertilité associée
- L'IRM pelvienne (interprétée par un radiologue référent)
- L'échographie endovaginale (échographiste référent).

Remarques :

- L'échographie pelvienne et l'IRM apportent des informations différentes et complémentaires.
- En cas d'IRM pelvienne discordante avec la clinique ou l'échographie : proposer une seconde lecture de l'IRM par un radiologue référent.

- L'absence de lésion visible à l'échographie n'élimine pas le diagnostic d'endométriose profonde.

Cas particuliers :

- Endométriose recto-sigmoïdienne :
 - ✓ L'écho endoscopie rectale pour les localisations recto-sigmoïdiennes ;
 - ✓ Le colo-scanner pour les localisations coliques.

Il n'y a pas lieu de faire une coloscopie en cas de suspicion d'endométriose recto sigmoïdienne. La coloscopie peut cependant être utile pour éliminer un diagnostic différentiel.

- Endométriose urinaire :
 - ✓ L'IRM ou l'échographie de référence pour explorer une atteinte vésicale ou urétrale de l'endométriose (rechercher une dilatation urétéro pyélocalicielle) ;
 - ✓ Avis spécialisé pour l'étude du retentissement rénal.

Une dilatation pyélocalicielle est présente dans 50 à 60 % des endométrioses urinaires.

Coelioscopie : indication

- En cas de suspicion clinique d'endométriose alors que les examens préopératoires n'en ont pas fait la preuve
- Afin d'éliminer une endométriose (si exploration satisfaisante de la région abdomino-pelvienne et pas de mise en évidence de lésions macroscopiques visibles).

Il n'y a pas lieu de réaliser une coelioscopie dans le seul but de confirmer le diagnostic lorsque l'imagerie objective une endométriose sur des éléments caractéristiques et spécifiques (kyste et/ou lésions profondes).

INFORMER, SENSIBILISER

- L'endométriose a des effets importants sur le rapport au corps, la construction et l'estime de soi, la fertilité, la vie de couple, les liens familiaux, les relations professionnelles et sociales, la vie scolaire, la vie quotidienne et les activités sportives.
- Il faut donc aborder le sujet de l'endométriose par une approche large qui, seule, permet d'en cerner les multiples aspects et permettra une prise de conscience de l'ensemble de la société.
- Informer les patientes, les accompagner, sensibiliser leur entourage et, plus largement, mener une communication adaptée, scientifiquement approuvée et non anxiogène sur l'endométriose est le meilleur moyen de réduire le risque d'errance diagnostique.
- Il faut pour cela agir sur l'ensemble du périmètre de vie des personnes atteintes : le cercle familial, le milieu professionnel, les études, les activités sportives.
- Cette prise en charge de qualité doit être la même pour toutes les femmes.
- Les situations spécifiques (précarité, handicap), facteurs d'obstacles et de difficultés supplémentaires, nécessitent par ailleurs une attention particulière et des actions garantissant l'égalité devant la prise en charge de l'endométriose.

PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA MALADIE

- Il n'existe à ce jour pas de traitement curatif pour guérir de l'endométriose.
- L'endométriose nécessite une prise en charge lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération du fonctionnement d'un organe.
- Le choix de ce traitement doit être guidé par les contre-indications, les effets indésirables potentiels, les traitements antérieurs et l'avis de la patiente.

Le traitement hormonal :

L'endométriose étant une maladie hormonodépendante, le traitement hormonal est donc le traitement de première intention chez la patiente douloureuse. En cas de douleurs chroniques, une prise en charge multidisciplinaire est recommandée.

En première intention :

- La contraception estroprogestative (COP) :
 - Elle permet de réduire le volume des endométriomes d'environ 50% à 6 mois.
 - Certains contraceptifs oestroprogestatifs utilisés en continu suppriment les règles.
- La pose d'un système intra-utérin (SIU) au lévonorgestrel (stérilet ou dispositif intra-utérin) à 52 mg.

En seconde intention :

- La contraception microprogestative orale au désogestrel.
- L'implant à l'étonogestrel. Il s'agit d'un implant sous-cutané, de longue durée d'action, libérant un progestatif.
- Le diénoGEST, hormone qui a un puissant effet progestatif.
- Les GnRHa (Gonadotropin-Releasing Hormone agonist) en association à une add-back thérapie pour pallier les effets secondaires de la ménopause artificielle. L'add-back thérapie doit comporter un œstrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse.

