
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE

JUSTINE HUGON-RODIN*

En France, environ 2,5 millions de femmes sont concernées par l'endométriose.

Définition

On parle d'«endométriose maladie» si sont présentes des douleurs et/ou une infertilité. Ses lésions peuvent se situer sur le muscle utérin, l'ovaire ou le péritoine.

Histologiquement, il s'agit de la présence ectopique de tissu endométrial.

C'est une maladie hétérogène avec trois formes : superficielle, endométriome et endométriose pelvienne profonde.

Épidémiologie

Sa fréquence est non estimable précisément dans la population générale :

- 25-50 % des femmes infertiles,
- 20 % des patientes présentant une coelioscopie pour infertilité,
- > 33 % si algies pelviennes aiguës.

Cela représente 10 % des femmes au total et 40 % des femmes qui souffrent de douleurs pelviennes chroniques.

Diagnostic clinique

L'interrogatoire

- Signes fonctionnels gynécologiques, urologiques, digestifs
- Intensité (échelle), durée, caractéristique, répercussion / Qualité de Vie, sensibilisation
- Désir de grossesse, infertilité
- Contre-indications aux traitements

Symptômes évocateurs et localisateurs

- Dysménorrhées intenses (intensité ≥ 8 , absentéisme fréquent, résistance aux antalgiques de niveau 1)
- Dyspareuries profondes

* Unité de gynécologie endocrinienne, Port-Royal, Université de Paris

Les éléments proviennent du diaporama donné lors de sa communication du 24 janvier 2020

- Douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale
- Signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale
- Douleurs ombilicales et/ou abdominales
- Infertilité

Speculum

Lésions mamelonnées bleutées au niveau du vagin

Toucher vaginal

Lésions nodulaires douloureuses (ligaments utéro-sacrés ou cul de sac)

Lésions pariétales

Diagnostic radiologique

- 1^{ère} intention
 - Échographie endovaginale (Échographiste de référence)
- 2^{ème} intention
 - IRM interprétée par un radiologue référent

Si endométriose profonde (EP) : rechercher dilatation pyélocalicielle

Avant chirurgie pour EP digestive : échographie endo-rectale

Cœlioscopie diagnostique

- Non indiquée si diagnostic confirmé à l'imagerie
- Indiquée si suspicion clinique avec une imagerie négative et non soulagée

Est l'examen diagnostique de référence car l'endométriose est un diagnostic anatomopathologique avec biopsies et une description exhaustive des lésions.

Une cœlioscopie normale permet d'éliminer le diagnostic.

Recommandations HAS 2017

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 dysfonctionnement d'un organe (Accord d'experts)
C	En l'absence de symptôme, 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)
C	La surveillance systématique par imagerie des patientes traitées pour endométriose et asymptomatiques n'est pas recommandée (Grade C)
B	Il n'est pas recommandé de proposer une stratégie de dépistage du cancer de l'ovaire chez les patientes souffrant d'une endométriose
AE	Un dépistage de l'endométriose n'est pas recommandé dans la population générale (Accord d'experts)

Stratégie thérapeutique

- Pas de traitement nécessaire si pas de symptômes
- Si endométrioses bilatéraux : discussion de la préservation de la fertilité

Antalgiques

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont efficaces dans la dysménorrhée.

Il faut éviter une prescription au long cours à cause des effets secondaires digestifs et l'enjeu rénal.

Centre anti-douleur

Mécanismes d'action des traitements hormonaux

L'inhibition de l'axe gonadotrope entraîne une aménorrhée et une diminution de la sensibilité aux œstrogènes avec

- un effet suspensif sur les symptômes douloureux
- pas d'effet curatif de la maladie endométriosique
- non adapté en cas de désir de grossesse.

