

L'endométriose en questions

L'ensemble des réponses s'appuient sur les recommandations officielles publiées en 2017 par la HAS (haute autorité de santé) et des RCP gynécologiques du CNGOF.

1- L'endométriose c'est quoi ?

- L'endométriose est une pathologie **bénigne complexe inflammatoire et chronique de la femme jeune**, pouvant être responsable de douleurs pelviennes invalidantes chroniques et d'infertilité.
- La prévalence de l'endométriose est estimée à **10 % chez les femmes** en âge de procréer notamment entre 25 et 40 ans.
- La définition de l'endométriose est histologique avec la **présence de tissu d'allure endométrial (glandes et/ou de stroma endométrial) en dehors de l'utérus** touchant essentiellement la cavité pelvienne.
- Cette **définition purement histologique** ne **présage pas donc de son caractère pathologique ou symptomatique** puisque la présence de lésions d'endométriose n'est pas systématiquement responsable de symptômes cliniques (douleurs, infertilité).
- « **L'endométriose maladie** » est donc la **présence de lésions d'endométriose associés à des symptômes cliniques**.

A retenir !

L'endométriose est une **entité complexe** dont la définition est **histologique** avec une **expression clinique variable**



Mécanisme de l'endométriose

C'est une maladie hormono-dépendante qui prolifère en présence d'œstrogènes. Ainsi, à chaque cycle menstruel, des hémorragies surviennent au niveau des organes touchés par le tissu endométrial. Le sang accumulé ne pouvant pas être éliminé provoque une dégradation progressive, responsable d'une **intense inflammation et d'une réaction avec adhérences et formation de fibrose**.

Pour aller plus loin :

Il existe trois formes anatomo-cliniques d'endométriose.

- 1- **Endométriose péritonéale superficielle** : désigne la présence d'implants d'endomètre ectopiques localisés à la surface du péritoine.
- 2- **Endométriose ovarienne** : kyste hémorragique de l'ovaire
- 3- **Endométriose pelvienne profonde** : correspond aux lésions qui s'infiltrent en profondeur à plus de 5 mm sous la surface du péritoine ou une atteinte de la musculature des organes.

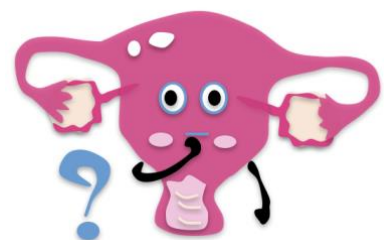
Les atteintes profondes siègent généralement dans le compartiment pelvien postérieur (90%) et concerne les ligaments utéro-sacrés, le vagin, la cloison recto-vaginale et le recto-sigmoïde.

Pourquoi l'endométriose est une pathologie complexe ?

L'endométriose est **une maladie complexe et soulève plusieurs problématiques** :

- 1- **Expression clinique variable**. Certaines femmes avec des lésions d'endométriose avérées ne présentent aucun symptôme alors que d'autres avec les mêmes lésions présentent des douleurs extrêmement invalidantes.
- 2- **Aucun symptôme pathognomonique**, c'est-à-dire que rien ne caractérise spécifiquement cette maladie et permettrait donc d'en établir un diagnostic certain.
- 3- **Absence de test fiable**, reproductible et consensuel pour son diagnostic.
- 4- **Symptômes partagés avec de nombreuses autres maladies pelviennes** et le lien entre la douleur pelvienne et l'endométriose n'est pas toujours claire.

Aucun symptôme pathognomonique ou de test fiable et consensuel pour le diagnostic



2- L'endométriose comment ? Les symptômes

L'endométriose n'a pas systématiquement de conséquences pathologiques et peut être observée chez des femmes indolores et fertiles.

Il existe deux grands types de symptômes : **la douleur et l'infertilité.**

Pour donner des chiffres, restants approximatifs car il est difficile d'évaluer la prévalence exacte de l'endométriose dans la population générale : 70 % des femmes atteintes d'une endométriose ont des douleurs pelviennes chroniques et 40 % des troubles de la fertilité.

