

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge de l'endométriose

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Décembre 2017

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique ou Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations par consensus formalisé.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service Communication – Information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Préambule	6
Recommandations	8
1. Histoire naturelle de l'endométriose	8
2. Diagnostic et évaluation clinique de l'endométriose	9
2.1 Douleurs associées à l'endométriose	9
2.2 Examen clinique et signes évocateurs d'endométriose	10
3. Explorations complémentaires (diagnostic et évaluation)	11
3.1 Examens de première intention.....	11
3.2 Examens de deuxième intention et bilan de la maladie endométriosique.....	12
3.3 Examens complémentaires de troisième intention	13
3.4 Coéloscopie diagnostique en cas d'endométriose	15
3.5 Fertiloscopie	16
3.6 Synthèse de la stratégie diagnostique	16
4. Information de la patiente	17
5. Traitement hormonal pour l'endométriose douloureuse	18
5.1 Contraception par œstroprogestatifs (COP)	18
5.2 Progestatifs.....	18
5.3 Agonistes de la GnRH (GnRHa)	19
5.4 Traitements hormonaux avant chirurgie de l'endométriose.....	19
5.5 Traitements hormonaux après chirurgie de l'endométriose.....	20
5.6 Place des « nouveaux traitements » de l'endométriose.	21
5.7 Traitement hormonal de l'endométriose douloureuse chez l'adolescente.	22
6. Antalgiques et alternatives thérapeutiques non médicamenteuses	23
6.1 Les thérapeutiques antalgiques médicamenteuses.....	23
6.2 Les options thérapeutiques non médicamenteuses.....	23
7. Traitement chirurgical de l'endométriose	25
7.1 Endométriose pelvienne minime à légère.....	25
7.2 Endométriome ovarien	25
7.3 Endométriose profonde infiltrant la vessie	26
7.4 Endométriose profonde des uretères.....	27
7.5 Endométriose profonde infiltrant le colon et le rectum.....	27
7.6 Intérêt de l'hystérectomie conservatrice ou avec annexectomie bilatérale	28
7.7 Endométriose extra-pelvienne : pariétale, diaphragmatique, thoracique	29
7.8 Endométriose des racines nerveuses et du nerf sciatique	29
7.9 Les techniques de préservation nerveuse dans la chirurgie de l'endométriose profonde	29
8. Stratégies de prise en charge de l'infertilité dans un contexte d'endométriose	30
8.1 Principes de la prise en charge en FIV en cas d'endométriose	30

8.2	Stratégie en FIV et cas particuliers	31
8.3	Place de la préservation de la fertilité en cas d'endométriose.....	33
	Fiche descriptive	37

Abréviations et acronymes

Add back thérapie	Hormonothérapie œstroprogestative de substitution
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMP	Assistance médicale à la procréation
Colo-CT	Colo-scanner
COP	Contraception œstroprogestative
CRV	Cloison recto-vaginale
DMO	Densité minérale osseuse
DMPA	Acétate de médroxyprogestérone
EE	Éthinylestradiol
EER	Écho-endoscopie rectale
EEV	Echographie endovaginale
EP	Endométriose sous-péritonéale profonde
COC	Contraception orale combinée (œstroprogestative)
EVA	Echelle visuelle analogique
EVS	Echelle verbale simple
EN	Echelle numérique
FIV	<i>Fécondation in vitro</i>
GnRHa	Agonistes de la GnRH
IC 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
ICSI	<i>Intracytoplasmic sperm injection</i>
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LNG	Lévonorgestrel
LUS	Ligaments utérosacrés
NP	Niveau de preuve
OR	Odd ratio
RSG	Rectosonographie
RV+ ou RV-	Rapport de vraisemblance positif ou négatif
Se.	Sensibilité
SERM	<i>Selective estrogen receptor modulator</i>
SIU	Système intra-utérin
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Sp.	Spécificité
SPRM	<i>Selective progesterone receptor modulator</i>
THM	Traitement hormonal de la ménopause
TU	Torus utérin
TV	Toucher vaginal
VPN	Valeur prédictive négative
VPP	Valeur prédictive positive

Préambule

La définition de l'endométriose est histologique. Elle est définie par la présence de glandes ou de stroma endométrial en dehors de l'utérus.

En raison de cette définition histologique, la prévalence de l'endométriose est difficile à estimer en population générale. La prévalence de l'endométriose chez les femmes présentant des algies pelviennes chroniques varie de 2 à 74 % selon les études, ces études restent hétérogènes. La prévalence de l'endométriose chez les femmes ayant des algies pelviennes aiguës serait supérieure à 33 %. Une incidence annuelle autour de 0,1 % a été rapportée chez les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Objectif de la recommandation

L'objectif de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) est d'actualiser les recommandations du CNGOF de 2006 (Prise en charge de l'endométriose) afin de proposer des recommandations récentes à la communauté soignante (ville, hôpital) permettant une information et une prise en charge optimale des patientes en France.

Depuis 10 ans, la pratique clinique a changé, la médiatisation de l'endométriose devient très importante, et les patientes sont devenues des interlocutrices très présentes grâce à des associations nombreuses et pertinentes. Il était important de prendre en compte ces modifications, d'établir ce qui est justifié par les données de la médecine factuelle et de distinguer ce qui repose sur des craintes ou des croyances.

L'objectif initial et idéal de ces recommandations qui aurait été de ne pas inclure d'avis d'experts s'est avéré impossible à tenir. Cela aurait conduit à ne pas répondre à de nombreuses questions, ce qui était difficile pour des recommandations qui sont devenues la référence quotidienne de la pratique clinique. Reste que ces avis d'experts ou ces recommandations basées sur de faibles niveaux de preuve doivent être utilisés avec discernement, le rôle du médecin reste d'adapter les règles au problème posé par chaque patiente, et non pas de faire obligatoirement rentrer chaque patiente dans un cadre dont on connaît les limites en raison de l'absence de données factuelles très solides.

Ces recommandations concernent le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose péritonéale, ovarienne et profonde. La prise en charge de l'adénomyose n'a pas été traitée. De nombreuses questions sont restées sans réponse. En particulier, aucune étude ne compare sur le long terme les bénéfices du traitement médical et du traitement chirurgical. Ces limites soulignent combien le rôle du praticien, quand il adapte une recommandation à une patiente, est essentiel et irremplaçable dans le traitement des signes fonctionnels de l'endométriose.

Patients concernés

Femmes adultes et adolescentes présentant une endométriose.

Professionnels concernés

Les gynécologues-obstétriciens, les chirurgiens, les radiologues, les anatomo-pathologistes, les médecins de la reproduction, les gynécologues médicaux, les médecins de la douleur, et les professionnels de santé en soins primaires dont les médecins généralistes et les sages-femmes impliqués dans le dépistage, l'évaluation et la prise en charge de l'endométriose.

Définitions

Endométriose superficielle : endométriose limitée au péritoine.

Endométriose profonde : endométriose qui infiltre l'espace rétropéritonéal ou les viscères (rectum, vagin, utérus, vessie, uretère, intestin grêle, etc.).

Endométriome ovarien : kyste endométriosique de l'ovaire.

Recommandations

1. Histoire naturelle de l'endométriose

L'endométriose n'a pas systématiquement de conséquences pathologiques et peut être observée chez des femmes indolores et fertiles (NP4). L'évolution de l'endométriose vers des formes chroniques et douloureuses est possible.

AE 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).

L'endométriose est une maladie multifactorielle, résultant de l'action combinée de facteurs génétiques et environnementaux, et de facteurs liés aux menstruations. L'exposition aux menstruations (premières règles précoces, volume menstruel important, cycles courts) est associée à la présence d'endométriose (NP2).

Le risque de développer une endométriose pour les apparentées au premier degré est cinq fois plus élevé que dans la population générale (NP2). Néanmoins, il n'existe pas de données permettant de donner des conseils en prévention primaire de la maladie.

C En l'absence de symptômes, il n'est pas recommandé de proposer un dépistage systématique 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) (Grade C).

Les données de la littérature ne sont pas en faveur d'une progression de l'endométriose au fil du temps, que ce soit en termes de volume ou de nombre des lésions (NP3).

C La surveillance systématique par imagerie des patientes traitées pour endométriose et asymptomatiques n'est pas recommandée (Grade C)

Le lien causal entre endométriose et cancer de l'ovaire n'est pas démontré (NP2).

B 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).

La survenue de symptômes douloureux n'est pas obligatoire en cas d'endométriose (NP2). La prévalence de l'endométriose asymptomatique n'est pas connue en population générale. Il n'existe pas de données permettant de motiver ou organiser un dépistage de l'endométriose en population générale.

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

La douleur associée à l'endométriose peut être expliquée par la nociception, l'hyperalgésie et la sensibilisation centrale, associées à des degrés divers chez une même patiente (NP2).

2. Diagnostic et évaluation clinique de l'endométriose

2.1 Douleurs associées à l'endométriose

La manifestation des symptômes douloureux est variable d'une femme à l'autre.

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

- Les dysménorrhées intenses (évaluées par une intensité de 8 ou plus, un absentéisme fréquent, ou une résistance aux antalgiques de niveau 1) (NP2) ;
- Les dyspareunies profondes (NP2) ;
- Les douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale (NP2) ;
- Les signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale (NP2) ;
- L'infertilité (NP2).

À noter que les symptômes douloureux comme la dysménorrhée intense ou les dyspareunies profondes, sont fréquents en population générale (NP3) et ne sont pas systématiquement reliés à l'endométriose (NP3).

B En cas de consultation pour douleurs pelviennes chroniques ou suspicion d'endométriose, il est recommandé d'évaluer la douleur (intensité, retentissement) et de rechercher les symptômes évocateurs et localisateurs de l'endométriose (Grade B).

A Dans le cadre de l'évaluation de l'intensité de la douleur ou de l'évaluation de l'efficacité antalgique d'un traitement, il est recommandé d'utiliser une échelle pour mesurer l'intensité de la douleur (Grade A).

L'endométriose symptomatique est associée à une altération de la qualité de vie (NP3). Deux questionnaires de qualité de vie spécifiques, dédiés aux patientes endométriosiques sont disponibles et validés en langue française (NP3) : *l'Endometriosis Health Profile-30* (EHP-30) et sa version courte l'EHP-5. Un questionnaire de qualité de vie générique, le questionnaire SF-36, est également validé dans l'endométriose (NP3).

