

Prise en charge de l'endométriose

Décembre 2017

GÉNÉRALITÉS

Évolution de l'endométriose

- L'endométriose n'a pas systématiquement de conséquences pathologiques.

Pas d'argument en faveur d'une progression de l'endométriose (que ce soit en termes de volume ou de nombre des lésions).

- Pas nécessaire de faire une surveillance systématique par imagerie chez une patiente traitée pour endométriose et asymptomatique.

Endométriose et dépistage

- Pas de dépistage de l'endométriose dans la population générale ;
- Pas de dépistage dans des populations à risque augmenté, que ce soit sur des facteurs génétiques (endométriose chez une apparentée) ou sur des facteurs de risque menstruels (volume menstruel augmenté, cycles courts, premières règles précoces).

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

Endométriose et cancer

- Pas de dépistage du cancer de l'ovaire chez les patientes souffrant d'une endométriose.

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

Patiente

Plainte pour symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhée, dyspareunies, douleurs pelviennes non-menstruelles)

Soins premiers

médecin généraliste,
gynécologue, sage-femme

→ Évaluer la douleur (intensité et retentissement)

- Rechercher des symptômes évocateurs de l'endométriose : dysménorrhée intense (> 7, absentéisme fréquent, résistance aux antalgiques de niveau 1), infertilité
- Rechercher des symptômes localisateurs de l'endométriose profonde : dyspareunies profondes, douleurs à la défécation cycliques, signes urinaires cycliques

- Examen clinique et pelvien (si possible)
- Échographie pelvienne de première ligne (figure 1)

Signes localisateurs d'endométriose profonde, infertilité, ou présence d'un endométriome à l'échographie ?

NON

OUI

Dysménorrhée sans signe localisateur d'endométriose profonde

→ Rechercher une endométriose profonde

Pas de souhait de grossesse

Souhait de grossesse, infertilité, impossibilité ou refus de la contraception hormonale

→ Contraception hormonale

Efficacité ?

NON

→ Examens de 2^e et 3^e intention à la recherche d'une endométriose profonde (figure 2)

OUI

Pas de recherche d'une endométriose
→ Poursuite de la contraception

Soins secondaires

Figure 1. Stratégie diagnostique devant des symptômes douloureux pelviens chroniques.

Signes cliniques

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

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

Examen clinique

- Évaluer la douleur (intensité, retentissement) ;
- Évaluer la qualité de vie ;
- Rechercher les symptômes évocateurs et localisateurs de l'endométriose.

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.

- Examen gynécologique orienté, si possible, incluant l'examen du cul-de-sac vaginal postérieur à la recherche de signes évocateurs :
 - visualisation de lésions bleutées à l'examen au spéculum du vagin ;
 - palpation de nodules au niveau des ligaments utérosacrés ou du cul-de-sac de Douglas ;
 - douleur à la mise en tension des ligaments utérosacrés ;
 - utérus rétroversé ;
 - annexes fixées au toucher vaginal.

Évaluation de la douleur

- Utiliser une échelle d'évaluation de la douleur.

L'endométriose peut être associée à une modification des seuils douloureux avec discordance anatomo-clinique (phénomène de sensibilisation) renforçant la douleur.

- Rechercher une symptomatologie évocatrice de sensibilisation ;
- Évaluation interdisciplinaire (gynécologues, algologues, sexologues, psychologues et assistantes sociales) en cas de douleurs chroniques.

Évaluation de la qualité de vie

- Évaluer la qualité de vie (questionnaire de qualité de vie: l'*Endometriosis Health Profile-30* (EHP-30) et sa version courte l'EHP-5, ou le questionnaire SF-36).

EXAMENS DE PREMIÈRE INTENTION

Les examens de première intention sont :

- l'examen clinique (gynécologique si possible) ;
- l'échographie pelvienne.