Traitement hormonal de l'endométriose douloureuse ou en post-opératoire
(hors contexte d'infertilité)

- Traitement possible sans preuve anatomopathologique
- 1^{ère} intention
 - Contraception œstroprogestative de 2^{ème} génération ± en continu
 - avantages : anti-gonadotrope, efficace, bon contrôle du cycle
 - risques cardiovasculaires donc respect des contre-indications
 - Microprogestatifs : désogestrel ou système intra-utérin
 - avantages : efficace, pas de risque cardiovasculaire
 - inconvénients : partiellement anti-gonadotrope, troubles du cycle, hyperandrogénie, céphalées
- 2^{ème} intention
 - Dienogest (microprogestatif)
 - Agonistes de la GnRH
 - longtemps utilisé en 1^{ère} intention
 - puissant anti-gonadotrope
 - syndrome climatérique, déminéralisation osseuse
 - Macroprogestatif ?
 - anti-gonadotrope, neutre sur le plan cardiovasculaire

Système intra-utérin au lévonorgestrel

De nombreuses études valident son efficacité avec une diminution :

- des dysménorrhées,
- des douleurs pelviennes non cycliques
- des dyspareunies
- du volume utérin en cas d'adénomyose
- de l'abondance du flux menstruel, surtout si adénomyose associée

Il est bien toléré avec un degré de satisfaction élevé.

Il faut noter une efficacité comparable sur la douleur du SIU au levonorgestrel *versus* agoniste de la GnRH.

Dienogest

- Microprogestatif le plus récemment commercialisé
- Développement ciblé sur le traitement de l'endométriose
- Largement utilisé dans les autres pays
- Non remboursé en France (50 € par mois), générique très prochainement disponible
- 2 mg/j : 1 cp/jour en continu
- Efficacité anti-ovulatoire prouvée mais pas d'étude en contraception
- Efficacité identique du Dienogest et de l'acétate de Leuprolide sur les symptômes douloureux
- Meilleur contrôle des saignements avec acétate de Leuprolide qu'avec Dienogest
- Tolérance meilleure du Dienogest en terme de bouffées de chaleur et de baisse de la densité minérale osseuse.

Place des macroprogestatifs

- Les progestatifs macrodosés sont/étaient largement utilisés en France
 - Acétate de chlormadinone (AMM endométriose)
 - Acétate de nomegestrol/acétate de cyproterone (hors AMM)
- En France, les progestatifs macrodosés sont disponibles et efficaces grâce à leur action antigonadotrope.
- Neutre sur le plan cardiovasculaire
- Peu de données spécifiques
- Profil d'activité idéal pour l'endométriose
- Un seul essai randomisé : Acétate de cyprotérone 12,5 mg *versus* 20 mg d'EE + Désogestrel (COP) [Vercellini et al *Fertil Steril* 2002]
- Efficacité identique sur les douleurs
- Alerte récente sur le risque de méningiomes.

		Points positifs	Points négatifs
Anti-gonadotrope +++	Agonistes de la GnRH	très efficace pas de risque CV associé	mauvaise tolérance Sd climatérique ostéopénie pas de Tt au long cours
	Macroprogestatifs	pas de risque CV associé moins de Sd climatérique	± troubles du cycle méningiomes
	Contraception œstroprogestative	bon contrôle du cycle bonne tolérance peu androgénique	risque CV
Anti-gonadotrope ±	Microprogestatifs	pas de risque CV associé	± troubles du cycle ± hyperandrogénie ± anti-gonadotrope

En première intention : contraception œstroprogestative ou microprogestatifs.

Traitement chirurgical

Indication au cas par cas

- Symptomatiques
- Échec traitements médicaux
- Échec assistance médicale à la procréation
- Infertilité - Désir de grossesse
- Répercussion / organes, lésion pariétale

Prise en charge multidisciplinaire

- Traitements hormonaux
- Traitement chirurgical
- Assistance médicale à la procréation
- Antalgiques adaptés
- Soutien psychologique
- Sexologie
- Assistante sociale
- Autres : yoga, relaxation, acupuncture, ostéopathie

Messages-clés

- Y penser !! Errance diagnostique
- Interrogatoire : intensité douleur, qualité de vie, fertilité, CI aux traitements
- Examen clinique adapté : speculum, TV
- Cartographie lésionnelle : échographie, IRM, cœlioscopie avec biopsies
- Avis spécialisé
- Stratégie thérapeutique RPC
- Prise en charge multidisciplinaire
- Information et surveillance / Traitement Efficacité, Récidive, Effets secondaires