C Dans le cadre de la prise en charge de l'endométriose symptomatique, il est recommandé d'évaluer la qualité de vie (Grade C).

Le syndrome douloureux chronique des patientes atteintes d'endométriose peut être responsable d'un retentissement physique, psychique et social important (NP4). L'endométriose peut être associée à une modification des seuils douloureux avec discordance anatomo-clinique (phénomène de sensibilisation) renforçant la douleur (NP2).

B Il est recommandé de rechercher une symptomatologie évocatrice de sensibilisation (cf. texte long) chez les patientes atteintes d'endométriose douloureuse (Grade B).

C En cas de syndrome de sensibilisation, une évaluation et une prise en charge algologique conformes aux recommandations habituelles pour toutes douleurs chroniques ([HAS 2009](#)) sont recommandées (Grade C).

AE

En cas de dysménorrhée isolée, sans autre symptôme douloureux ni souhait de grossesse immédiat, la recherche d'une endométriose n'est pas recommandée en cas d'efficacité de la contraception hormonale sur la dysménorrhée (Accord d'experts).

2.2 Examen clinique et signes évocateurs d'endométriose

La visualisation de lésions bleutées à l'examen au spéculum du vagin, la palpation de nodules au niveau des ligaments utérosacrés ou du cul-de-sac de Douglas, une douleur à la mise en tension des ligaments utérosacrés, un utérus rétroversé, ou des annexes fixées au toucher vaginal sont associés à l'existence d'une endométriose (NP3).

C

En présence de symptômes évocateurs d'endométriose, un examen gynécologique orienté est recommandé, quand il est possible, incluant l'examen du cul-de-sac vaginal postérieur (Grade C).

3. Explorations complémentaires (diagnostic et évaluation)

3.1 Examens de première intention

AE Les examens de première intention pour rechercher une endométriose sont l'examen clinique (gynécologique si possible) et l'échographie pelvienne (Accord d'experts).

L'échographie endovaginale est une technique performante pour affirmer ou infirmer le diagnostic d'endométriose, en présence d'un aspect typique (NP2). Le diagnostic d'endométriose peut être réalisé par un échographiste non expert en endométriose (NP2). Le diagnostic d'endométriose doit être posé avec prudence après la ménopause pour ne pas méconnaître une tumeur maligne (NP2).

B En cas de masse ovarienne indéterminée (non typique d'endométriose) en échographie, une IRM pelvienne et/ou une nouvelle échographie par un expert sont recommandées.¹ (Grade B).

L'échographie pelvienne et l'IRM pelvienne ont des performances similaires pour le diagnostic d'endométriose ovarienne typique (NP2).

C Chez les patientes présentant un endométriose, la fréquence des lésions d'endométriose profonde associées est élevée. Dans cette situation, il est recommandé de rechercher une endométriose profonde (Grade C).

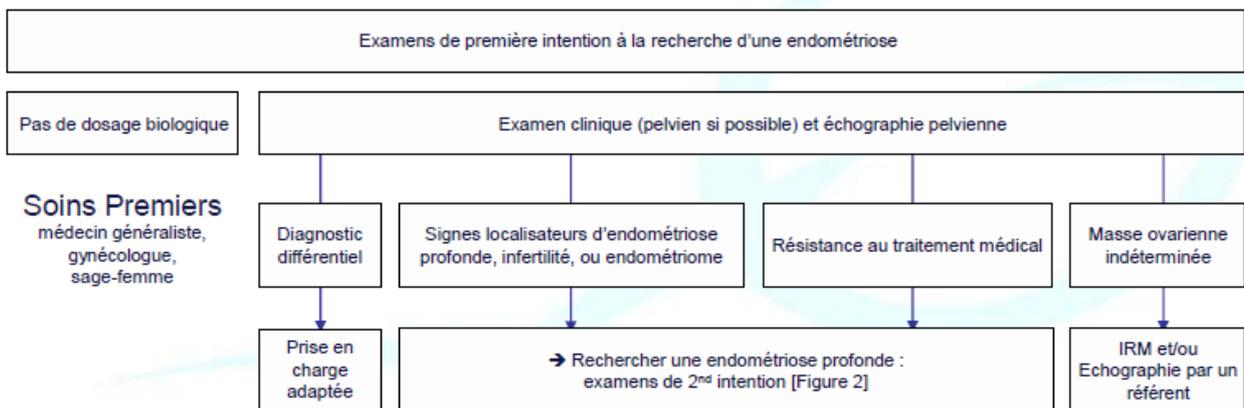


Figure 1. Examens de première intention à la recherche d'une endométriose

¹ RPC tumeurs ovariennes bénignes CNGOF 2013

3.2 Examens de deuxième intention et bilan de la maladie endométriosique

B	Chez les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques, il est recommandé de rechercher 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 (Grade B).
----------	--

AE	Les examens de deuxième intention pour rechercher une endométriose sont l'examen pelvien orienté réalisé par un clinicien référent, l'échographie endovaginale faite par un échographiste référent, et l'IRM pelvienne. Ils sont recommandés pour évaluer l'extension de l'endométriose, prévoir la prise en charge spécialisée, ou s'il existe une discordance entre des symptômes évocateurs ou localisateurs d'endométriose et des examens de première intention négatifs (Accord d'experts).
-----------	--

Les performances de l'échographie pelvienne dans le diagnostic de l'endométriose profonde augmentent avec l'expérience de l'opérateur (NP2).

En présence d'une lésion profonde caractérisée en échographie, associée à des signes évocateurs (douleurs ou infertilité) il est possible de retenir le diagnostic d'endométriose profonde (NP2). L'absence de lésion visible à l'échographie n'élimine pas le diagnostic d'endométriose profonde (NP3).

L'IRM pelvienne est plus sensible et moins spécifique que l'échographie endovaginale pour le diagnostic de l'atteinte des ligaments utérosacrés, du vagin, et de la cloison rectovaginale (NP2). L'IRM permet la détection de localisations spécifiques, comme l'atteinte des paramètres ou bien des localisations digestives extra-pelviennes (NP3).

L'échographie pelvienne endovaginale réalisée par un opérateur référent en endométriose est plus sensible que l'IRM pelvienne pour le diagnostic de l'endométriose du rectum et de la charnière rectosigmoïdienne (NP3). L'échographie comme l'IRM permettent la détection des atteintes vésicales et des urétérohydronéphroses (NP2).

AE	L'échographie pelvienne et l'IRM apportent des informations différentes et complémentaires. La réalisation de ces deux examens est à discuter en fonction du type d'endométriose suspecté, de la stratégie thérapeutique envisagée et de l'information à donner à la patiente (Accord d'experts).
-----------	---

B/C	Dans l'endométriose pelvienne profonde, l'IRM pelvienne interprétée par un radiologue référent et/ou l'échographie pelvienne de deuxième intention réalisée par un médecin échographiste référent sont recommandées afin de confirmer le diagnostic (Grade B) et de prédire la nécessité d'éventuels gestes urinaires ou digestifs (Grade C).
------------	---

AE	Si l'IRM pelvienne est discordante avec la clinique ou l'échographie, une seconde lecture de l'IRM par un radiologue référent peut être proposée (Accord d'experts).
-----------	--

B Concernant les critères de qualité de l'IRM pelvienne, les recommandations des sociétés savantes se basent sur des séquences multi-planaires en T2 et T1 avec et sans saturation de graisse pour faire le diagnostic d'endométriose pelvienne (NP1), l'utilisation de ces séquences est donc recommandée pour le diagnostic d'endométriose (Grade B).

AE Pour l'IRM, l'injection de gadolinium est une option notamment pour caractériser une masse annexielle complexe (Accord d'experts).
L'opacification du vagin ou du rectum est utile en l'absence de préparation digestive préalable. Elle n'est pas indispensable en cas de préparation digestive préalable, ce qui devrait être la pratique privilégiée (Accord d'experts).
Il est recommandé de faire une acquisition à vessie semi-pleine pour ne pas gêner l'interprétation (Accord d'experts).

B Le compte rendu des examens (IRM ou échographie) doit décrire la taille des lésions, ainsi que les localisations anatomiques de l'endométriose visibles sur l'examen (Grade B).

Soins Secondaires, examens de 2^{ème} et 3^{ème} intention à la recherche d'une endométriose

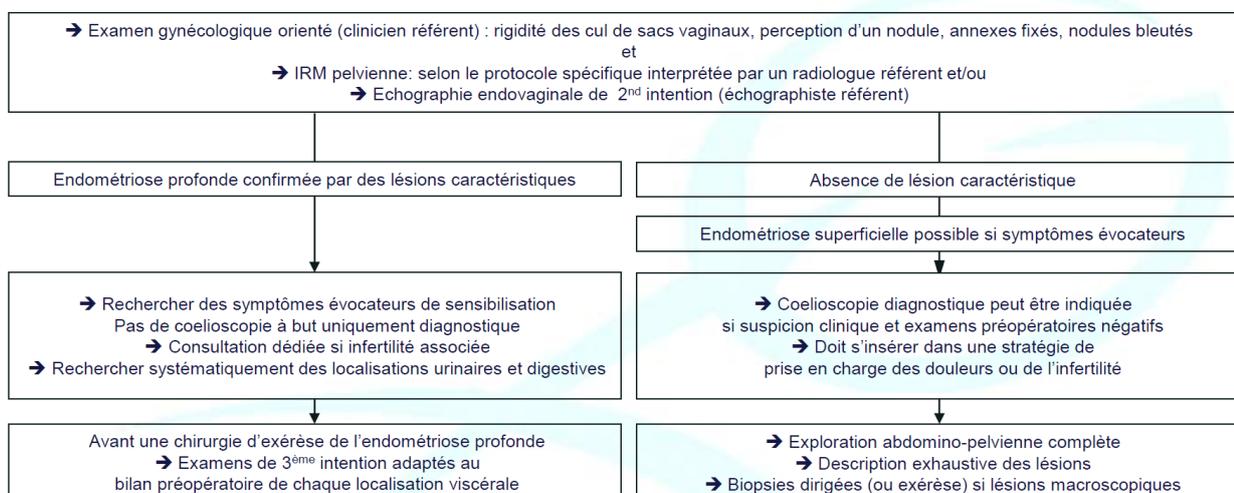


Figure 2. Examens de seconde et troisième intention à la recherche d'une endométriose.

3.3 Examens complémentaires de troisième intention

Ces examens complémentaires de troisième intention sont demandés par le spécialiste dans des situations spécifiques.