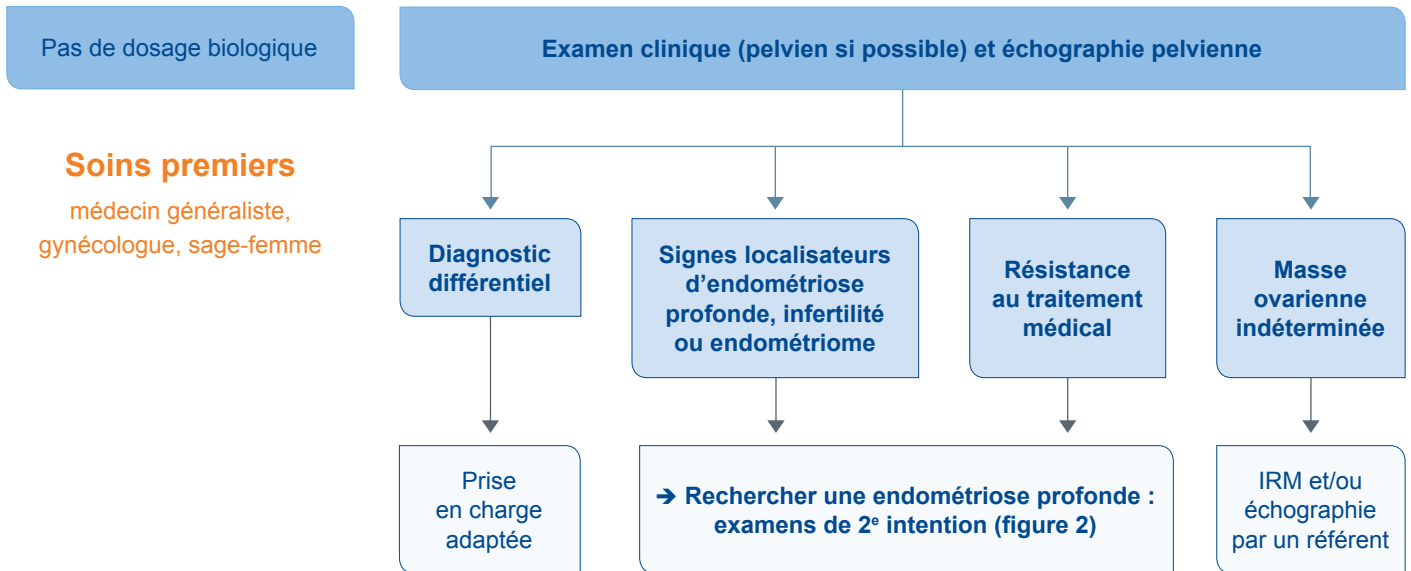


Figure 2. Examens de première intention à la recherche d'une endométriose

EXAMENS DE DEUXIÈME INTENTION

Les examens de deuxième intention sont :

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

Indications des examens de deuxième intention

- Évaluer l'extension de l'endométriose.
 - Prévoir la prise en charge spécialisée.
 - En cas de discordance entre des symptômes évocateurs ou localisateurs d'endométriose et des examens de première intention négatifs.
 - Avant chirurgie d'exérèse de l'endométriose pelvienne profonde, afin de prédire la nécessité d'éventuels gestes urinaires ou digestifs.
- L'échographie pelvienne et l'IRM apportent des informations différentes et complémentaires.
 - En cas d'IRM pelvienne discordante avec la clinique ou l'échographie : proposer une seconde lecture de l'IRM par un radiologue référent.
 - L'absence de lésion visible à l'échographie n'élimine pas le diagnostic d'endométriose profonde.

