

# ***DOULEUR et ENDOMETRIOSE***

---

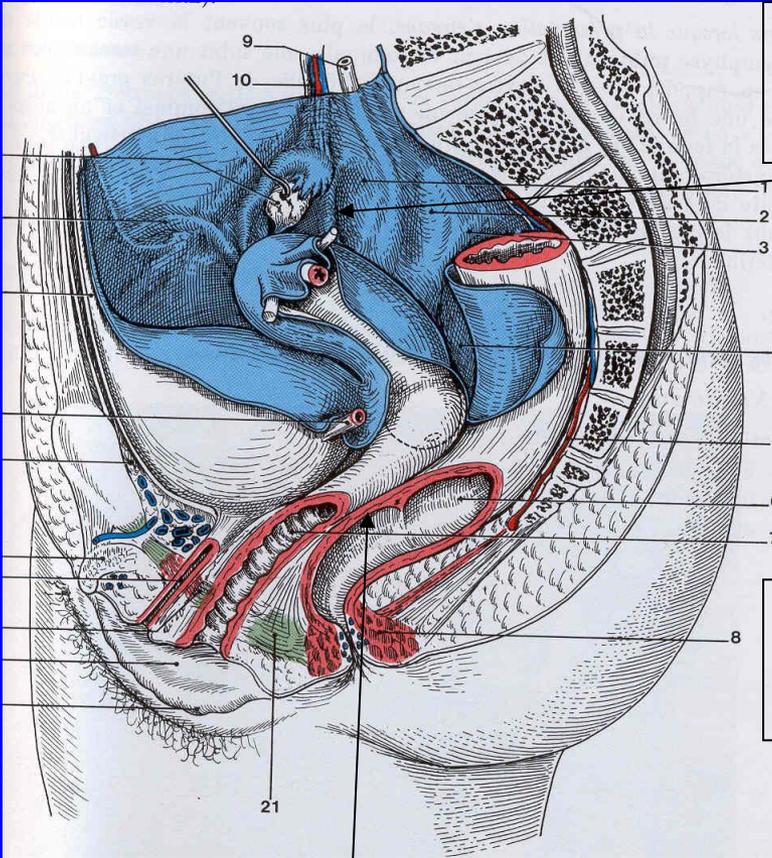


Dr J.VIALARD  
Clinique Mutualiste La Sagesse  
RENNES

# INTRODUCTION

- L'endométriose reste toujours « mystérieuse » dans son évolutivité – Régression spontanée dans 24% des cas (AUDEBERT)
- Recommandations pour la pratique clinique  
Guideline dernière ESHRE

# I – Une notion à comprendre



Endométriose péritonéale

Endométriose sous-péritonéale

# II – Prévalence de l'endométriose

- o Population générale: estimation de 3 à 5%  
( 2 à 10% ) - 90% formes minimales
- o Pour pathologie gynécologique  
( compilation ESKENASI – 1997 )

	Total	Nbre endométriose	%	Valeurs extrêmes	% formes minimales
Douleurs pelviennes	2400	588	<b>24,6</b>	4,5-82	69,9
Infertilité	14371	2812	<b>19,6</b>	2,1-78	65,6
Stérilisation tubaire	10634	433	<b>4,1</b>	0,7-43	91,7

# III - LE MOTIF de CONSULTATION

- Douleur - 70% des cas
- Infertilité - 30%
- Urgence ( en particulier chez les patientes en âge de procréer )

# IV – Une METHODOLOGIE RIGOUREUSE

- Interrogatoire +++
- Examen clinique +++ si possible en période menstruelle
- Evaluation de la qualité de vie
- Cartographie de la pathologie ( clinique , échographie +/- IRM )

## *IVa - L 'INTERROGATOIRE*

### *Objectifs:*

- 1 - recherche des facteurs de risque de la maladie
- 2 - Apprécie le type et le niveau de la douleur
- 3 - *Éventuellement* recherche des éléments d'infertilité du couple
- 4 - Autre