3.3.1 Explorer une endométriose recto-sigmoïdienne

Pour le diagnostic de l'atteinte de la musculature recto-sigmoïdienne et pour l'évaluation de la distance à la marge anale, l'écho-endoscopie rectale (EER) est plus performante que l'IRM

pelvienne (NP2). Pour le diagnostic des atteintes endométriosiques de la musculature recto-sigmoïdienne, les performances diagnostiques de l'EEV semblent au moins équivalentes à l'EER. Pour le diagnostic d'endométriose pelvienne digestive du rectosigmoïde et iléo-cæcale, le colo-scanner (colo-CT) est une technique performante (NP3).

AE Avant de réaliser une chirurgie d'exérèse pour une endométriose profonde avec suspicion d'atteinte digestive, il est recommandé de confirmer ou non la présence de cette atteinte en préopératoire afin d'apporter une information éclairée aux patientes et d'organiser, le cas échéant, une prise en charge multidisciplinaire (Accord d'experts).

AE Afin de confirmer l'atteinte digestive et de préciser ses caractéristiques (multi ou unifocalité, diamètre lésionnel, profondeur d'infiltration, hauteur, circonférence, caractère sténosant), il est recommandé de réaliser un examen dédié pouvant être, en fonction des expertises, à disposition et des localisations lésionnelle : échographie endovaginale, IRM pelvienne, écho-endoscopie rectale, ou colo-scanner (Accord d'experts).

C Lorsque les examens d'imagerie de deuxième intention (échographie endovaginale, IRM pelvienne) ne permettent pas de conclure sur l'envahissement du colon par l'endométriose profonde, les examens recommandés en troisième intention sont l'écho-endoscopie rectale pour les localisations recto-sigmoïdiennes, et le colo-scanner pour les localisations coliques plus en amont (Grade C).

C La coloscopie n'est pas recommandée en cas de suspicion d'endométriose rectosigmoïdienne (Grade C).

AE La coloscopie peut être utile pour éliminer un diagnostic différentiel (Accord d'experts).

3.3.2 Explorer une endométriose urinaire

Une dilatation pyélocalicielle est présente dans 50 à 60 % des endométrioses urinaires (NP3). Une dilatation pyélocalicielle est présente dans 5 % des endométrioses profondes postérieures et jusqu'à 11 % lorsque les lésions sont > 3 cm (NP3).

L'échographie rénale, ou l'IRM avec coupes hautes sur les loges rénales permettent de dépister de façon fiable les dilatations pyélocalicielles (NP1).

C La recherche d'une dilatation urétéropyélocalicielle est recommandée en cas de découverte d'une endométriose pelvienne profonde (Grade C).

AE	En cas de dilatation urétéropyélocalicielle un avis spécialisé est recommandé pour l'étude du retentissement rénal (Accord d'experts).
----	--

Aucune étude n'a comparé les performances de la cystoscopie à l'imagerie en cas d'endométriose antérieure. La cystoscopie permet le diagnostic visuel des lésions d'endométriose par la mise en évidence de lésions typiques de type nodulaire rouge ou bleuâtre dans la moitié des cas (NP4).

C	En cas de douleur pelvienne chronique associée à des symptômes urinaires du bas appareil et une suspicion d'endométriose, l'IRM ou l'échographie de référence sont utiles pour explorer une atteinte vésicale ou urétérale de l'endométriose (NP2), et sont recommandées en première intention (Grade C).
---	---

3.4 Coelioscopie diagnostique en cas d'endométriose

B	Lorsque l'imagerie objective une endométriose sur des éléments caractéristiques et spécifiques (kyste et/ou lésions profondes), la réalisation d'une coelioscopie dans le seul but de confirmer le diagnostic n'est pas recommandée (Grade B).
---	--

L'IRM et l'échographie pelvienne ne permettent pas un diagnostic satisfaisant des lésions d'endométriose superficielle (NP2).

C	La coelioscopie diagnostique peut être indiquée en cas de suspicion clinique d'endométriose, alors que les examens préopératoires n'en ont pas fait la preuve (Grade C). L'indication de cette coelioscopie diagnostique doit s'insérer dans une stratégie de prise en charge des douleurs ou de l'infertilité.
---	---

B	La réalisation de biopsies dirigées (avec examen anatomopathologique) en cas de lésions typiques ou atypiques lors d'une coelioscopie diagnostique est recommandée pour confirmer le diagnostic d'endométriose (Grade B). Les biopsies sur péritoine sain ne sont pas recommandées (Grade C).
---	---

AE	Lors d'une coelioscopie réalisée pour endométriose, la description exhaustive et précise de la cavité abdomino-pelvienne incluant les adhérences et les différents types de lésions avec leur description macroscopique, leur taille, ainsi que leur localisation, est recommandée dans le but de corréler les symptômes avec la pathologie et de guider la prise en charge thérapeutique (Accord d'experts).
----	---

AE	L'utilisation des classifications lésionnelles est encouragée pour décrire l'étendue de l'endométriose et faciliter les échanges interprofessionnels (Accord d'experts).
----	--

AE Lorsque la coéloscopie diagnostique ne met pas en évidence de lésions macroscopiques visibles et si celle-ci a comporté une exploration satisfaisante de la région abdomino-pelvienne, elle permet d'éliminer l'endométriose (Accord d'experts).

3.5 Fertiloscopie

C La fertiloscopie n'est pas recommandée dans le but de faire le diagnostic de l'endométriose (Grade C).

3.6 Synthèse de la stratégie diagnostique

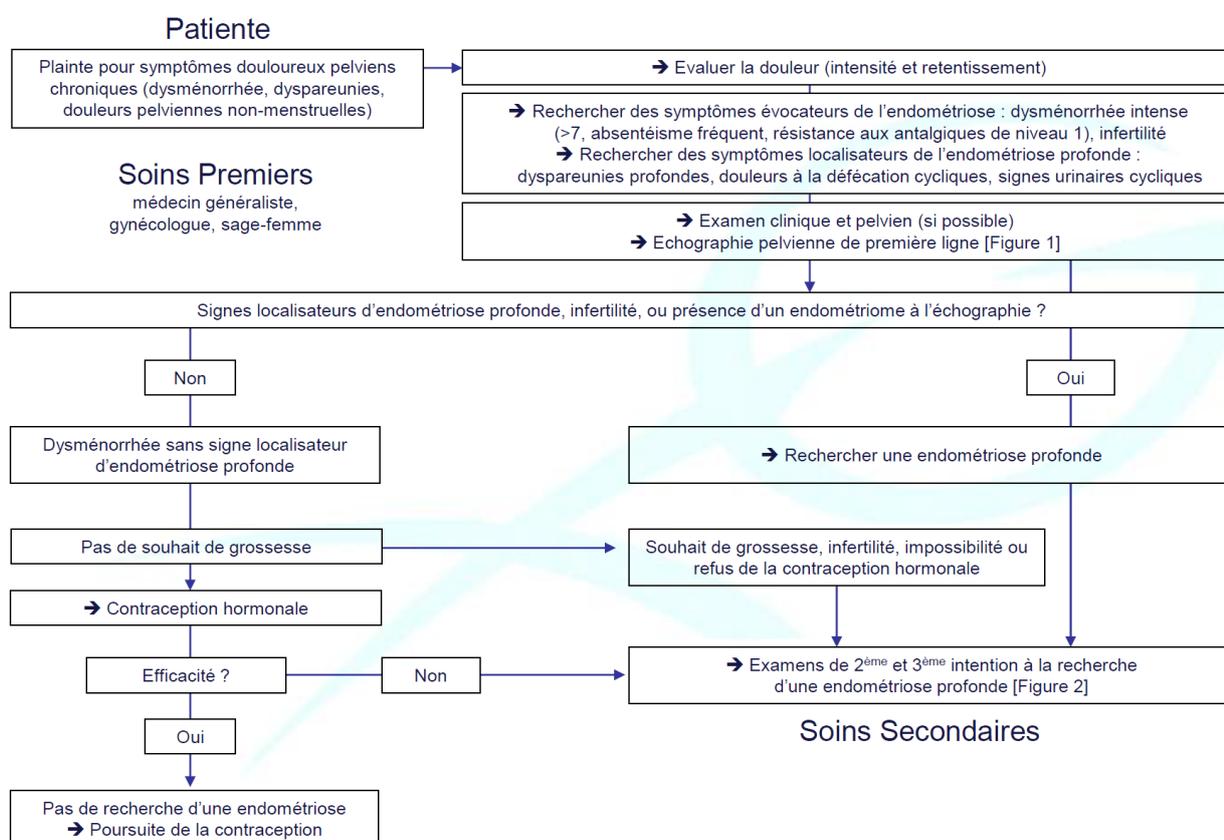


Figure 3. Stratégie diagnostique devant des symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhée, dyspareunies, douleurs pelviennes non-menstruelles).

4. Information de la patiente

La diversité des sources d'information peut convenir à certaines patientes atteintes d'endométriose, mais peut également générer de l'angoisse (NP4). La qualité de l'information disponible sur Internet est très variable et souvent de niveau scientifique insuffisant (NP4).

AE La rédaction d'une notice d'information contenant les informations essentielles pour les patientes et leurs conjoints, validée par les professionnels de santé, est encouragée afin qu'elle soit fournie et explicitée dans des termes adaptés à la patiente lors de la consultation (Accord d'experts).

Les contacts avec d'autres femmes atteintes d'endométriose, par l'intermédiaire d'associations de patientes ou par l'intermédiaire d'initiatives au sein des services de soins, sont utiles pour compléter l'information et lutter contre l'isolement (NP3).

C Au moment du choix du traitement, il est recommandé d'informer les patientes sur les alternatives thérapeutiques, les bénéfices et les risques attendus de chacun des traitements, le risque de récurrence, et de prendre en compte les attentes et les préférences de la patiente.
Avant la chirurgie, des informations supplémentaires seront apportées sur son déroulement, son objectif, les inconvénients et les bénéfices escomptés, ses possibles complications, ses cicatrices, ses suites ainsi que le déroulement de la convalescence (Grade C).

AE En cas d'endométriose, les praticiens sont invités à dispenser une information éclairée sur la fertilité (Accord d'experts).

5. Traitement hormonal pour l'endométriose douloureuse

AE Il est recommandé de prendre en compte les contre-indications, les effets indésirables potentiels, les traitements antérieurs et l'avis de la patiente pour guider le choix du traitement (Accord d'experts).