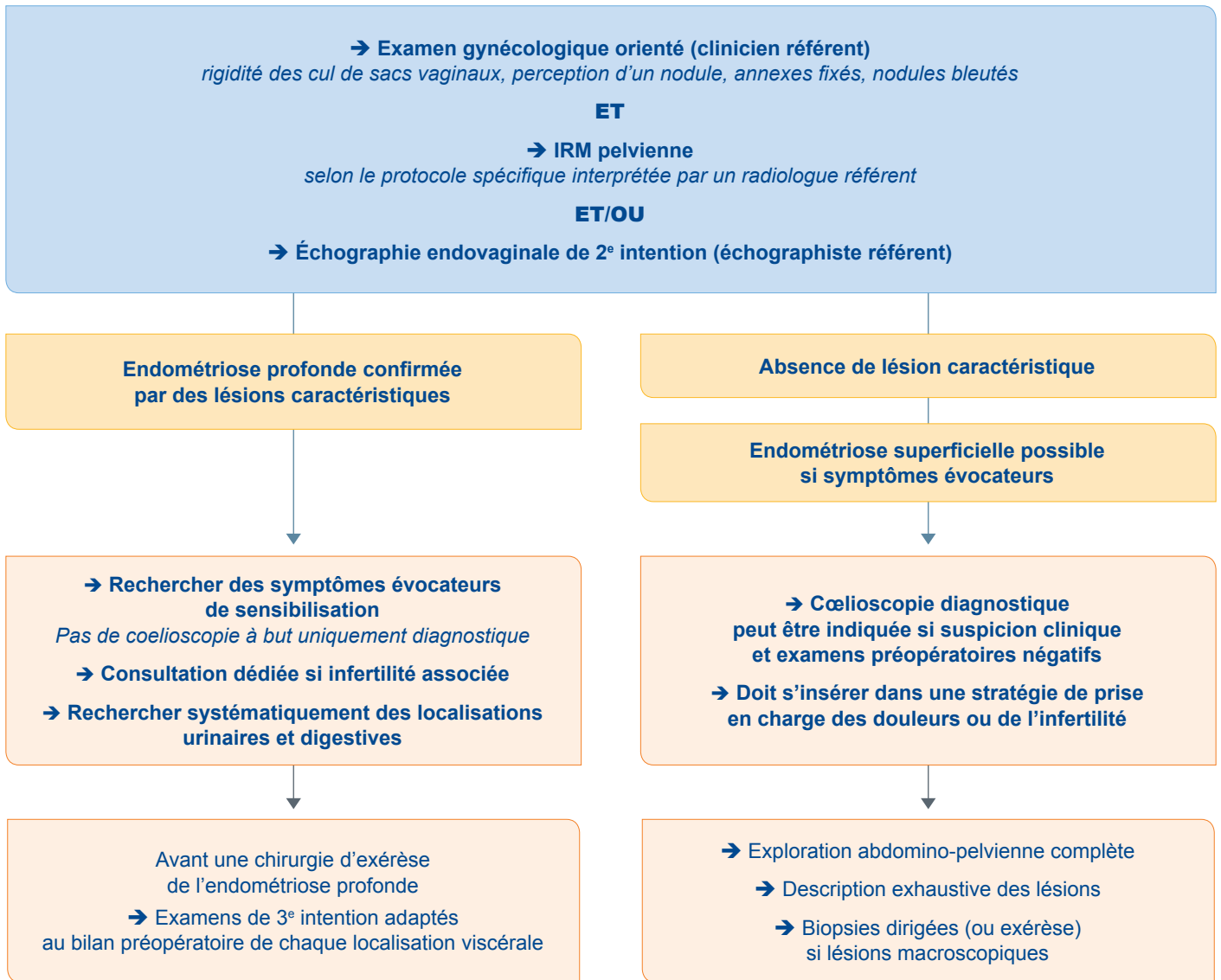


Figure 3. Examens de soins de deuxième intention à la recherche d'une endométriose

EXAMENS POUR SITUATIONS SPÉCIFIQUES

Ces examens complémentaires de troisième intention sont demandés par le spécialiste en fonction de situations particulières.

En cas de suspicion d'endométriome

- L'échographie endovaginale.

Technique performante pour affirmer ou infirmer le diagnostic d'endométriome, en présence d'un aspect typique.

- L'IRM pelvienne et l'échographie pelvienne.

Le diagnostic d'endométriome (endométriose ovarienne) doit être posé avec prudence après la ménopause pour ne pas méconnaître une tumeur maligne.

En cas de suspicion d'endométriose recto-sigmoïdienne

- L'échoendoscopie rectale pour les localisations recto-sigmoïdiennes ;
- Le colo-scanner pour les localisations coliques.

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

En cas de suspicion d'endométriose urinaire

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

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

CŒLIOSCOPIE

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

Indication de la cœlioscopie diagnostique

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

INFORMATION DE LA PATIENTE

Dispenser à la patiente une information éclairée en tenant compte de ses attentes et de ses préférences :

- sur les alternatives thérapeutiques, le risque de récurrence, la fertilité ;
- avant la chirurgie, sur son déroulement, son objectif, les bénéfices escomptés et ses possibles complications.

TRAITEMENT MÉDICAL

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

TRAITEMENTS HORMONAUX

Les traitements hormonaux en **première intention** dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont :

- la contraception par œstroprogestatifs ;
- le SIU au LNG à 52 mg.

En raison du risque thromboembolique : se référer aux règles de bonne pratique concernant l'usage des COP (HAS 2013).

Les traitements hormonaux de **deuxième intention** sont :

- la contraception microprogestative orale au désogestrel ;
- l'implant à l'étonogestrel ;
- les GnRHa en association à une *add-back* thérapie ;
- le diénogest.

En cas de prescription d'un GnRHa dans un contexte d'endométriose :

- prescrire une *add-back* thérapie comportant un œstrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et améliorer la qualité de vie des patientes. L'AMM recommande d'y adjoindre un progestatif ;
- prescrire l'*add-back* thérapie avant le 3^e mois pour limiter les effets secondaires.