## IVa - L 'INTERROGATOIRE

---

### Dysménorrhée:

- Légère – RR 1,7
- Modérée – RR 3,4
- Sévère – RR 6,7

## IVa - L'INTERROGATOIRE



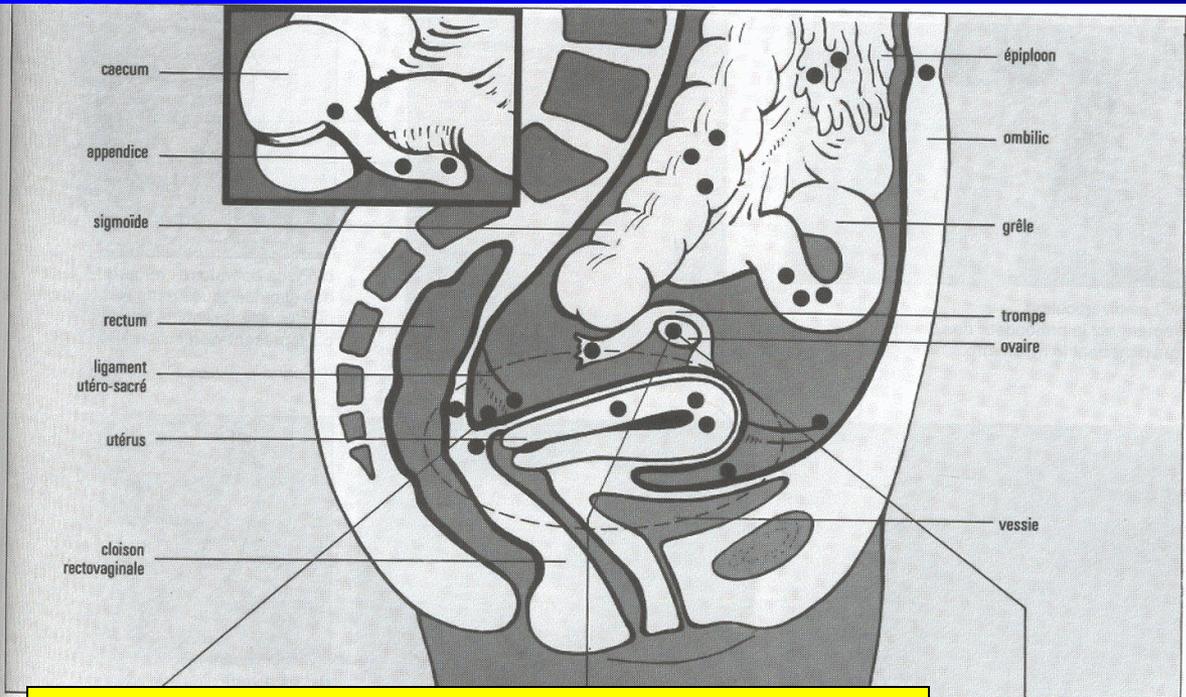
### B – La douleur

- ❖ **Signe le plus fréquent**  
( 75% des cas )

***Très polymorphe:***

# IVa - L'INTERROGATOIRE

## B - La douleur

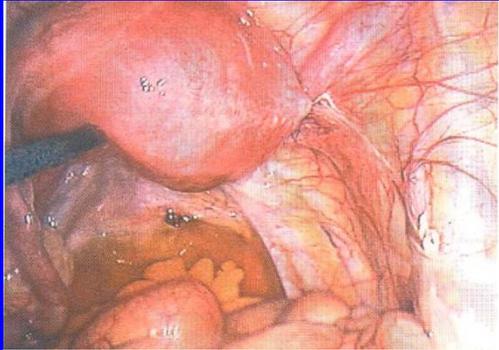


- localisations
- l'étendue des lésions

J.LANSAC/P.LECOMTE/H.MARRET 6ème édition MASSON

# IVa - L'INTERROGATOIRE

## B - La douleur



Lésions rouges actives

- Évolutivité de la maladie
- Adhérences



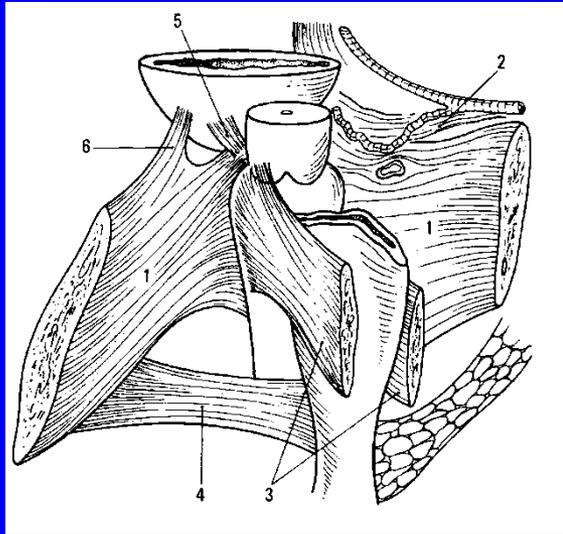
Lésions noirs non  
actives

## IVa - L 'INTERROGATOIRE

- 
- ↳ foyers d'endométriose ( réactions inflammatoires )
- ❖ Origine → Adhérences ( rétro-utérines – CdeS de Douglas )
  - ❖ Siège : abdominal, pelvien ou lombaire
  - ❖ Irradiations et types très variables, surtout si anciennes
    - permanentes ou épisodiques
    - Rythmées par le cycle avec ↗ péri ovulatoire et prémenstruelle
    - Parfois sans rapport avec le cycle menstruel
  - ❖ Douleurs aux changements de position et en position assise ( J.Belaisch, P. Madelenat ) – adhérences
  - ❖ Dysménorrhée primaire invalidante ( sévère )

# IVa - L'INTERROGATOIRE

## B - La douleur



- ❖ La dyspareunie profonde isolée est rare ( 10% )

endométriose sous-péritonéale:  
face postérieure de l'isthme, utéro-sacrés, cloison recto-vaginale

- ❖ La défécation douloureuse évoque localisation rectale ou de la cloison recto-vaginale
- ❖ *Cette douleur doit être quantifiée*  
( EVA )