C Chez une femme ayant une endométriose asymptomatique, il n'y a pas d'indication à prescrire un traitement hormonal en l'absence de demande de contraception (Grade C).

B Les traitements hormonaux recommandés en première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse, sont la contraception par œstroprogestatifs et le SIU au LNG à 52 mg (Grade B).

C Les traitements hormonaux recommandés en deuxième intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont la contraception microprogestative orale au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel, les GnRHa en association à une add-back thérapie et le dienogest (Grade C).

5.1 Contraception par œstroprogestatifs (COP)

Chez les patientes ayant une endométriose douloureuse, la contraception œstroprogestative en prise cyclique réduit la dysménorrhée (baisse de l'EVA de 3 à 9 points sur 10) (NP1), les dyspareunies et les douleurs pelviennes chroniques (NP3). Le dosage d'EE (20 *versus* 35 µg) n'influence pas l'efficacité sur la douleur (NP1).

La voie vaginale (anneau contraceptif) a montré son efficacité pour les dysménorrhées, les douleurs non cycliques et la dyspareunie avec nodules recto-vaginaux (NP3).

La littérature est insuffisante pour préciser le bénéfice d'une administration continue (*versus* cyclique) de la COP chez les patientes non infertiles ayant une endométriose douloureuse, en dehors du contexte de chirurgie et de la dysménorrhée intense.

B En raison du risque thromboembolique, il est recommandé de suivre les règles de bonne pratique concernant l'usage des COP (HAS 2013).

5.2 Progestatifs

Le système intra-utérin au lévonorgestrel (SIU au LNG), la contraception au désogestrel, et l'implant à l'étonogestrel ont montré une efficacité significative sur la diminution des douleurs dans l'endométriose. Aucune donnée récente n'a été publiée pour l'acétate de chlormadinone, le nomégestrol et la médrogestone dans cette indication.

Le système intra-utérin au lévonorgestrel à 52 mg permet une réduction des scores de douleurs (diminution de l'EVA d'environ 6 points sur 10) chez les patientes endométriosiques non opérées (NP2). Aucune donnée n'est disponible avec le SIU au LNG à 13,5 mg.

La contraception au désogestrel a montré son efficacité sur la satisfaction des patientes et sur les scores de douleur (diminution de l'EVA à 6 mois d'au moins 2 points sur 10) chez les patientes ayant une atteinte de la cloison recto-vaginale (NP3).

L'implant à l'étonogestrel a montré une efficacité sur le contrôle des douleurs évaluées par EVA à 6 et 12 mois et sur la satisfaction des patientes (NP3).

Le progestatif DMPA permet de diminuer les symptômes douloureux pour 80 à 90 % des patientes traitées (dysménorrhées, dyspareunies, douleurs pelviennes chroniques) avec maintien des effets à 6 mois de la fin des traitements (NP2). Il n'existe pas de preuve de l'efficacité de la dydrogestérone (NP3).

Le diénoest est bien évalué dans l'endométriose. Il bénéficie de l'AMM dans l'indication endométriose mais n'est pas remboursé en France. Son efficacité sur les douleurs a été montrée contre placebo (NP2) avec une persistance de la réduction des scores de douleurs pelviennes à 12 mois après l'arrêt du traitement (NP3). Il n'y a pas de différence d'efficacité sur les scores de douleurs et la qualité de vie entre le diénoest et les GnRHa (NP1).

En l'absence de données, la place de l'acétate de chlormadinone, du nomégestrol et de la médrogestone dans le traitement de l'endométriose ne peut pas être précisée.

5.3 Agonistes de la GnRH (GnRHa)

Les GnRHa permettent de réduire les dysménorrhées et la douleur chez les patientes ayant une endométriose douloureuse, avec une diminution de l'EVA globale de 3 à 6 points à 10 mois (NP2).

Au cours d'un traitement par GnRHa, l'*add-back* thérapie par association d'un macroprogestatif et d'un œstrogène permet de réduire la baisse de densité minérale osseuse (DMO) à 12 mois et est supérieure à un macroprogestatif seul (NP2). L'*add-back* thérapie comportant un œstrogène permet d'améliorer la qualité de vie des patientes traitées par GnRHa (NP2). Il n'y a pas de données scientifiques suffisantes permettant de recommander un type particulier d'*add-back* thérapie.

L'utilisation d'une *add-back* thérapie ne réduit pas l'efficacité des agonistes de la GnRHa pour la prise en charge des douleurs liées à l'endométriose (NP1). Aucune étude n'a évalué l'intérêt d'un traitement par GnRHa au-delà de 12 mois (ce qui correspond à l'AMM).

B	En cas de prescription d'un GnRHa dans un contexte d'endométriose, il est recommandé de prescrire une <i>add-back</i> thérapie (Grade B). L' <i>add-back</i> thérapie doit comporter un œstrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et d'améliorer la qualité de vie des patientes (Grade B). L'AMM recommande d'y adjoindre un progestatif.
---	---

AE	L' <i>add-back</i> thérapie peut être prescrite avant le 3 ^e mois pour limiter les effets secondaires (Accord d'experts).
----	--

5.4 Traitements hormonaux avant chirurgie de l'endométriose

Concernant les endométriomes, seule la COP en prise cyclique a été évaluée. Elle permet de réduire le volume des endométriomes d'environ 50 % à 6 mois (NP2).

Concernant les nodules d'endométriose de la cloison recto-vaginale (CRV), la COP cyclique, l'anneau vaginal œstroprogestatif, la contraception au désogestrel, l'acétate de noréthistérone et les GnRHa permettent de réduire de 17 à 21 % le volume des lésions à 12 mois (NP3). Cependant, une augmentation de volume est constatée pour 8 à 16 % des patientes.

AE Avant chirurgie, il n'y a pas de preuve permettant de recommander systématiquement un traitement hormonal préopératoire dans le seul but de prévenir le risque de complication chirurgicale, de faciliter la chirurgie, ou de diminuer le risque de récurrence de l'endométriose (Accord d'experts).

5.5 Traitements hormonaux après chirurgie de l'endométriose

B En l'absence de souhait de grossesse, il est recommandé de prescrire un traitement hormonal postopératoire afin de réduire le risque de récurrence douloureuse de l'endométriose et d'améliorer la qualité de vie des patientes (Grade B).

5.5.1 Contraception par œstroprogestatifs (COP)

La COP en prise cyclique diminue de 40 à 69 % le risque de récurrence des dysménorrhées après la chirurgie (NP1). Il existe une disparition des effets protecteurs à long terme lorsque le traitement est interrompu (NP2). L'effet sur les douleurs pelviennes non cycliques et les dyspareunies est inconstant.

Le schéma continu permet de réduire les dysménorrhées grâce à l'aménorrhée induite, mais il ne semble pas plus efficace que le schéma discontinu pour la prise en charge des douleurs non cycliques et des dyspareunies (NP2).

La COP permet de réduire le risque de récurrence à long terme des endométriomes opérés tant qu'elle est poursuivie (NP2). Le bénéfice n'est pas retrouvé à long terme lorsque la COP est interrompue après 6 mois de traitement (NP1). Le taux de récurrence des endométriomes à long terme est plus faible lorsque la COP est poursuivie plus longtemps (NP2).

Les schémas continus et discontinus de COP sont associés à un taux de satisfaction similaire des patientes avec près de trois fois plus d'arrêts de traitement et plus d'effets indésirables chez les patientes ayant un schéma continu (NP2).

B Pour prévenir le risque de récurrence des endométriomes opérés, en l'absence de contre-indication et de désir de grossesse, il est recommandé de prescrire une COP en postopératoire (Grade B).

C Il est recommandé de poursuivre la COP tant que la tolérance du traitement est bonne et qu'il n'y a pas de désir de grossesse (Grade C).

B Lors de la prescription d'une COP en postopératoire, il est recommandé de privilégier une administration continue en cas de dysménorrhée (Grade B).

5.5.2 Progestatifs

Le SIU au LNG à 52 mg diminue le risque de récurrence douloureuse et améliore la qualité de vie des patientes en postopératoire (NP2) avec un effet similaire aux GnRHa (NP1).

Le DMPA est supérieur à la COP en prise cyclique pour la prise en charge des dysménorrhées en postopératoire (EVA à 6 mois = 0), sans différence sur le taux de satisfaction (> 90 %), les dyspareunies et les douleurs pelviennes chroniques (NP2).

La contraception au désogestrel permet une réduction de 3 points de la douleur mesurée par l'EVA globale à 6 mois postopératoire sans supériorité par rapport à une COP (NP3).

Il n'y a pas de différence d'efficacité en postopératoire entre le diénoGEST et les GnRHa concernant le taux de récurrence des lésions d'endométriose évaluées par coelioscopie de 2nd look, les scores de douleur, et les score de qualité de vie (NP2).

5.5.3 Agonistes de la GnRH (GnRHa)

Un traitement court (3 mois) par GnRHa en postopératoire n'apporte pas de bénéfice à long terme (5 ans) sur le risque de récurrence douloureuse (NP2). Plusieurs études comparant les GnRHa à d'autres traitements (COP, SIU au LNG, diénoGEST) ont mis en évidence une diminution des récurrences et des douleurs postopératoires et une amélioration de la qualité de vie sous GnRHa postopératoire (NP2 ou NP3).

Les GnRHa prescrits pour 6 mois en postopératoire ne permettent pas de réduire le risque de récurrence à 18 mois des endométrioses opérés chez les patientes ayant une endométriose stade 3 ou 4 (NP2). L'administration postopératoire immédiate *versus* J1 du cycle suivant permet de réduire de 15 % la fréquence et la durée des saignements, sans bénéfice sur l'importance des douleurs pelviennes, dysménorrhées et dyspareunies (NP2).

B	Les GnRHa ne sont pas recommandés en postopératoire dans le seul but de prévenir la récurrence d'endométriose (Grade B).
----------	--

5.5.4 Synthèse de la stratégie hormonale postopératoire hors souhait de grossesse

B	En post-opératoire d'une chirurgie de l'endométriose, la COP ou le SIU au lévonorgestrel 52 mg sont recommandés en première intention en l'absence de désir de grossesse (Grade B).
----------	---

5.6 Place des « nouveaux traitements » de l'endométriose.

La littérature est insuffisante pour apporter une preuve de l'intérêt en pratique clinique des anti-aromatases, des SERM et des SPRM pour la prise en charge de l'endométriose douloureuse.