Traitements hormonaux en association avec une chirurgie de l'endométriose

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

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

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

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

Cas particulier de l'adolescente

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

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

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

ANTALGIQUES, AUTRES TRAITEMENTS ET ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES

Antalgiques

- La prescription d'AINS au long cours est à éviter en raison d'effets secondaires importants gastriques et rénaux.
- En cas de suspicion d'une origine neuropathique de la douleur : proposer un traitement spécifique.

Options thérapeutiques non médicamenteuses

- l'acupuncture.
- l'ostéopathie ;
- le yoga.

Ces options peuvent être proposées en complément de la prise en charge médicale de l'endométriose.

- Pas de données concernant les régimes alimentaires ou les suppléments vitaminiques.

Place des « nouveaux traitements » de l'endométriose

- Il n'y a pas lieu de prescrire les anti-aromatases, les SERM, les SPRM et les anti-TNF- α .
- Il n'y a pas lieu de prescrire de SERM en postopératoire d'une chirurgie d'endométriose.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le choix du traitement chirurgical est guidé par :

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

Lors d'un traitement chirurgical de l'endométriose la voie d'abord chirurgicale coelioscopique est recommandée.

Endométriose pelvienne minime à légère (stades I et II ASRM)¹

- La chirurgie réduit les douleurs à court et moyen terme.
- Chez une patiente infertile, la chirurgie par exérèse ou destruction, associée à l'adhésiolyse, permet une augmentation du taux de grossesses spontanées.

Endométriome ovarien

- Avant la chirurgie, discuter avec la patiente des possibilités de préservation de la fertilité.

La chirurgie des endométriomes ovariens peut réduire la réserve ovarienne, avec de possibles effets négatifs sur la fertilité postopératoire, en particulier en cas d'endométriomes volumineux, récidivants ou bilatéraux.

- Rechercher d'éventuelles autres localisations pelviennes de l'endométriose.

L'endométriome ovarien est très rarement isolé.

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

Endométriose profonde infiltrant la vessie

- La chirurgie par cystectomie partielle peut être proposée chez les patientes symptomatiques.

Endométriose profonde des uretères

- La chirurgie par des techniques conservatrices (urétérolyse) ou radicales (résection urétérale avec anastomose termino-terminale ou résection urétérale et réimplantation vésicale) peut être proposée.
- Une surveillance postopératoire par imagerie est nécessaire

Compte tenu du risque de sténose de l'anastomose urétéro-urétérale ou du site de réimplantation urétéro-vésicale et du risque d'atrophie rénale progressive pauci symptomatique.

Endométriose profonde infiltrant le colon et le rectum

- La chirurgie pour endométriose colorectale peut être proposée chez les patientes symptomatiques.
- Risque de complications postopératoires graves dont les patientes doivent être informées.

En cas d'endométriose du bas rectum : une dérivation digestive temporaire (iléostomie ou colostomie) doit être discutée.

Intérêt de l'hystérectomie conservatrice ou avec annexectomie bilatérale

- Peut être proposée dans le but de réduire le risque des récurrences, chez les femmes sans souhait de grossesse.
- La conservation ovarienne doit être discutée avec la patiente.
- Un traitement hormonal de la ménopause (THM) peut être proposé en cas d'endométriose.

Endométriose extra-pelvienne : pariétale, diaphragmatique, thoracique

- La chirurgie peut être proposée chez les patientes symptomatiques en raison d'un effet favorable sur les douleurs.
- Une consultation avec un gynécologue est conseillée, compte tenu de la prévalence de l'atteinte pelvienne associée (50 à 80 %).

PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ

Elle doit être conduite par 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.

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

Les résultats de la prise en charge en AMP par FIV ne semblent pas affectés par l'existence d'une endométriose ou par son stade. En cas d'endométriose le nombre d'ovocytes recueillis semble être plus faible notamment en cas d'endométriose sévère.

Les études sur la stimulation de l'ovulation pour FIV ne montrent pas d'aggravation des symptômes liés aux lésions d'endométriose, ni d'accélération de son évolution, ou d'augmentation du taux de récurrence de la maladie.

En cas d'endométriose et FIV :

- mettre en place un prétraitement avant stimulation par analogue agonistes de la GnRH ou par contraception œstro-progestative.

FIV et endométriose superficielle

- La chirurgie n'est pas indiquée dans le seul but d'augmenter les chances de grossesses en FIV.

FIV et endométriome

- La chirurgie n'est pas indiquée dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV.

FIV et endométriose profonde

- Une FIV peut être proposée afin d'augmenter les taux de grossesses et de naissances.
- La chirurgie n'est pas indiquée dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV.

FIV et endométriose récidivante

- Nécessite la mise en place d'une concertation médico-chirurgicale pour discuter d'une prise en charge adaptée.