## IVa - L'INTERROGATOIRE

---

### C – l'infertilité

- o La maladie est souvent diagnostiquée à l'occasion d'un bilan d'infertilité
- o L'endométriose est retrouvée chez 25 à 40% des patientes infertiles – 80% de formes légères à modérées
- o Le risque d'infertilité est X par 10 en cas d'endométriose

### D- les Hémorragies

- ❖ ménorragies
- ❖ métrorragies pré-mentruelles
- ❖ métrorragies lors des rapports : endométriose cervicale ou du CdeS vaginal postérieur
- ❖ Diagnostic:
  - Endométriose
  - adénomyose

## IVa - L 'INTERROGATOIRE

### E – les autres signes ( hors sphère gynécologique )

1 – Digestifs – peu fréquents – le plus souvent associés à des signes gynécologiques

- Douleur souvent chronique
- Diarrhée cyclique plus que constipation
- Ténésme – Dyskésie
- Rectorragie cyclique
- Syndrome occlusif ou sub-occlusif

### 2 – Urinaires

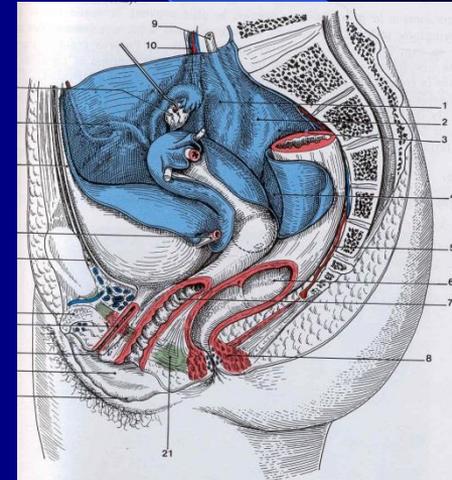
- Hématurie cataméniale
- Ténésme vésical
- Pollakiurie
- Infections à urines claires, parfois bactériennes

*Caractère cyclique ou à recrudescence pré-menstruelle*

### F – Contexte psychologique

# V - L 'EXAMEN CLINIQUE

- Il doit être méthodique - Systématique lors d'une coelioscopie pour infertilité ou douleurs pelviennes
- Si possible en période menstruelle
- Il est essentiel, en particulier pour le bilan de l'endométriose sous-péritonéale



- Outre la sphère gynécologique, il portera aussi sur les organes de voisinage

# VI - Les différentes atteintes extra-génitales

## 1 – L'atteinte digestive

### ❖ Localisation:

⇒ Recto-sigmoïde ( 70% )

⇒ Parfois région iléo-cæcale +/- appendiculaire

### ❖ Fréquence :

⇒ 2% ( formes graves ) à 30% ( souvent asymptomatiques et superficielles )

❖ Association fréquente à une **endométriose de la cloison recto-vaginale et/ou du CdeS vaginal postérieur** – explique la **double symptomatologie** gynécologique et digestive

❖ Formes symptomatiques sont invalidantes, d'évolution lente ( vers la sténose ) Peu sensibles aux traitements médicaux

# VI - Les différentes atteintes extra-génitales

## 2 – L'atteinte vésico-urétérale

❖ Signes cliniques: cf –

❖ Localisation:

⇒ Dôme vésical

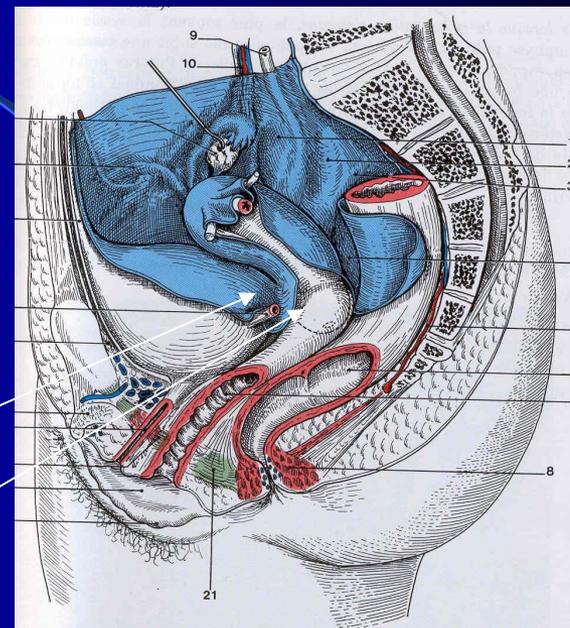
- Atteinte péritonéale superficielle
- Profonde – latérale

⇒ inter-vésico-utérine

⇒ Urétérale – gravité

Clinique tardive avec urétéro-hydronephrose ( HTA – oligoanurie ) y penser sous THS

Atteinte basse de l'uretère ( croisement A.utérine )