L'élagolix (antagoniste de la GnRH) est efficace pour réduire les dysménorrhées et les douleurs pelviennes non cycliques à 3 et 6 mois, mais il est associé à des effets indésirables à type de syndrome climatérique, baisse de la DMO et céphalées (NP2).

L'utilisation d'un traitement préopératoire par infliximab (anti TNF- α) n'apporte pas de bénéfice sur la réduction des symptômes douloureux ou sur la réduction du volume des lésions chez les patientes ayant un nodule de la cloison recto-vaginale (NP2).

En postopératoire, la goséréline seule pendant 6 mois est associée à un taux de récurrence à 2 ans supérieur comparé à l'association goséréline-anastrazole (NP2).

Le raloxifène (SERM) pendant 6 mois après chirurgie d'exérèse complète d'endométriose est associé à une recrudescence des symptômes douloureux plus rapide et plus fréquente qu'avec un placebo (NP2).

B	Il est recommandé de ne pas prescrire de SERM en postopératoire d'une chirurgie d'endométriose (Grade B)
----------	--

C	<p>En l'absence de données suffisantes, les anti-aromatases, les SERM, les SPRM et les anti-TNF-α ne sont pas recommandés pour la prise en charge de l'endométriose douloureuse (Grade C).</p> <p>Les données actuelles ne permettent pas encore de recommander l'élagolix en dehors d'essais cliniques pour le traitement de l'endométriose douloureuse (Grade C).</p>
----------	---

Ces recommandations sont susceptibles d'être modifiées en fonction des résultats des essais thérapeutiques en cours.

5.7 Traitement hormonal de l'endométriose douloureuse chez l'adolescente.

AE	<p>En l'absence de contre-indication, compte tenu de leur efficacité sur la dysménorrhée et sur les douleurs liées à l'endométriose chez l'adulte ainsi que de leur bonne tolérance, il est recommandé de prescrire une contraception œstroprogestative ou microprogestative en première intention chez l'adolescente ayant une endométriose douloureuse (Accord d'experts).</p>
-----------	--

AE	<p>En cas d'échec de la stratégie de première intention, il est recommandé de demander un avis spécialisé pour préciser la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique à adopter (Accord d'experts).</p>
-----------	--

Le diénoGEST et les GnRHa sont efficaces sur les douleurs liées à l'endométriose chez les adolescentes (NP2).

B	<p>En raison des risques de déminéralisation osseuse, il n'est pas recommandé de prescrire les GnRHa en première intention chez l'adolescente. (Grade B)</p>
----------	--

B	<p>Chez l'adolescente, les GnRHa ne doivent pas être prescrits avant 16 ans (avant 18 ans selon l'AMM). La durée de prescription ne doit pas dépasser 12 mois dans le cadre de l'AMM.</p> <p>Les GnRHa doivent être associés à une <i>add-back</i> thérapie comportant au moins un œstrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et d'améliorer la qualité de vie (Grade B).</p>
----------	---

6. Antalgiques et alternatives thérapeutiques non médicamenteuses

Ces thérapeutiques s'appliquent à l'ensemble des patientes ayant une endométriose douloureuse, après évaluation globale de la douleur et de son retentissement.

La récurrence des douleurs liées à une endométriose impose de considérer ces douleurs comme un syndrome douloureux chronique sous-tendu par des mécanismes physiopathologiques inflammatoires et neuropathiques (NP1).

6.1 Les thérapeutiques antalgiques médicamenteuses

Il n'y a pas de données évaluant l'efficacité du paracétamol ou des opioïdes de palier 2 et 3 dans l'endométriose douloureuse.

B La prescription d'AINS au long cours n'est pas recommandée en raison des effets secondaires importants gastriques et rénaux (Grade B).

La gabapentine et l'amitryptiline ont un intérêt dans le traitement de douleurs pelviennes chroniques (NP2/3), mais n'ont pas été évaluées spécifiquement dans l'endométriose douloureuse.

C Si une origine neuropathique de la douleur est suspectée, un traitement spécifique est recommandé (Grade C).

6.2 Les options thérapeutiques non médicamenteuses.

Le recours aux thérapeutiques alternatives est fréquent parmi les patientes ayant des douleurs pelviennes chroniques (NP2). Certaines thérapeutiques ont été évaluées uniquement dans les dysménorrhées ou les douleurs pelviennes chroniques.

Aucune donnée n'est disponible sur l'efficacité des différents régimes alimentaires. Les plantes médicinales et l'aromathérapie n'ont pas été étudiées dans l'endométriose douloureuse. La supplémentation par antioxydant et vitamines reste peu évaluée.

AE Les données sont insuffisantes pour recommander des régimes alimentaires ou des suppléments vitaminiques en cas d'endométriose douloureuse (Accord d'experts)

Les études menées sur les herbes chinoises semblent montrer, dans certaines circonstances d'utilisation, une efficacité modérée. À ce jour, la prudence s'impose pour l'utilisation des formes proposées à la vente en France ou disponibles sur Internet.

Pour l'évaluation des traitements physiques, l'aveugle est difficile à obtenir. La notion de placebo, quand il est possible, est également complexe et sa validité limitée. L'acupuncture, l'ostéopathie et le yoga ont montré une amélioration de la qualité de vie chez des patientes ayant des douleurs liées à l'endométriose (NP4).

La *neurostimulation transcutanée* (TENS) a montré son intérêt dans les dysménorrhées primaires (NP2). Elle n'a pas été évaluée spécifiquement dans l'endométriose

La relaxation type Jacobson (contraction-décontraction musculaire) a été évaluée chez des patientes chinoises souffrant d'endométriose, avec un bénéfice pour l'anxiété et la qualité de vie (NP3).

La prise en charge de la douleur chronique avec une attention soutenue portée au patient apparaît bénéfique (NP4). L'approche globale et pluridisciplinaire semble utile dans les soins à apporter aux patientes souffrant d'endométriose. Une évaluation de l'intensité, de la typologie, des retentissements comportementaux, du contexte personnel liés à la douleur est le gage d'une attitude thérapeutique adaptée avec une efficacité potentialisée.

AE	Les prises en charge non médicamenteuses qui ont montré une amélioration de la qualité de vie peuvent être proposées en complément de la prise en charge médicale de l'endométriose (Accord d'experts).
-----------	---

AE	En cas de douleurs chroniques, une évaluation interdisciplinaire (gynécologues, algologues, sexologues, psychologues et assistantes sociales) est recommandée (Accord d'experts).
-----------	---

7. Traitement chirurgical de l'endométriose

Le choix entre traitement médical et chirurgical est guidé par les attentes de la femme, le souhait de grossesse, l'efficacité et les effets indésirables des traitements, l'intensité et la caractérisation de la douleur, et la sévérité et la localisation de l'endométriose.

AE En cas d'échec du traitement initial, de récurrence, ou d'atteintes de plusieurs organes par l'endométriose, une concertation médico-chirurgicale et pluridisciplinaire est recommandée (Accord d'experts).

B La voie d'abord coelioscopique est recommandée pour le traitement chirurgical de l'endométriose (Grade B).

7.1 Endométriose pelvienne minime à légère

B La chirurgie de l'endométriose pelvienne minime à légère réduit les douleurs à court et moyen terme (NP1). Il est recommandé de traiter de manière complète les lésions d'endométriose pelvienne lorsqu'elles sont découvertes lors d'une coelioscopie (Grade B).

Les techniques d'exérèse et de destruction ont des efficacités comparables pour l'amélioration des douleurs (NP2). En cas de découverte d'une endométriose pelvienne minime à légère (stades I et II ASRM)² chez une patiente infertile, le traitement des lésions par exérèse ou destruction, associé à l'adhésiolyse, permet une augmentation du taux de grossesse spontanée (NP1).

L'utilisation des barrières anti-adhérentielles permet une réduction des scores d'adhérences postopératoires (NP2) ; en revanche le bénéfice clinique en termes de réduction du risque de douleurs ou d'infertilité n'a pas été encore démontré par des études cliniques de bon niveau de preuve.

7.2 Endométriome ovarien

La chirurgie des endométriomes ovariens peut réduire la réserve ovarienne (NP2) par l'exérèse ou la destruction du parenchyme ovarien entourant le kyste, avec de possibles effets négatifs sur la fertilité postopératoire (NP3). Ce risque est majoré en cas d'endométriomes volumineux, récidivants ou bilatéraux (NP3). Une évaluation de la réserve ovarienne peut être utile avant la chirurgie pour endométriome.

Quand un traitement chirurgical est décidé, la voie d'abord coelioscopique est associée à une réduction des complications postopératoires, des douleurs postopératoires, de la durée d'hospitalisation et du coût, par rapport à la laparotomie (NP1).

A La kystectomie intrapéritonéale coelioscopique est la technique recommandée pour la prise en charge chirurgicale des endométriomes (Grade A).

² ASRM : [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(97\)81391-X/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(97)81391-X/pdf)

AE Dans certaines situations, la kystectomie pour endométriome peut conduire à une ovariectomie partielle ou totale en raison de difficultés opératoires. En l'absence de plan de clivage, il est préférable d'abandonner la kystectomie si la patiente souhaite préserver son ovaire (Accord d'experts).

C L'endométriome ovarien est très rarement isolé (NP3). Le risque de récurrence augmente en cas de chirurgie incomplète (NP3). La recherche et le traitement d'autres localisations pelviennes de l'endométriose sont recommandés lors de la découverte ou de la prise en charge chirurgicale d'un endométriome (Grade C).

C En raison du risque de la persistance ou de la récurrence rapide des douleurs et des endométriomes (NP3), l'attitude expectative ou la ponction échoguidée simple ne sont pas recommandées en première intention chez les femmes douloureuses (Grade C).

AE En raison d'un taux réduit de récurrences des kystes par rapport à la ponction simple (NP3), la sclérotérapie à l'éthanol peut être proposée chez les patientes présentant des endométriomes récidivants (Accord d'experts).

B En raison des résultats inférieurs en termes de grossesses postopératoires et de récurrences des endométriomes (NP1), la technique destructive par coagulation bipolaire des endométriomes n'est pas recommandée (Grade B).

Il manque des études de bon niveau de preuve comparant la kystectomie à la destruction au laser ou à l'énergie plasma pour recommander ces techniques en remplacement de la kystectomie.