Traitements hormonaux associés à une chirurgie de l'endométriose :

- Avant chirurgie : un traitement hormonal préopératoire n'est pas systématique.
- Après chirurgie : un traitement hormonal (COP ou SIU au lévonorgestrel 52 mg en première intention) permet de réduire le risque de récurrence douloureuse et d'améliorer la qualité de vie des patientes (en l'absence de souhait de grossesse).

Lors de la prescription d'une COP en postopératoire, privilégier une administration continue en cas de dysménorrhée.

Après chirurgie d'endométriome : la prescription d'une COP en postopératoire permet de prévenir le risque de récurrence (en l'absence de souhait de grossesse).

Il n'y a pas lieu de prescrire des GnRHa en postopératoire dans le seul but de prévenir la récurrence d'endométriome.

Endométriose chez l'adolescente :

- En première intention prescrire une contraception œstroprogestative ou microprogestative, en l'absence de contre-indication.
- En cas d'échec : demander un avis spécialisé.

Il n'y a pas lieu de prescrire les GnRHa en première intention, en raison des risques de déminéralisation osseuse.

- En cas de prescription GnRHa :
 - Elle ne doit pas l'être pas avant 16 ans (avant 18 ans selon l'AMM) et pour une durée maximale de 12 mois (dans le cadre de l'AMM)
 - Il faut y associer une add-back thérapie comportant au moins un œstrogène (prévention de la baisse de densité minérale osseuse)

Le traitement antalgique, autres thérapeutiques médicamenteux et non médicamenteux

- Antalgiques
 - La prescription d'AINS au long cours est à éviter en raison d'effets secondaires importants gastriques et rénaux.

- En cas de suspicion d'une origine neuropathique de la douleur : proposer un traitement spécifique.
- Options thérapeutiques non médicamenteuses
 - ✓ l'acupuncture
 - ✓ l'ostéopathie
 - ✓ le yoga

Ces options peuvent être proposées en complément de la prise en charge médicale de l'endométriose Il n'y a pas de données concernant les régimes alimentaires ou les suppléments vitaminiques.

- Place des « nouveaux traitements » de l'endométriose (cf. documents 2 et 3)
 - ✓ il n'y a pas lieu de prescrire les anti-aromatases, les SERM (modulateur des récepteurs œstrogènes), les SPRM (Selective progesterone receptor modulator) et les anti-TNF- α (anticorps monoclonaux) (voir document §3)
 - ✓ Il n'y a pas lieu de prescrire de SERM en postopératoire d'une chirurgie d'endométriose

Traitement chirurgical de l'endométriose (pour en savoir plus sur ce domaine spécialisé)

Le choix du traitement chirurgical est guidé par :

- L'efficacité et les effets indésirables des traitements ;
- L'intensité et la caractérisation de la douleur ;
- La sévérité et la localisation de l'endométriose ;
- Les attentes de la patiente et un éventuel souhait de grossesse.

La chirurgie des endométriomes peut être réalisée selon 4 grands principes :

- **La kystectomie**, qui comporte l'exérèse de la paroi du kyste, c'est à dire de la couche fibreuse. Cette exérèse emporte invariablement une partie du tissu ovarien sous-jacent, ayant pour conséquence une diminution variable de la réserve de follicules de l'ovaire opéré.
- **L'ablation ou la vaporisation**, qui comporte la destruction in situ de la couche de tissu endométrial, sans essayer de détacher la couche de tissu fibreuse. L'ablation est réalisée à l'aide d'énergies (laser ou plasma) qui ne diffusent pas de chaleur en profondeur (protégeant ainsi le tissu ovarien sous-jacent).
- **La sclérothérapie** ou l'alcoolisation est une autre variante d'ablation. L'alcool 95° est instillé à l'intérieur du kyste, laissé en place pendant 10-15 min, afin de détruire la couche endométriale interne, sans affecter le tissu ovarien sous-jacent.
- **La ponction-aspiration ou le drainage** simple des endométriomes peut être réalisé chez les femmes avec une réserve ovarienne déjà altérée, lorsque le chirurgien souhaite diminuer au minimum l'impact des gestes chirurgicaux sur les ovaires. Cette technique est généralement réalisée avant une prise en charge postopératoire en fécondation in vitro afin de faciliter la réalisation de la ponction ovocytaire. Elle est néanmoins suivie de 100% de récurrence ce qui en fait un geste à réserver à cette indication quasi exclusive.