## VI - Les différentes atteintes extra-génitales

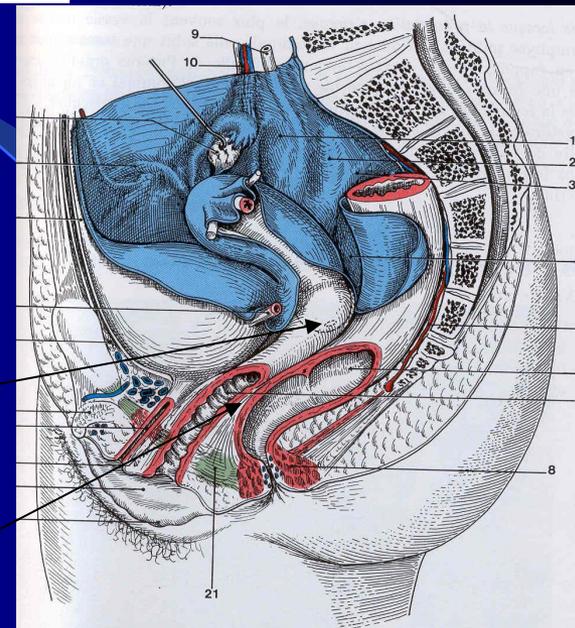
### 3 – atteinte de la cloison recto-vaginale

❖ Signes cliniques: cf dominés par:

- la dyspareunie profonde
- et le ténesme rectal

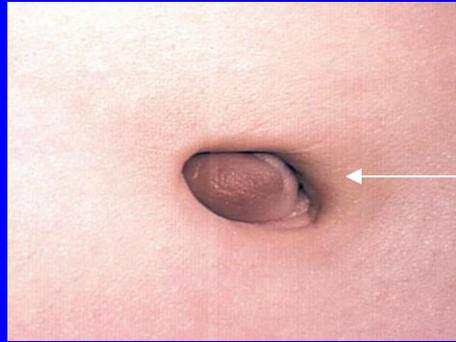
❖ Localisations:

- ⇒ Atteinte CdeS de Douglas et des utéro-sacrés
- ⇒ Nodule isolé médio-vaginal postérieur



## VI - Les différentes atteintes extra-génitales

### 4 – Atteintes « ectodermiques »



Endométriose  
ombilicale + lésions  
pelviennes sous-  
jacentes

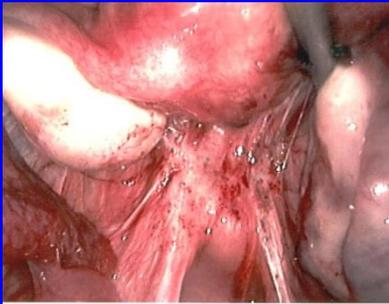
#### ❖ ombilicale

Nodule bleuté, douloureux parfois  
inflammatoire. Évolution cyclique.  
ATCD de césarienne

#### ❖ périnéale

#### ❖ fessière

Tableau d'abcès à répétition + sciatique



## VI - Les différentes atteintes extra-génitales

---

### 5 – Localisations viscérales extra-abdominales

- ❖ endométriose pulmonaire – 3 cas  
Hémoptysie cataméniale, hémopneumothorax
- ❖ endométriose cérébrale - 1 cas  
Epilepsie

# CONCLUSION – Devant une patiente algique

- La place de l'interrogatoire pour évoquer le diagnostic d'endométriose et apprécier son retentissement est essentielle
- L'examen clinique méthodique est primordial pour préciser une partie du bilan lésionnel. Il permet d'orienter les examens complémentaires. Il aide à leur interprétation.
- Cartographie des lésions
- Evaluation de la qualité de vie ( qualitative et quantitative)

Tous ces éléments guident la **prise en charge thérapeutique personnalisée**

# ***VII - PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE***

- Bilan étiologique de la douleur – approche multidisciplinaire
- Prise en charge des facteurs psychologiques
- Un traitement doit être proposé en cas d'endométriose douloureuse ( médical ou chirurgical )

## VII – Prise en charge thérapeutique

### 1 – TRAITEMENT MEDICAL

- Objectif gynécologique: AMENORRHEE :
  - CO monophasique en continu
  - Progestatifs
  - Danazol + oestrogènes
  - Analogues Gn-RH + add back thérapie
- Antalgiques
  - AINS
  - Palier 2 voire 3 (morphiniques)
- Autres : centre anti-douleur, gastro-entérologues, urologues...

## VII - Prise en charge thérapeutique

- Diagnostic confirmé avant un traitement prolongé ( histologie et/ou chirurgie )
- Traitement d'épreuve de 3 mois
- Thérapeutiques alternatives: homéopathie, acupuncture, sophrologie, ostéopathie...