7.3 Endométriose profonde infiltrant la vessie

La prise en charge chirurgicale des lésions d'endométriose vésicale par cystectomie partielle est efficace à long terme sur la diminution des symptômes douloureux et sur le risque de récurrence avec un faible taux de complications sévères (NP3).

C Le traitement chirurgical de l'endométriose vésicale par cystectomie partielle peut être proposé chez les patientes symptomatiques (Grade C).

L'efficacité du traitement médical en remplacement ou en association avec la chirurgie vésicale n'a pas été spécifiquement étudiée.

C La résection d'un nodule d'endométriose vésicale uniquement par voie transurétrale n'est pas recommandée (Grade C), puisqu'elle ne concerne que la partie intravésicale de la lésion et non l'infiltration adjacente du myomètre ou des ligaments ronds, et expose ainsi à un taux plus élevé de récurrence (NP3).

Les données actuelles issues de séries de patientes traitées chirurgicalement pour une endométriose vésicale ne permettent pas de conclure sur l'impact spécifique de la cystectomie partielle sur la fertilité (NP4).

7.4 Endométriose profonde des uretères

La prise en charge chirurgicale des lésions d'endométriose urétérale par des techniques conservatrices (urétérolyse) ou radicales (résection urétérale avec anastomose termino-terminale ou résection urétérale et réimplantation vésicale) est efficace 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 (NP3).

Les données de la littérature ne permettent pas de formuler des recommandations sur les indications respectives des différentes techniques chirurgicales : urétérolyse, résection urétérale avec anastomose urétéro-urétérale, et résection urétérale avec réimplantation urétérale.

AE En cas d'endométriose urétérale et de recours aux techniques radicales (anastomose, réimplantation), une prise en charge par une équipe chirurgicale multidisciplinaire (gynécologique et urologique) est recommandée (Accord d'experts). Compte tenu du risque de sténose de l'anastomose urétéro-urétérale ou du site de réimplantation urétérovésicale et du risque d'atrophie rénale progressive pauci-symptomatique, une surveillance postopératoire par imagerie apparaît justifiée (Accord d'experts).

7.5 Endométriose profonde infiltrant le colon et le rectum

Pour les patientes ayant une endométriose colorectale, la voie d'abord cœlioscopique est aussi efficace que la laparotomie pour l'amélioration des douleurs à la défécation et de la qualité de vie postopératoires (NP2).

La voie d'abord cœlioscopique (comparée à la laparotomie) permet une réduction de la consommation de morphiniques, des pertes sanguines, des complications postopératoires graves, ainsi qu'une amélioration des résultats en termes de fertilité spontanée postopératoire (NP2).

La chirurgie pour endométriose colorectale diminue l'intensité des symptômes gynécologiques, digestifs et généraux et améliore la qualité de vie (NP2)

C La chirurgie pour endométriose colorectale peut être proposée chez les patientes symptomatiques (Grade C).

Les données de la littérature ne permettent pas la comparaison du traitement chirurgical à un traitement médical hormonal administré avant, après ou à la place du traitement chirurgical. Les techniques de *shaving* rectal, de résection antérieure discoïde et de résection segmentaire sont les trois techniques utilisées pour l'exérèse chirurgicale d'une endométriose colorectale (NP2).

B La chirurgie de l'endométriose colorectale expose à un risque de complications postopératoires graves (NP2), dont les patientes doivent être informées (Grade B).

En cas de traitement chirurgical d'une endométriose colorectale, la réalisation d'une technique chirurgicale conservatrice (*shaving* ou résection discoïde) pourrait diminuer le risque de complications postopératoires et améliorer les scores de qualité de vie gastro-intestinale par rapport à la résection segmentaire, au prix d'un risque de récurrence probablement supérieur (NP3). Pour les nodules infiltrant le rectum sur plus de 20 mm de longueur, la fonction rectale postopératoire est comparable chez les femmes opérées par résection segmentaire du rectum ou par une technique conservatrice (NP2). La résection segmentaire colorectale pour endométriose augmente le risque de sténose postopératoire symptomatique nécessitant une prise en charge chirurgicale ou endoscopique supplémentaire (NP2).

Dans le cadre de la chirurgie de l'endométriose du bas rectum (moins de 5 cm de la ligne pectinée) par résection discoïde ou segmentaire, surtout en cas de colectomie associée, le risque de fistule recto-vaginale augmente par rapport aux localisations plus hautes (NP4).

AE	En cas de chirurgie de l'endométriose du bas rectum, dans le but de réduire les complications liées à la survenue d'une fistule, la réalisation d'une dérivation digestive temporaire (iléostomie ou colostomie) doit être discutée, et la patiente doit recevoir une information et une éducation préopératoire adaptée (Accord d'experts). En raison de l'absence d'études de haut niveau de preuve suffisant chez des patientes porteuses d'endométriose colorectale, une recommandation de grade plus élevé concernant la réalisation systématique d'une stomie ne peut pas être formulée.
-----------	--

AE	En cas de chirurgie pour endométriose digestive, une prise en charge multidisciplinaire est recommandée (Accord d'experts).
-----------	---

C	En cas d'endométriose profonde avec atteinte colorectale, la réalisation d'une chirurgie incomplète laissant en place la lésion digestive augmente le taux de récurrences des douleurs postopératoires et diminue le taux de grossesses postopératoires (NP3). Lorsque le traitement chirurgical est décidé, il est recommandé de faire une résection des lésions pelviennes d'endométriose aussi complète que possible (Grade C).
----------	---

C	L'application de barrières anti-adhérentielles lors d'une chirurgie abdomino-pelvienne comportant une anastomose digestive favorise la survenue de complications postopératoires graves, dans des études randomisées qui n'incluaient pas spécifiquement des patientes opérées pour une endométriose colorectale (NP1). Il n'est pas recommandé d'utiliser des barrières anti-adhérentielles autour de l'anastomose digestive au décours d'une chirurgie pour endométriose profonde (Grade C).
----------	---

7.6 Intérêt de l'hystérectomie conservatrice ou avec annexectomie bilatérale

L'hystérectomie, avec ou sans annexectomie bilatérale, associée à la résection des lésions d'endométriose, pourrait diminuer le taux de récurrence et de réinterventions par rapport à la résection seule des lésions d'endométriose (NP4).

AE	Chez les femmes sans souhait de grossesse, l'hystérectomie avec résection des lésions d'endométriose, avec ou sans annexectomie bilatérale, peut être proposée dans le but de réduire le risque de récurrence (Accord d'experts).
-----------	---

AE	En tenant compte des effets défavorables multiples de la ménopause précoce sur l'espérance et la qualité de la vie (NP2), la conservation ovarienne doit être discutée avec la patiente en cas d'hystérectomie pour endométriose profonde (Accord d'experts).
-----------	---

C

L'utilisation d'un traitement hormonal de la ménopause (THM) ne semble pas augmenter les symptômes d'endométriose après castration chirurgicale (NP3). Le THM peut être proposé chez les femmes ménopausées opérées d'une endométriose (Grade C).

7.7 Endométriose extra-pelvienne : pariétale, diaphragmatique, thoracique

Les lésions d'endométriose pariétale sont le plus souvent secondaires à une chirurgie sur l'utérus (césariennes, hystérectomies, myomectomies) ou peuvent apparaître *de novo* (au niveau de l'ombilic, du canal inguinal). Les données de la littérature ne permettent pas la comparaison du traitement chirurgical à un traitement médical hormonal administré avant, après ou à la place du traitement chirurgical.

C

Compte tenu de la prévalence de l'atteinte pelvienne associée (50 à 80 %) (NP3), une consultation avec un gynécologue en cas de découverte d'endométriose thoracique est conseillée (Grade C).

C

En raison d'un effet favorable sur les douleurs (NP3), le traitement chirurgical peut être proposé chez les patientes symptomatiques porteuses d'une endométriose pariétale, thoracique ou diaphragmatique (Grade C).

7.8 Endométriose des racines nerveuses et du nerf sciatique

L'endométriose profonde peut comprimer ou infiltrer les racines sacrées ou le tronc du nerf sciatique, entraînant des symptômes nerveux somatiques (territoire du nerf sciatique ou pudendal) ou végétatifs (vésicaux, colorectaux ou vaginaux) à caractère cyclique (NP3).

Quelques séries de cas rapportées par des centres experts observent une efficacité de la chirurgie sur les douleurs (NP4). Les données de la littérature ne permettent pas la comparaison du traitement chirurgical à un traitement médical hormonal administré avant, après ou à la place du traitement chirurgical.

7.9 Les techniques de préservation nerveuse dans la chirurgie de l'endométriose profonde

En l'absence d'envahissement ou d'engainement des nerfs par l'endométriose, les techniques de préservation des nerfs pelviens végétatifs améliorent la fonction mictionnelle postopératoire (NP3). Selon la topographie de l'atteinte endométriosique et son extension, la préservation n'est pas toujours faisable.

C

Au cours de la chirurgie pelvienne pour endométriose, il est recommandé de préserver les nerfs végétatifs pelviens à chaque fois que cela est possible (Grade C).

8. Stratégies de prise en charge de l'infertilité dans un contexte d'endométriose

La prise en charge de l'infertilité dans un contexte d'endométriose doit être globale en tenant compte non seulement des douleurs qui peuvent être associées à l'infertilité, mais aussi du bilan préthérapeutique du couple infertile (exploration de la réserve ovarienne, du statut tubaire et des paramètres spermatiques du conjoint) et du phénotype des lésions endométriosiques. La prise en charge optimale se fait dans des équipes pluridisciplinaires comprenant des radiologues spécialisés en imagerie de la femme, des gynécologues médicaux, des chirurgiens gynécologues, urologues et digestifs, des praticiens spécialisés en AMP, des praticiens de la douleur et des psychologues.

En cas d'infertilité dans un contexte d'endométriose, la prescription d'un traitement hormonal anti-gonadotrope ne permet pas d'augmenter le taux de grossesse (NP1).

A	Il n'est pas recommandé de prescrire un traitement hormonal anti-gonadotrope chez une patiente endométriosique infertile afin d'augmenter les chances de grossesse hors FIV, y compris en postopératoire (Grade A).
----------	---

C	Dans le cadre de la prise en charge hors FIV d'une endométriose minimale à légère (stades I et II d'après la classification ASRM) prouvée après coelioscopie, l'utilisation d'une stimulation ovarienne, avec ou sans insémination intra-utérine, en postopératoire, peut être envisagée (Grade C).
----------	---

C	À l'issue d'une chirurgie chez une patiente infertile, l'utilisation de l' <i>Endometriosis Fertility Index</i> ³ est recommandée pour guider la stratégie en vue de l'obtention d'une grossesse (Grade C).
----------	--

Les données de la littérature sont insuffisantes pour conclure sur la place des traitements de PMA hors FIV (stimulation ovarienne, avec ou sans insémination intra-utérine) en cas d'endométriose pelvienne profonde ou d'endométriome.