Choix chirurgical : prise en charge individualisée des patientes

Il dépend de plusieurs paramètres :

- **L'âge de la patiente** : plus la patiente est jeune, moins agressive sera la chirurgie ovarienne proposée, en privilégiant la sclérothérapie et la vaporisation
- **Le désir de grossesse** : la volonté de préserver la réserve ovarienne recommande davantage

les techniques de vaporisation

- **La réserve ovarienne** : une réserve ovarienne satisfaisante permet l'utilisation de la kystectomie, en revanche une réserve ovarienne altérée recommande le simple drainage
- **L'indication absolue de fécondation in vitro** (trompes détruites ou absentes, altération des paramètres spermatiques) recommande le drainage simple afin de préserver au maximum la réserve ovarienne
- **Âge avancé (>40 ans) sans désir de grossesse** : la kystectomie ou même l'ovariectomie partielle sont les techniques les plus adaptées, afin de privilégier la diminution du risque de récurrence
- **La taille du kyste** : en cas d'endométriomes volumineux (>7 cm), la kystectomie peut être très délétère, tandis que la vaporisation est techniquement très difficile. Pour cette raison, les endométriomes volumineux sont aux mieux traités par sclérothérapie, ou par association sclérothérapie/vaporisation

CAS PARTICULIERS

Endométriose profonde infiltrant la vessie

- Procéder à une cystectomie partielle. Cette technique est efficace à long terme sur la diminution des symptômes douloureux et sur le risque de récurrence, avec un faible taux de complications sévères.
- Éviter la résection d'un nodule d'endométriose vésicale uniquement par voie transurétrale.

Endométriose des uretères

- Les techniques conservatrices (urétérolyse) ou radicales (résection urétérale avec anastomose termino-terminale ou résection urétérale et réimplantation vésicale) sont efficaces sur la diminution des symptômes douloureux, de la dilatation des voies urinaires supérieures et sur le risque de récurrence avec un faible taux de complications sévères.
- Pour les techniques radicales (anastomose, réimplantation) :
 - ✓ Prise en charge par une équipe chirurgicale multidisciplinaire (gynécologique et urologique) ;
 - ✓ Surveillance postopératoire par imagerie (risque de sténose de l'anastomose urétéro-urétérale ou du site de réimplantation urétérovésicale et risque d'atrophie rénale).

Endométriose infiltrant le colon et le rectum

- Utiliser de préférence la voie d'abord coelioscopique.
- Procéder à une résection des lésions pelviennes d'endométriose aussi complète que possible.
- Éviter l'utilisation de barrières anti-adhérentielles autour de l'anastomose digestive.
- En cas d'endométriose du bas rectum : discuter de la nécessité de réaliser une dérivation digestive temporaire et en informer la patiente.
- Informer la patiente du risque de complications postopératoires graves.
- Mettre en place une prise en charge multidisciplinaire.

Intérêt de l'hystérectomie conservatrice ou avec annexectomie bilatérale

- Peut être proposée chez les patientes sans souhait de grossesse.
- Permet de réduire le risque de récurrence.
- Discuter avec la patiente du choix de la conservation ovarienne.
- Si besoin, un traitement hormonal de la ménopause (THM) peut être proposé en cas d'endométriose.

Endométriose extra-pelvienne : pariétale, diaphragmatique, thoracique

- Prévoir une consultation avec un gynécologue pour rechercher une atteinte pelvienne associée.
- Proposer un traitement chirurgical (efficace sur les douleurs).

PRISE EN CHARGE D'INFERTILITE : pluridisciplinaire

- En cas d'endométriose minime à légère, l'utilisation d'une stimulation ovarienne, avec ou sans insémination intra-utérine, en postopératoire, peut être envisagée.
- Après une chirurgie, utiliser [l'Endometriosis Fertility Index2](#) pour guider la stratégie en vue de l'obtention d'une grossesse
- Éviter la prescription d'un traitement hormonal antigonadotrope qui ne permet pas d'augmenter le taux de grossesses hors FIV, y compris en postopératoire.

Principes de la prise en charge en FIV en cas d'endométriose

- Les résultats de la prise en charge en AMP par FIV en termes de taux de grossesses et de naissances ne semblent pas affectés par l'existence d'une endométriose ou par son stade. En cas d'endométriose, le nombre d'ovocytes recueillis semble être plus faible, notamment en cas d'endométriose sévère.
- Les études sur la stimulation de l'ovulation pour FIV ne montrent pas d'aggravation des symptômes liés aux lésions d'endométriose, ni d'accélération de son évolution, ou d'augmentation du taux de récurrence de la maladie.
- En cas d'endométriose :
 - ✓ Il n'y a pas lieu de privilégier l'ICSI par rapport à la FIV classique en première intention
 - ✓ Utiliser un protocole agoniste ou un protocole antagoniste.
- En cas d'endométriose et FIV :
 - ✓ Mettre en place un prétraitement avant stimulation par analogue agoniste de la GnRH ou par contraception oestroprogestative.