**Le bon traitement est celui qui est bien toléré, et qui améliore de façon significative la qualité de vie. Il doit donc être personnalisé.**

## VII - Prise en charge thérapeutique

### 2 – TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Il est efficace sur les douleurs
- Il est recommandé sous couvert d'un rapport bénéfice/risque individuel favorable
- Si chirurgie traitement de toutes les lésions ( symptomatiques )
- Pas de données comparatives Trt médical/chirurgie

## VII - Prise en charge thérapeutique

### *A QUI PROPOSER UNE CHIRURGIE ?*

- 1 – Les femmes symptomatiques sous traitement médical
- 2 – Les femmes infertiles symptomatiques.  
Au bilan d'infertilité favorable.
- 3 – Les complications
- 4 – JAMAIS UNE FEMME  
ASYMPTOMATIQUE

## VII - Prise en charge thérapeutique

### *Problématique du clinicien*

---

- Signes d'appel: quel type de coelioscopie ?
  - Kyste(s) endométriosique(s): quelle attitude ?
  - Endométriose sévère ou extensive ( sous-péritonéale ): qu'en faire ? Que dire ?
- 

#### *Discussion bénéfices-risques*

Risques de la coelioscopie ( +/- coelio-chirurgie ) mieux évalués

- mortalité 3,33/100.000 ( CHAPERON – 2001 )
- vasculaires 0,018% - digestifs 0,04%

## VII - Prise en charge thérapeutique

*Quelle type de coelioscopie en cas signes d'appel ?*

---

### *LES GRANDS POINTS A RETENIR de la coelioscopie dans ce cadre*

Attitude pour les endométrioses minimales à modérées

- ⇒ Bilan lésionnel précis - classification
- ⇒ Ne pas méconnaître une endométriose sous-péritonéale associée ( examen sous AG )
- ⇒ Pas de coelio-chirurgie si :
  - pelvis inflammatoire avec une endométriose floride étendue – traitement médical de 3 mois
  - Si plus sévère que prévue: bilan puis reprogrammation

## VII - Prise en charge thérapeutique

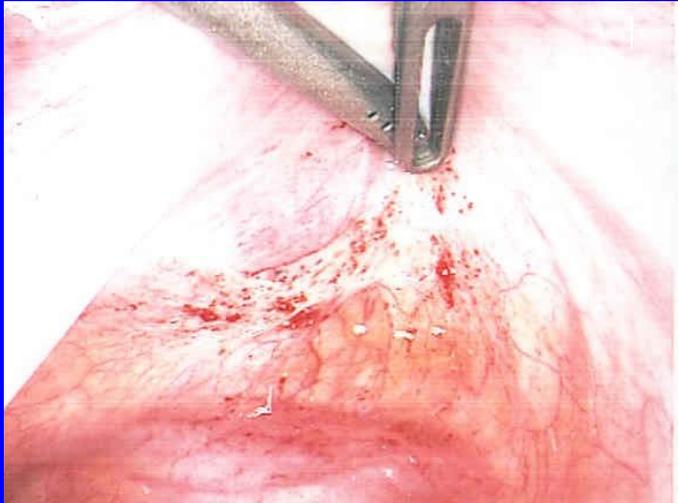
### *Quelle type de coelioscopie en cas signes d'appel ?*

---

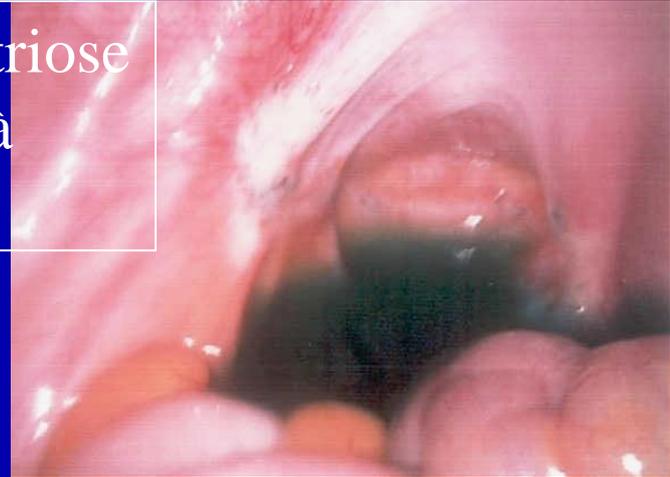
- ⇒ Détruire l'ensemble des lésions ( exérèse, coagulation, laser, plasmajet ... )
  - Diminue les récurrences
  - Traite l'infertilité ( MARCOUX 1997 )
- ⇒ Respecter les règles de micro-chirurgie: adhérences, hydrosalpinx...
- ⇒ Peu ou pas de place pour les traitements médicaux ( progestatifs, agonistes du GnRH ... )

## VII - Prise en charge thérapeutique

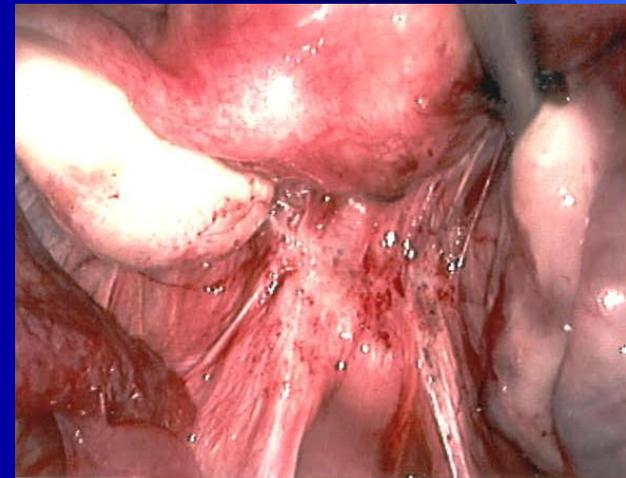
*Quelle type de coelioscopie en cas signes d'appel ?*