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

En cas d'infertilité dans un contexte 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 (NP3). En cas d'endométriose, le nombre d'ovocytes recueillis semble être plus faible, notamment en cas d'endométriose sévère (NP3).

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 (NP2).

Dans un contexte de prise en charge en AMP par FIV, le mode de fécondation FIV (*Fecondation In Vitro*) ou ICSI (*Intracytoplasmic Sperm Injection*) ne change pas les taux de grossesses cumulés (NP3).

³ *Endometriosis Fertility Index* [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(09\)03714-5/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(09)03714-5/pdf)

AE	L'endométriose n'est pas une indication pour privilégier l'ICSI par rapport à la FIV classique en première intention (Accord d'experts).
----	--

Concernant les modalités techniques de la prise en charge en AMP par FIV, il n'y a pas de différence pour le taux de grossesse entre un protocole agoniste et un protocole antagoniste chez les patientes présentant une endométriose (NP 3).

C	Les données de la littérature ne permettent pas de recommander le choix d'un protocole agoniste ou d'un protocole antagoniste chez les patientes atteintes d'endométriose (Grade C).
---	--

La revue de la littérature a mis en évidence une amélioration des chances de grossesse en cas de blocage ovarien avant la stimulation pour FIV par un analogue agoniste de la GnRH (NP2) ou une contraception œstroprogestative (NP3).

B/C	Dans un contexte d'endométriose, dans le cadre de la prise en charge en FIV, il est recommandé de mettre en place un pré-traitement avant stimulation par analogue agonistes de la GnRH (grade B) ou par contraception œstroprogestative (Grade C).
-----	---

8.2 Stratégie en FIV et cas particuliers

8.2.1 Endométriose superficielle

Il n'existe, à l'heure actuelle, pas de données de bon niveau de preuve quant à un effet positif ou négatif de la chirurgie de l'endométriose péritonéale superficielle sur les résultats de la prise en charge en AMP par FIV (NP4).

C	Dans un contexte d'endométriose et d'infertilité, il n'est pas recommandé de réaliser un traitement chirurgical de l'endométriose superficielle dans le seul but d'augmenter les chances de grossesse en FIV (Grade C).
---	---

8.2.2 Endométriome

Il n'y a pas d'impact des endométriomes (de taille < 6 cm) sur la qualité des embryons et les résultats finaux de la FIV en termes de taux de grossesses et de naissances, malgré une diminution possible du nombre d'ovocytes ponctionnés et malgré des doses de gonadotrophines potentiellement plus élevées (NP3). Il n'y a pas de données dans la littérature pour les endométriomes de plus de 6 cm.

En cas d'antécédent de chirurgie pour endométriome, les résultats de la prise en charge en FIV (taux de grossesses et taux de naissances vivantes) ne sont pas modifiés (NP2) ; cependant, on constate une tendance à une diminution de la réserve ovarienne avec un nombre d'ovocytes ponctionnés diminué et des doses de gonadotrophines utilisées supérieures (NP2).

De nombreuses revues de la littérature montrent que la chirurgie des endométriomes par kystectomie avant prise en charge en FIV n'améliore pas les taux de grossesse (NP2).

B	Le traitement chirurgical des endométriomes dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV n'est pas recommandé (Grade B).
---	--

La revue de la littérature ne retrouve pas d'amélioration des résultats de la FIV en cas de ponction drainage écho-guidé avant stimulation ovarienne contrôlée (NP3).

C Il n'est pas recommandé de réaliser une aspiration transvaginale systématique sous contrôle échographique des endométriomes avant FIV afin d'augmenter les taux de grossesse (Grade C).

C En cas d'endométriome pouvant gêner la ponction ovocytaire, celui-ci peut être drainé par voie vaginale écho-guidée avec ou sans alcoolisation (Grade C).

8.2.3 Endométriose profonde

Les taux de grossesse obtenus (spontanément et après AMP) après chirurgie des lésions profondes d'endométriose sans atteinte colorectale varient de 40 à 85 %. Après chirurgie des lésions d'endométriose colorectale spécifiquement, les taux de grossesses (obtenues spontanément et après AMP) sont de 47 à 59 % selon les études, et donc comparables aux résultats obtenus en cas d'endométriose profonde non colorectale.

Les taux de grossesses spontanées, obtenues après chirurgie des lésions d'endométriose colorectale, varient, selon les publications et selon la durée du suivi, entre 27 et 41 %. Les taux de grossesses en FIV en cas d'endométriose profonde en place ne sont pas différents des taux de grossesses obtenus par FIV dans les autres indications d'AMP (NP2).

B La prise en charge par FIV peut être proposée afin d'augmenter les taux de grossesses et de naissances dans un contexte d'infertilité et d'endométriose profonde (Grade B).

Les études comparant les chances de grossesse après FIV, précédée ou non d'une chirurgie, ne permettent pas, à ce jour, de conclure sur l'intérêt de la prise en charge chirurgicale des lésions profondes avant FIV, en dehors d'une symptomatologie douloureuse associée (NP2).

L'absence de bénéfice évident de la chirurgie sur les chances de grossesse en AMP doit être mise en balance avec le risque de complications postopératoires immédiates de la chirurgie (NP2), ainsi que le risque d'altération de la réserve ovarienne en cas d'éventuelle chirurgie des endométriomes associés à des lésions d'endométriose profonde (NP3).

C Il n'est pas recommandé de réaliser un traitement chirurgical préalable de l'endométriose profonde dans le seul but d'améliorer les résultats en FIV (Grade C).

La place de la chirurgie en cas d'échec de plusieurs tentatives de FIV a été peu étudiée dans la littérature. Deux études non contrôlées évoquent la possibilité d'une amélioration des chances de grossesse en FIV après chirurgie (NP4).

AE En cas d'échec d'une ou plusieurs tentatives de FIV dans un contexte d'endométriose profonde, une concertation médico-chirurgicale est recommandée pour discuter d'une chirurgie de l'endométriose (Accord d'experts).

8.2.4 Adénomyose

Bien que le diagnostic d'adénomyose reste mal défini et les groupes étudiés hétérogènes, l'adénomyose semblerait avoir un effet négatif sur les taux de grossesses en FIV.

La part de l'adénomyose sur les taux de grossesses est difficile à évaluer en cas d'endométriose associée. Les taux de fausses couches sembleraient supérieurs en cas d'adénomyose en FIV (NP2).

L'utilisation d'agonistes de la GnRH semble améliorer les résultats de la FIV en cas d'adénomyose

8.2.5 Endométriose récidivante

En cas d'infertilité et d'endométriose récidivante, les résultats d'une chirurgie itérative ou d'une prise en charge en FIV sont comparables en termes de taux de grossesse. La stratégie de prise en charge doit donc tenir compte de la symptomatologie, des risques opératoires et des facteurs d'infertilité associés.

AE	Dans un contexte d'endométriose récidivante et d'infertilité, une concertation médico-chirurgicale est recommandée pour discuter d'une prise en charge adaptée (Accord d'experts).
-----------	--

8.3 Place de la préservation de la fertilité en cas d'endométriose.

À ce jour, aucune étude de cohorte n'a été publiée dans le contexte précis de la préservation de la fertilité dans l'endométriose, rendant difficile l'élaboration de recommandations. Il semble avéré qu'il existe une altération du stock folliculaire liée à la maladie endométriosique ovarienne (NP2) et que la chirurgie, surtout quand elle est bilatérale ou itérative, soit susceptible d'aggraver cet état de fait (NP2).

AE	Les possibilités de préservation de la fertilité doivent être discutées avec la patiente en cas de chirurgie pour endométriome ovarien (Accord d'experts).
-----------	--

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail / pilotage / cotation / lecture :

Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)*

Collège de médecine générale (CMG)*

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)*

Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive (CNPCVD)*

Conseil national professionnel de radiologie (CNPR)*

Conseil national professionnel des sages-femmes (CNP-SF)

Conseil national professionnel d'urologie (CNPU)*

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)*

Association de patientes (EndoFrance)*

Association de patientes (Endomind)*

Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP)

Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD)*

Société de médecine de la reproduction (SMR)*

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Pr Michel Canis, Gynécologue obstétricien, Clermont-Ferrand - chef de projet CNGOF

Pr Pierre Collinet, Gynécologue obstétricien, Lille - chef de projet CNGOF

Pr Xavier Fritel, Gynécologue obstétricien, Poitiers - chef de projet CNGOF

Dr Christine Revel-Delhom, Saint-Denis - chef de projet HAS

Pr Marcos Ballester, Gynécologue obstétricien, Paris

Dr Pierre-adrien Bolze, Gynécologue obstétricien, Lyon

Pr Bruno Borghese, Gynécologue obstétricien, Paris

Dr Nicole Bornsstein, Médecin généraliste, Evry

Dr Jérémy Boujenah, Gynécologue obstétricien, Monaco

Dr Nicolas Bourdel, Gynécologue obstétricien, Clermont-Ferrand

Dr Thierry Brillac, médecin généraliste, Toulouse

Dr Jonathan Cohen, Gynécologue obstétricien, Paris

Pr Nathalie Chabbert-Buffet, Endocrinologue médecin de la reproduction, Paris

Dr Candice Chauffour, Gynécologue, Clermont-Ferrand

Mme Nathalie Clary, Représentante d'usagers association Endomind, Valberg

Dr Christine Decanter, Gynécologie médicale, Lille

Mme Amélie Denouël, Représentant d'usagers association EndoFrance, Montpellier

Pr Gil Dubernard, Gynécologue obstétricien, Lyon

Pr Arnaud Fauconnier, Gynécologue obstétricien, Poissy

Pr Hervé Fernandez, Gynécologue obstétricien, Paris

Dr Tristan Gauthier, Gynécologue obstétricien, Limoges

Pr François Golfier, Gynécologue obstétricien, Lyon

Pr Cyrille Huchon, Gynécologue obstétricien, Poissy

Dr Guillaume Legendre, Gynécologue obstétricien, Angers

Dr Jérôme Loriau, Chirurgien digestif, Paris

Dr Emmanuelle Mathieu-d'Argent, Médecin de la reproduction et Gynécologue obstétricien, Paris