FIV et endométriose superficielle

- Il n'y a pas lieu de réaliser un traitement chirurgical de l'endométriose superficielle dans le seul but d'augmenter les chances de grossesse en FIV.

FIV et endométriome

- Il n'y a pas lieu de réaliser un traitement chirurgical dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV.
- Il n'y a pas lieu de réaliser une aspiration Trans vaginale systématique sous contrôle échographique des endométriomes avant FIV afin d'augmenter les taux de grossesses.
- En cas d'endométriome pouvant gêner la ponction ovocytaire, celui-ci peut être drainé par voie vaginale échoguidée avec ou sans alcoolisation.

FIV et endométriose profonde

- Une FIV peut être proposée afin d'augmenter les taux de grossesses.
- Il n'y a pas lieu de réaliser un traitement chirurgical de l'endométriose profonde avant FIV dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV.
- En cas d'échec d'une ou plusieurs tentatives de FIV dans un contexte d'endométriose profonde, mettre en place une concertation médico-chirurgicale.

FIV et endométriose récidivante

- Mettre en place une concertation médico-chirurgicale pour discuter d'une prise en charge adaptée en tenant compte de la symptomatologie, des risques opératoires et des facteurs d'infertilité associés.

Préservation de la fertilité en cas d'endométriose

- Discuter avec la patiente des possibilités de préservation de la fertilité.

En conclusion

Alors que les femmes atteintes d'endométriose subissent souvent une longue errance médicale (8 à 12 ans en moyenne), la mise au point d'un test diagnostique non invasif de la maladie pourrait permettre de raccourcir ces délais.

Une équipe française rassemblant des médecins experts de l'endométriose et des ingénieurs en intelligence artificielle vient en effet de mettre au point un test diagnostique basé sur le séquençage des microARN présents dans la salive.

« La fiabilité de ce test est exceptionnelle avec une sensibilité de 97%, une spécificité de 100% et une performance diagnostique supérieure à 98%. Le CNGOF espère ainsi que l'ENDOTEST® signe le début d'une révolution scientifique et technologique pour la santé des femmes », a indiqué le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) dans un communiqué

[Endométriose : un test salivaire diagnostique « à la fiabilité exceptionnelle »](#)

BIBLIOGRAPHIE

1. [Endométriose : 5 conséquences psychologiques de la maladie](#)
2. [Rapport de proposition d'une stratégie nationale contre l'endométriose \(2022 – 2025\)](#)
3. [Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique](#)
4. [Prise en charge de l'endométriose Démarche diagnostique et traitement médical décembre 2017](#)
5. <https://www.endofrance.org/la-maladie-endometriose/diagnostic-endometriose/>
6. la réalisation du diagnostic d'endométriose en soins primaires étude qualitative par entretiens semi-directifs de médecins généralistes des Alpes-Maritimes :
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03378138/document>
7. HAS : [prise en charge de l'endométriose recommandation de bonne pratique - mis en ligne le 17 janv. 2018](#)
8. [Mise à jour concernant le traitement médicamenteux de l'endométriose d'après les recommandations 2017 de l'HAS](#)
9. La fécondation in vitro avec ICSI <https://www.procreation-medicale.fr/fecondation-in-vitro-icsi/>
10. Chirurgie gynécologique de l'endométriose
<https://www.institutendometriose.com/chirurgie-de-lendometriose/chirurgie-gynecologique/>

DOCUMENTS

1/ études et enquêtes étude de faisabilité de la surveillance épidémiologique de l'endométriose en France et premières estimations d'incidence juillet 2021

2/ SPRM : Les modulateurs sélectifs du récepteur de la progestérone (SPRMs) ont des effets à la fois progestatifs et antiprogestatifs en fonction du tissu cible. Ils sont utilisés en obstétrique pour l'interruption de grossesse, et en gynécologie pour la contraception d'urgence et le traitement médical des fibromes. Les perspectives de développement concernent la contraception au long cours, le traitement de l'endométriose et la prévention du cancer du sein. Les effets endométriaux spécifiques mis en évidence sont en cours d'évaluation.