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 8/10 ou plus, un absentéisme fréquent, ou une résistance aux antalgiques de niveau 1)
- **Les dyspareunies profondes positionnelles**
- **Les douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale**
+/- autres troubles digestifs : alternance diarrhée constipation, syndrome rectal et exceptionnellement des rectorragies
- **Les signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale**
Pollakiurie, urgenturie, hématurie, dysurie, douleurs rénales, colite néphétique
- **L'infertilité**

NB :

Dysménorrhées : douleurs pelviennes lors des menstruations

Dyspareunies : douleurs lors des rapports sexuels

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

D'autres symptômes plus rares peuvent être présents tel que :

- Douleurs diaphragmatiques, Scapulalgie (Droite > Gauche)
- Pneumothorax cataménial
- Douleurs pariétale (cicatrice de césarienne) ou ombilicale
- Douleurs radiculaires : type sciatique ou cruralgie

3- Quel est le retentissement ?

L'endométriose est une **maladie chronique qui impacte fortement la vie des femmes** et celle de leur entourage. En moyenne, leur qualité de vie est de 20% inférieure à la population générale notamment dû aux douleurs pelviennes chroniques invalidantes retrouvées chez 70 % des femmes atteintes d'endométriose.

De plus, environ **40 % des femmes atteintes ont des problème de fertilité** et on estime qu'environ 50 % des femmes infertiles seraient porteuses d'endométriose.

Cette maladie est particulièrement redoutée car elle met donc en cause durablement l'ensemble des composantes de la vie d'une femme: les rapports sexuels, la reproduction et la vie sociale ou professionnelle.

Actuellement, il n'existe pas de traitement curatif . Les options thérapeutiques restent limitées avec : l'utilisation d'antalgiques, l'hormonothérapie, la résection chirurgicale ou l'aide médical à la procréation (AMP).

4- Comment fait-on le diagnostic ?

Historiquement, le diagnostic de l'endométriose était chirurgical, reposant sur l'inspection visuelle avec confirmation histologique des lésions macroscopiques, généralement. Cependant, au cours des deux dernières décennies, les examens d'imagerie tels que l'échographie endovaginale spécialisée et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) se sont révélés suffisants pour diagnostiquer les formes les plus graves d'endométriose telles que l'endométriome ou l'endométriose profonde, marquant ainsi un tournant vers un diagnostic non invasif de cette maladie.

Cependant **une imagerie normale n'élimine pas formellement le diagnostic d'endométriose**. En effet, l'IRM et l'échographie pelvienne ne permettent pas un diagnostic satisfaisant des lésions d'endométriose superficielle.

A retenir !

Le diagnostic de l'endométriose est avant tout clinique

Interrogatoire +++

Une imagerie normale n'élimine pas le diagnostic d'endométriose



5- Quels sont les traitements ? (HAS 2017)

**Seules les patientes avec une endométriose symptomatiques sont traitées +++
PAS DE SYMPTOMES = PAS DE TRAITEMENT**

Thérapeutique médicamenteuse

Les traitements hormonaux recommandés en première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse, sont la contraception par oestroprogestatifs et le stérilet hormonal.

En effet, chez les patientes ayant une endométriose douloureuse, la contraception oestroprogestative en prise cyclique réduit la dysménorrhée (baisse de l'EVA de 3 à 9 points sur 10), les dyspareunies et les douleurs pelviennes chroniques.

A retenir !

Traitement des douleurs par
**hormonothérapie en première
intention** (en l'absence de désir
de grossesse immédiat)



Thérapeutique non médicamenteuse

Le recours aux thérapeutiques alternatives est fréquent parmi les patientes ayant des 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.

Les études menées sur les herbes chinoises semblent montrer, dans certaines circonstances d'utilisation, une efficacité modérée.

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

Place de la chirurgie

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.

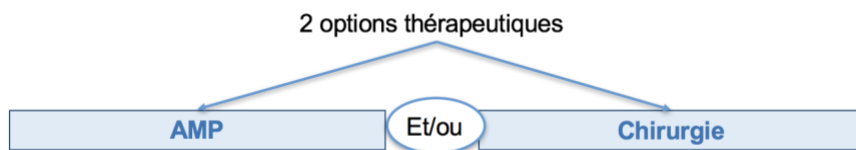
En cas d'échec du traitement initial, de récurrence, ou d'atteintes de plusieurs organes par l'endométriose, une concertation médico-chirurgicale et pluridisciplinaire est recommandée

Prise en charge de l'infertilité

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 et du phénotype des lésions endométriosiques.

La prise en charge optimale se fait dans des équipes pluridisciplinaires.

Il existe deux options thérapeutiques pour la prise en charge de la fertilité qui sont discutées au cas par cas lors de réunions spécialisées multidisciplinaires.



AMP : Aide Médicale à la Procréation

Laurence ALBERTINI

Naturopathe

Pilotage formation continue

Marie FLORIN

Radiologue spécialiste en imagerie de la femme