Endométriose  
minime à  
légère



Bilan d'une  
récidive  
d'endométriose  
ombilicale



## VII - Prise en charge thérapeutique *kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?*

---

### 1 - GENERALITES

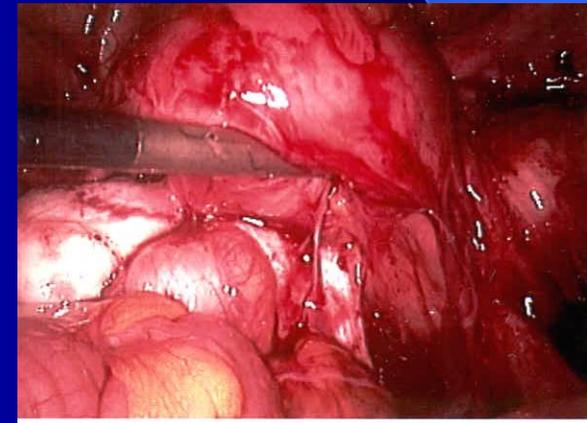
- ⇒ Lésions ovariennes présentes dans 31 à 44% des endométrioses – Nette prédominance côté gauche ( JENKINS – 1986 )
- ⇒ Traitements médicaux inefficaces

## VII - Prise en charge thérapeutique *Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?*

**ISOLE** : meilleur  
pronostic /fertilité  
( DONNEZ – 1996 )

*2 situations  
très différentes*

**COMPLEXE**: avec  
adhérences + implants



## VII - Prise en charge thérapeutique

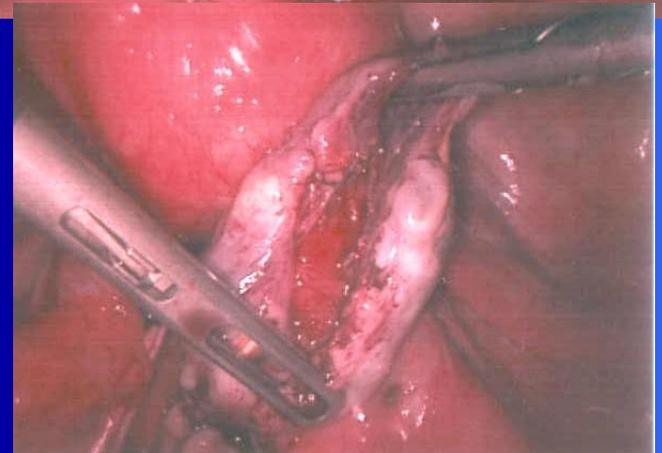
### *Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?*

---

## 2 - TECHNIQUES

### a) KYSTECTOMIE

- référence taille > 3cm
  - Coelio > laparo
  - intrapéritonéal > trans-  
pariétale ( volumineux )
  - anatomo-pathologie
- 



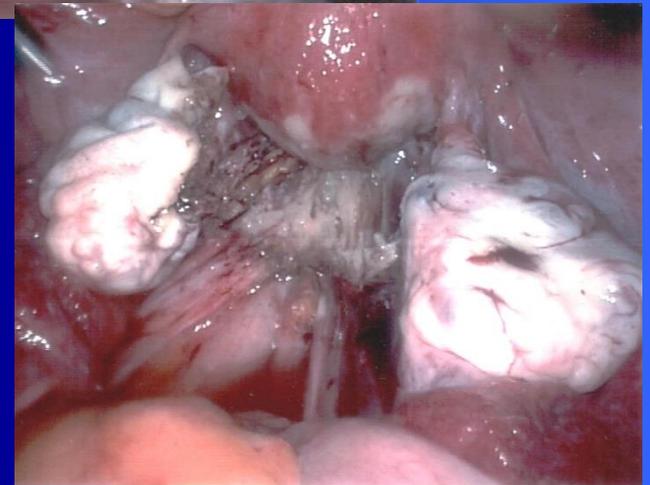
## VII - Prise en charge thérapeutique

### *Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?*

---

## KYSTECTOMIE (suite)

- Traitement lésions associées
- Si kystectomie incomplète -> vaporisation plasmajet



## VII - Prise en charge thérapeutique

### IV – Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

---

#### **b) Drainage – vaporisation secondaire**

*Pour nous:* très volumineux endométriomes, ou endométriose sévère inflammatoire

#### **c) Alcoolisation**

si récurrence d'endométriome. Préserve réserve ovarienne

## VII - Prise en charge thérapeutique

### *Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?*

---

#### c) Ovariectomie – annexectomie

- peu de place
- rares indications sur endométriose annexielle unilatérale ( annexe controlatéral normal ) :  
récidive, douleur...

## 3 – RESULTATS

### a) Taux de récurrence

- ✓ varie 8 à 22% / séries ( FAYER 1991- CANIS 1992 – BENIFLA 1994 – DONNEZ 1996 )
- ✓ risque augmente avec :
  - jeune âge ( < 24ans )
  - Infertilité II
  - Stade endométriose ( Trt souvent incomplet dans les formes sévères )
- ✓ Les OP en continu diminuent ce risque

#### **b) Fertilité**

- ✓ Kyste isolé : pronostic fonction du bilan de base
- ✓ Endométriose complexe
  - séquelles adhérentielles ( coaptation ovaro-tubaire )
  - Reliquat implants
  - Réserve ovarienne

## VII - Prise en charge thérapeutique

Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale):  
qu'en faire ? que dire ?

---

- Cas peu fréquents, souvent hors infertilité
- L'association des deux complique la prise en charge thérapeutique
- L'apport de la coelio-chirurgie depuis les années 80 a modifié cette prise en charge thérapeutique

## VII - Prise en charge thérapeutique Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

---

### *L'ETAPE du BILAN*

a) - L'évaluation de la symptomatologie fonctionnelle

b)- Le bilan de l'endométriose

- Antécédents
- Importance de l'endométriose extra-génitale:
  - **Examen clinique**
  - Examens complémentaires:
    - écho endocavitaire
    - IRM
    - Lavement baryté, UIV
  - Stade de l'endométriose génitale

c) - Le bilan de l'infertilité si nécessaire

---

## VII - Prise en charge thérapeutique Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

---

### *L 'ETAPE de la DECISION*

#### *L 'information la plus éclairée*

- pathologie
- possibilités thérapeutiques
- risques et résultats

#### *Redire:*

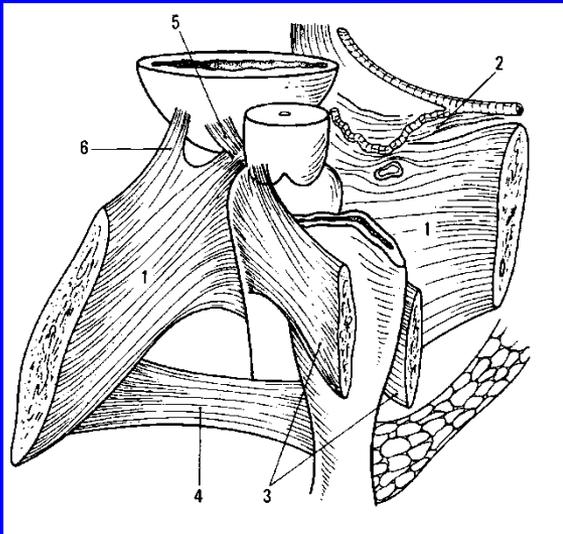
- chirurgie parfois lourde, à haut risque et difficile, pour une pathologie fonctionnelle
- fréquemment multidisciplinaire +++

## VII - Prise en charge thérapeutique Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

### EN PRE-OPERATOIRE

- ⇒ Un traitement de 3 mois par agonistes de la LH-RH  
( pas d'étude randomisée )
- ⇒ UIV de principe ( anomalies urétérales )
- ⇒ Préparation colique de type digestive - indispensable

### BUTS du TRAITEMENT CHIRURGICAL



- a) Traiter de façon complète la totalité des lésions endométriosiques - Garant d'un résultat fonctionnel optimal.
- b) Respecter l'anatomie pelvienne tout en traitant l'endométriose génitale.
- c) Respecter le parenchyme ovarien ( capital ovocytaire )

**VII - Prise en charge thérapeutique  
Endométriose sévère ou extensive  
(sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?**

---

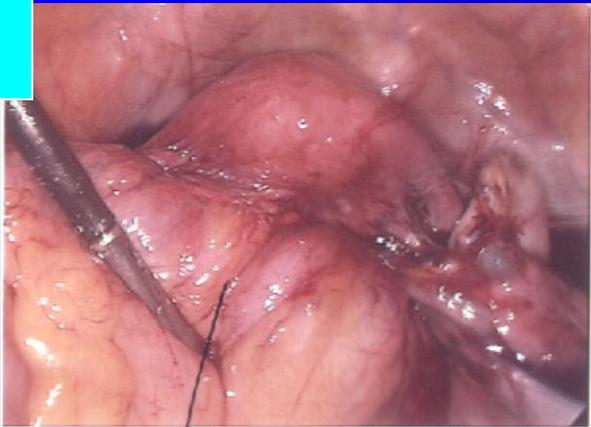
**TECHNIQUES CHIRURGICALES**

**La coeliochirurgie est aujourd 'hui la référence**, mais la laparotomie garde toute sa place.

- ➔ Lésions digestives ( résections recto-sigmoïdiennes ou caeco-appendiculaires ) voire urinaires
- ➔ Traitement des lésions génitales ( endométriose + adhérences )
- ➔ Lésions urinaires
- ➔ Endométriose génitale: récurrence d 'endométriome  
( vaporisation plasmajet )

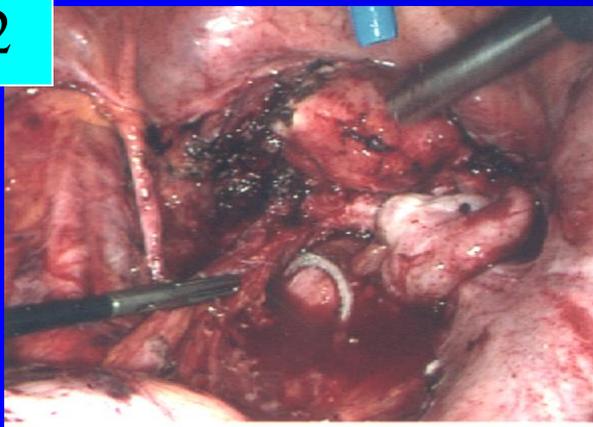
# COELIO-CHIRURGIE

1



Patiente 30ans - KOG 95  
Sténose sigmoïdienne en 96  
Annexectomie G + résection  
digestive 9/96  
Grossesse spontanée 11/97

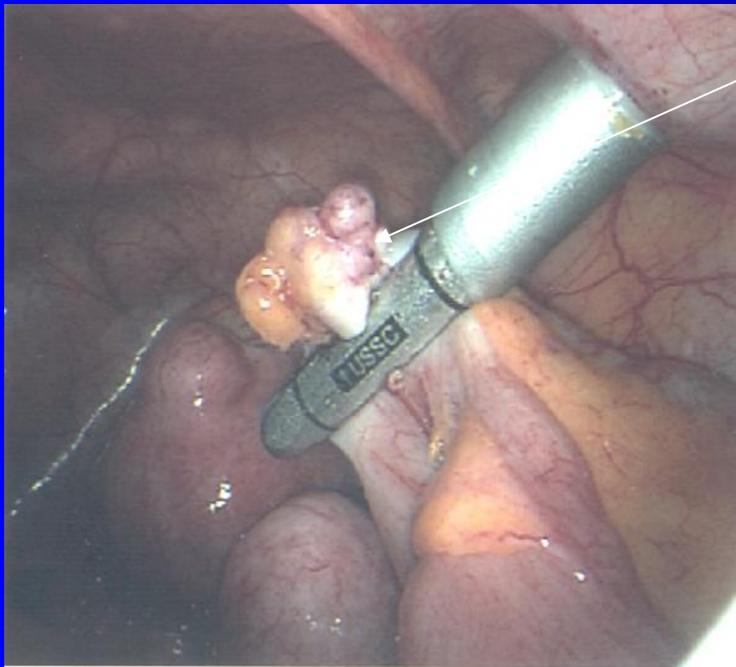
2



3



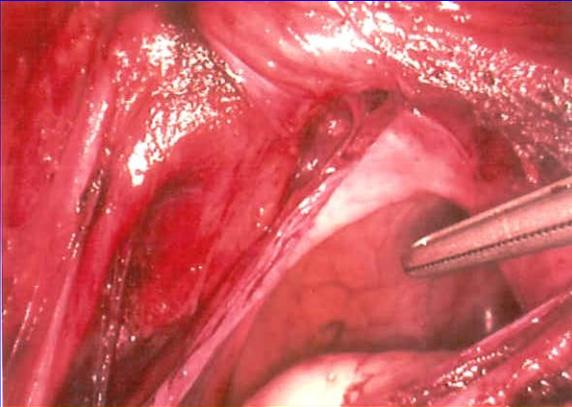
# COELIO-CHIRURGIE



Endométriose caeco-  
appendiculaire

Patiente de 38ans  
Endométriose digestive  
et génitale Stade III rAFS  
Double résection digestive

# COELIO-CHIRURGIE



Endométriose vésicale droite



Patiente de 26ans  
Endométriose vésicale  
+ Artère utérine droite  
Résection complète suture vessie

## VII - Prise en charge thérapeutique Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

---

### LA LAPAROTOMIE DE CONVERSION

#### garde toute sa place

- estimé actuellement à 5%
- Opérateur dépendant
- Sécurité / chirurgie fonctionnelle

- Endométrioses sévères et extensives

- 1 - Le taux de complications : faible

- Digestives: fistules, péritonite stercorale
- Urinaires: fistules urétérale ou vésicale, sténose urétérale.

- 2 - L 'infertilité

- peu de séries.
- Globalement 50% de grossesses spontanées à 18 mois - 20% en FIV
- Résultats fonction des facteurs associés

## VII - Prise en charge thérapeutique

### RESULTATS

---

#### – 3 - Les douleurs

- guérison complète
- dyspareunie, amélioration 90%
- dysménorrhée, amélioration 85%

#### – 4 - Les risques de récurrences

- diversement appréciés.
- Semblent faibles si traitement complet

# CONCLUSION

---

- **Chirurgie** si douleurs persistantes sous traitement médical
  - **Endométriose sévère ou extensive**: chirurgie possible sur certaines formes symptomatiques, par coelio-chirurgie. Difficile.
    - nécessite expérience et temps ( consultations, intervention )
    - Centre de référence? Débat national
    - Bilan pré-thérapeutique complet.
    - Informations claires.
    - Résultats significatifs sur la douleur et l 'infertilité.
-