3/ SERM : Les SERM sont des molécules non stéroïdiennes capables de se fixer sur les récepteurs des oestrogènes. Ils possèdent des propriétés à la fois agonistes et antagonistes des oestrogènes. Sur le sein, les SERM actuellement utilisés, tamoxifène et raloxifène, se comportent comme des antioestrogènes. Le premier est utilisé pour ses propriétés en cancérologie. Sur l'os, ils se comportent comme des oestrogènes, et le raloxifène est utilisé en prévention et en traitement de l'ostéoporose postménopausique. Ce produit a démontré des effets préventifs vis-à-vis des fractures vertébrales. En ce qui concerne la prévention du cancer du sein, les effets favorables constatés doivent encore être confirmés par une étude d'intervention en cours. Au niveau de l'utérus, l'utilisation du tamoxifène postménopausique. Ce produit a démontré des effets préventifs vis-à-vis des fractures vertébrales. En ce qui concerne la prévention du cancer du sein, les effets favorables constatés doivent encore être confirmés par une étude d'intervention en cours. Au niveau de l'utérus, l'utilisation du tamoxifène augmente légèrement le risque de cancer de l'endomètre, ce qui n'est pas le cas du raloxifène. Ces deux SERM comportent un risque de thrombose veineuse. Le raloxifène induit des modifications favorables de certains marqueurs intermédiaires du risque cardiovasculaire. Ici encore, il faudra attendre les résultats d'une étude d'intervention en cours pour savoir si ce produit diminue réellement le risque cardiovasculaire. Au niveau du cerveau, les SERM :

- favorisent les bouffées de chaleur
- n'ont pas d'effets défavorables sur les fonctions cognitives
- augmentent légèrement le risque de cancer de l'endomètre, ce qui n'est pas le cas du raloxifène

Ces deux SERM comportent un risque de thrombose veineuse. Le raloxifène induit des modifications favorables de certains marqueurs intermédiaires du risque cardiovasculaire. Ici encore, il faudra attendre les résultats d'une étude d'intervention en cours pour savoir si ce produit diminue réellement le risque cardiovasculaire. Au niveau du cerveau, les SERM favorisent les bouffées de chaleur, mais n'ont pas d'effets défavorables sur les fonctions cognitives.

MESSAGES ESSENTIELS

Repérer et diagnostiquer la maladie

- Les dysménorrhées intenses de 75 à 90% (évaluées par une intensité de 8 ou plus, un absentéisme fréquent, ou une résistance aux antalgiques de niveau 1
- Les dyspareunies profondes (35 à 50%)
- Les douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale
- Les signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale
- Des troubles psychologiques
- L'infertilité : Environ 40 % des femmes atteintes ont des problèmes de fertilité et on estime qu'environ 50 % des femmes infertiles seraient porteuses d'endométriose

Les examens de première intention sont :

- L'examen clinique (gynécologique si possible) ;
- L'échographie pelvienne.
- Il n'y a pas lieu de prescrire de dosage biologique

Les examens en seconde intention sont :

- L'examen pelvien orienté (clinicien référent), avec recherche d'une endométriose profonde en cas de douleur à la défécation pendant les règles, de signes urinaires cycliques, de dyspareunie profonde intense, ou d'infertilité associée
- L'IRM pelvienne (interprétée par un radiologue référent)
- L'échographie endovaginale

Informé, sensibiliser

- L'endométriose a des effets importants sur le rapport au corps, la construction et l'estime de soi, la fertilité, la vie de couple, les liens familiaux, les relations professionnelles et sociales, la vie scolaire, la vie quotidienne et les activités sportives
- Informer les patientes, les accompagner, sensibiliser leur entourage et, plus largement, mener une communication adaptée, scientifiquement approuvée et non anxiogène sur l'endométriose est le meilleur moyen de réduire le risque d'errance diagnostique.

Prise en charge globale et personnalisée

- Il n'existe pas à ce jour de traitement curatif pour guérir de l'endométriose
- L'endométriose étant une maladie hormonodépendante, le traitement hormonal est donc le traitement de première intention chez la patiente douloureuse.
En cas de douleurs chroniques, une prise en charge multidisciplinaire est recommandée.
- Antalgiques
- La prescription d'AINS au long cours est à éviter en raison d'effets secondaires importants gastriques et rénaux.
- En cas de suspicion d'une origine neuropathique de la douleur : proposer un traitement spécifique
- Le choix du traitement chirurgical est guidé par :
 - L'efficacité et les effets indésirables des traitements ;
 - L'intensité et la caractérisation de la douleur ;
 - La sévérité et la localisation de l'endométriose ;
 - Les attentes de la patiente et un éventuel souhait de grossesse