Dr Benjamin Merlot, Gynécologue obstétricien, Bordeaux

Dr Julien Niro, Gynécologue obstétricien, Le Chesnay

Dr Pierre Panel, Gynécologue obstétricien, Le Chesnay

Pr Philippe Paparel, Urologue, Lyon

Dr Stéphane Ploteau, Anatomiste et Gynécologue obstétricien, Nantes

Pr Christophe Poncelet, Gynécologue obstétricien, Cergy-Pontoise

Pr Benoît Rabischong, Anatomiste et gynécologue obstétricien, Clermont-Ferrand

Pr Horace Roman, Gynécologue obstétricien, Rouen

Pr Chrystele Rubod, Gynécologue obstétricien, Lille

Dr Piétro Santulli, Médecin de la reproduction et gynécologue obstétricien, Paris

Pr Isabelle Thomassin-Naggara, Radiologue, Paris

Dr Antoine Torre, Gynécologue obstétricien, Montpellier

Dr Marine Sauvan, Gynécologue obstétricien, Paris

Dr Chadi Yazbeck, Gynécologue obstétricien, Suresnes

Dr Jean-Michel Wattier, Algologue prise en charge de la douleur, Lille

► Groupe de lecture

Dr Auber Agostini, Gynécologue – Obstétricien, Marseille

Dr Sylvia Alvarez, Gynécologue – Obstétricien, Paris

Dr Justine Avez-Couturier, Pédiatre – Néonatalogie, Lille

Dr Joëlle Belaisch-Allart, Gynécologue – Obstétricien, Saint Cloud

Dr Rémi Beranger, Épidémiologie – Sage-Femme, Rennes

Dr Fabrice Blum Georges, Gynécologue – Obstétricien, Mulhouse

Pr André Bongain, Gynécologue – Obstétricien, Nice

Pr Malik Boukerrou, Gynécologue – Obstétricien, La Réunion

Mme Emeline Bréant, Représentante patiente ENDOMind France, Paris

Pr Jean-Luc Brun, Gynécologue – Obstétricien, Bordeaux

Mme Delphine Campserveux, Représentante patiente EndoFrance, Paris

Yasmine Candau Représentante patients EndoFrance, Paris

Dr Caroline Carlier-Guerin, Gynécologue – Obstétricien, Châtelleraut

Mme Claire Cassan, Sage-Femme, Les Mees

Mme Severine Conradi, Psychologue, Nancy

Dr Émile Daraï, Gynécologue – Obstétricien, Paris

Dr Bertrand De Rochambeau, Gynécologue – Obstétricien, Brou-sur-Chantereine

Dr Denis De Valmont, Médecin conseil d'assurance en responsabilité médicale, Lyon

Dr Hervé Dechaud, Gynécologue – Obstétricien, Montpellier

Dr Chantal Do Cao, Médecin Généraliste, Evry

Pr Olivier Dupuis, Gynécologue – Obstétricien, Lyon

Dr Brigitte Escourrou, Médecin Généraliste, Le Fossat

Dr Philippe Estrade Jean, Gynécologue – Obstétricien, Marseille

Dr Émilie Faller, Gynécologue – Obstétricien, Strasbourg

Pr Raffaèle Fauvet, Gynécologue – Obstétricien, Caen

Dr Serge Favrin, Gynécologue – Obstétricien, L'Union

Dr Philippe Ferry, Gynécologue – Obstétricien, La Rochelle

Mme Catherine Foulhy, Sage-Femme, Riom

Dr Anne Freyens, Médecin Généraliste, Mondonville

Dr Frédéric Girard, Urologue, Paris

Pr Olivier Graesslin, Gynécologue – Obstétricien, Reims

Pr Michael Grynberg, Gynécologue – Obstétricien, Clamart

Dr Ameth Gueye, Gynécologue – Obstétricien, Saint-Denis

Dr Thomas Hebert, Gynécologue – Obstétricien, Tours

Dr Magali Hilmi, Gynécologue – Obstétricien, Nice

Pr Claude Hocké, Gynécologue – Obstétricien, Bordeaux

Dr Béatrice Lamy, Médecin Généraliste, Corbeil-Essonnes

Dr Lionel Larue, Gynécologue – Obstétricien, Paris

Pr Jean Leveque, Gynécologue – Obstétricien, Rennes

Dr Hugo Martigny, Gynécologue – Obstétricien, Saint-Herblain

Dr Stéphanie Mignot, Médecin Généraliste, Poitiers

Dr Serge Perrot, Douleur – Rhumatologie, Paris

Dr Virginie Piano, Médecine Générale, Draguignan

Pr Gisèle Pickering, Pharmacologue, Clermont-Ferrand

Pr Alain Pigne, Gynécologue – Obstétricien, Paris

Dr Laurence Pique, Médecin Généraliste, Les Ulis

Dr Jean-Luc Pouly, Gynécologue – Obstétricien, Clermont Ferrand

Mme Élodie Robert, Sage-Femme, Bleneau

Dr Catherine Rongières Gynécologue – Obstétricien, Strasbourg

Dr Pascal Rousset, Radiodiagnostic et Imagerie Médicale, Lyon

Pr Loïc Sentilhes, Gynécologue – Obstétricien, Bordeaux

Pr Fabrice Sergent, Gynécologue – Obstétricien, Amiens

Dr Karem Slim, Chirurgie Digestive et Viscérale, Clermont-Ferrand

Mme Cécile Tiberghien, Sage-Femme, Brive La Gaillarde

Mme Anne-Claire Trunde, Sage-Femme, Voreppe

Mme Adeline Valent, Représentante patients EndoFrance, Paris

Dr Françoise Vendittelli, Gynécologue – Obstétricien - Santé Publique, Clermont-Ferrand

Dr Marine Verdier, Radiodiagnostic et Imagerie Médicale, Poitiers

Dr Vincent Villefranque, Gynécologue – Obstétricien, Eaubonne

Mme Constance Vincent, Sage-Femme, Saint Galmier

Dr Laurent Wagner, Urologue, Nîmes

Dr Antoine Watrelot, Gynécologue – Obstétricien, Lyon

Dr Chrysoula Zacharopoulou, Gynécologue – Obstétricien, Paris

Remerciements

La HAS remercie le Dr Sophie Geoffron et le Dr Charles-André Philip.

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Fiche descriptive

Titre	Prise en charge de l'endométriose
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Proposer des recommandations actualisées pour une prise en charge optimale et pluridisciplinaire des patientes endométriosiques.
Patients ou usagers concernés	Femmes adultes et adolescentes présentant une endométriose
Professionnel(s) concerné(s)	Les gynécologues-obstétriciens, les chirurgiens, les radiologues, les anatomo-pathologistes, les médecins de la reproduction, les gynécologues médicaux, les médecins de la douleur, et les professionnels de santé en soins primaires dont les médecins généralistes et les sages-femmes impliqués dans le dépistage, l'évaluation et la prise en charge de l'endométriose
Demandeur	DGOS et CNGOF
Promoteur	Partenariat HAS/CNGOF
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Revel, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) ; Pr Michel Canis, gynécologue obstétricien, Clermont-Ferrand - chef de projet CNGOF ; Pr Pierre Collinet, gynécologue obstétricien, Lille - chef de projet CNGOF ; Pr Xavier Fritel, gynécologue obstétricien, Poitiers - chef de projet CNGOF ; Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	Jusqu'en 2017 Réalisée par Mme Marie Georget, avec l'aide de Mme Maud Lefèvre (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs de l'argumentaire	Pr Marcos Ballester, gynécologue obstétricien, Paris Dr Pierre-Adrien Bolze, gynécologue obstétricien, Lyon Pr Bruno Borghese, gynécologue obstétricien, Paris Dr Jérémy Boujenah, gynécologue obstétricien, Monaco Dr Nicolas Bourdel, gynécologue obstétricien, Clermont-Ferrand Pr Nathalie Chabbert-Buffet, endocrinologue médecin de la reproduction, Paris Dr Candice Chauffour, gynécologue, Clermont-Ferrand Dr Jonathan Cohen, gynécologue obstétricien, Paris Dr Christine Decanter, gynécologie médicale, Lille Mme Amélie Denouël, représentant d'usagers association EndoFrance, Montpellier Pr Gil Dubernard, gynécologue obstétricien, Lyon Pr Arnaud Fauconnier gynécologue-obstétricien, Poissy Pr Hervé Fernandez gynécologue obstétricien, Paris Dr Tristan Gauthier, gynécologue obstétricien, Limoges Pr François Golfier, gynécologue obstétricien, Lyon Pr Cyrille Huchon, gynécologue obstétricien, Poissy Dr Guillaume Legendre, gynécologue obstétricien, Angers Dr Jérôme Loriau, chirurgien digestif, Paris Dr Emmanuelle Mathieu-d'Argent, médecin de la reproduction et gynécologue obstétricien, Paris Dr Benjamin Merlot, gynécologue obstétricien, Bordeaux Dr Julien Niro, gynécologue obstétricien, Versailles Dr Pierre Panel, gynécologue obstétricien, Le Chesnay Pr Philippe Paparel, urologue, Lyon Dr Stéphane Ploteau, anatomiste et gynécologue obstétricien, Nantes

Titre	Prise en charge de l'endométriose
	Pr Christophe Poncelet, gynécologue obstétricien, Cergy Pontoise Pr Benoit Rabischong, anatomiste et gynécologue obstétricien, Clermont-Ferrand Pr Horace Roman, gynécologue obstétricien, Rouen Pr Chrystele Rubod, gynécologue obstétricien, Lille Dr Piétro Santulli, médecin de la reproduction et gynécologue obstétricien, Paris Dr Marine Sauvan, gynécologue obstétricien, Paris Pr Isabelle Thomassin-Naggara, radiologue, Paris Dr Antoine Torre, gynécologue obstétricien, Montpellier Dr Jean-Michel Wattier, algologue prise en charge de la douleur, Lille Dr Chadi Yazbeck, gynécologue obstétricien, Suresnes
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS et sont consultables sur les sites www.has-sante.fr et DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en décembre 2017 Validation par le conseil scientifique du CNGOF en novembre 2017
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèses de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	RPC « Prise en charge de l'endométriose » (HAS CNGOF 2017)

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr