

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge de l'endométriose

Démarche diagnostique et traitement médical

Décembre 2017

DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS

Définitions

La définition de l'endométriose est histologique : présence de glandes ou de stroma endométrial en dehors de l'utérus. C'est une maladie multifactorielle, résultant de l'action combinée de facteurs génétiques et environnementaux, et de facteurs liés aux menstruations.

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.

Évolution de l'endométriose

Les données 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.

En l'absence de symptômes, il n'y a pas lieu de faire une surveillance systématique par imagerie des patientes traitées pour endométriose.

Endométriose et dépistage

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

En conséquence :

- il n'y a pas lieu de faire un dépistage de l'endométriose dans la population générale ;
- il n'y a pas lieu de faire un dépistage dans des populations à risque augmenté, que ce soit sur des facteurs génétiques (endométriose chez une apparentée) ou sur des facteurs de risques menstruels (volume menstruel augmenté, cycles courts, premières règles précoces).

Endométriose et cancer

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

Il n'y a donc pas lieu de faire un dépistage du cancer de l'ovaire chez les patientes souffrant d'une endométriose.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

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 ;
- les dyspareunies profondes ;
- les douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale ;
- les signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale ;
- l'infertilité.

Il n'y a pas lieu de rechercher une endométriose en cas de dysménorrhée isolée et contrôlée par une contraception hormonale, sans autre symptôme douloureux ni souhait de grossesse immédiat.

Douleur associée à l'endométriose

En cas de consultation pour douleurs pelviennes chroniques ou suspicion d'endométriose, il est recommandé de :

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

Évaluation de la douleur :

- utiliser une échelle pour mesurer l'intensité de la douleur ;
- rechercher une symptomatologie évocatrice de sensibilisation : la manifestation des symptômes douloureux est variable d'une femme à l'autre et l'endométriose peut être associée à une modification des seuils douloureux.

Évaluation de la qualité de vie :

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

Examen gynécologique

Faire un 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.

EXAMENS DE PREMIÈRE INTENTION

Les examens de première intention (figure 1) sont :

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

L'échographie pelvienne et l'IRM pelvienne ont des performances similaires pour le diagnostic d'endométriose.

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

En cas de masse ovarienne indéterminée (non typique d'endométriose) visualisée en échographie : faire une IRM pelvienne et/ou une nouvelle échographie par un expert.

En cas de diagnostic d'endométriose : rechercher une endométriose profonde associée.

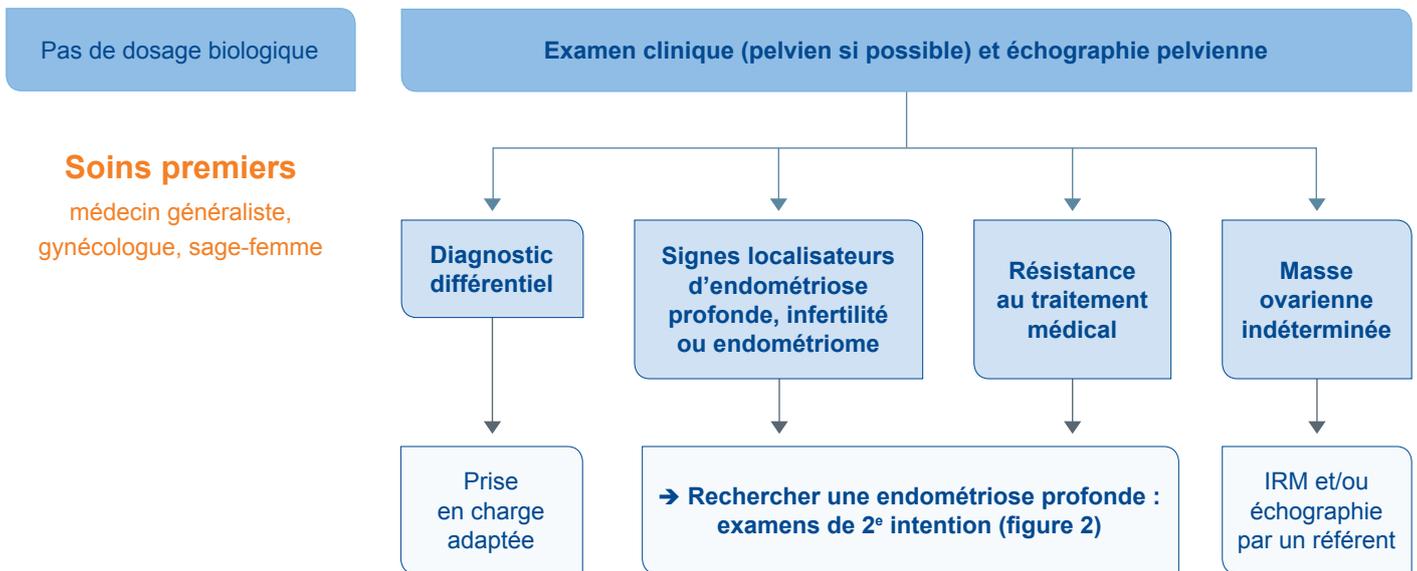


Figure 1. Examens de première intention à la recherche d'une endométriose

EXAMENS DE DEUXIÈME INTENTION

Les examens de deuxième intention (figure 2) 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).

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.

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.

Bilan de la maladie endométriosique

Ces examens sont destinés à :

- évaluer l'extension de l'endométriose ;
- prévoir la prise en charge spécialisée.

Avant chirurgie d'exérèse de l'endométriose pelvienne profonde et en cas de discordance entre des symptômes évocateurs ou localisateurs d'endométriose et des examens de première intention négatifs :

- il est recommandé de réaliser une IRM pelvienne et/ou une échographie pelvienne de deuxième intention afin de prédire la nécessité d'éventuels gestes urinaires ou digestifs.

Modalités de l'IRM

En cas d'IRM pelvienne discordante avec la clinique ou l'échographie, il est recommandé de proposer une seconde lecture de l'IRM par un radiologue référent.

Concernant les critères de qualité de l'IRM pelvienne, il est recommandé de faire le diagnostic d'endométriose pelvienne en utilisant des séquences multiplanaires en T2 et T1 avec et sans saturation de graisse.

L'injection de gadolinium est une option notamment pour caractériser une masse annexielle complexe. 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.

Il est recommandé de faire une acquisition à vessie semi-pleine pour ne pas gêner l'interprétation.

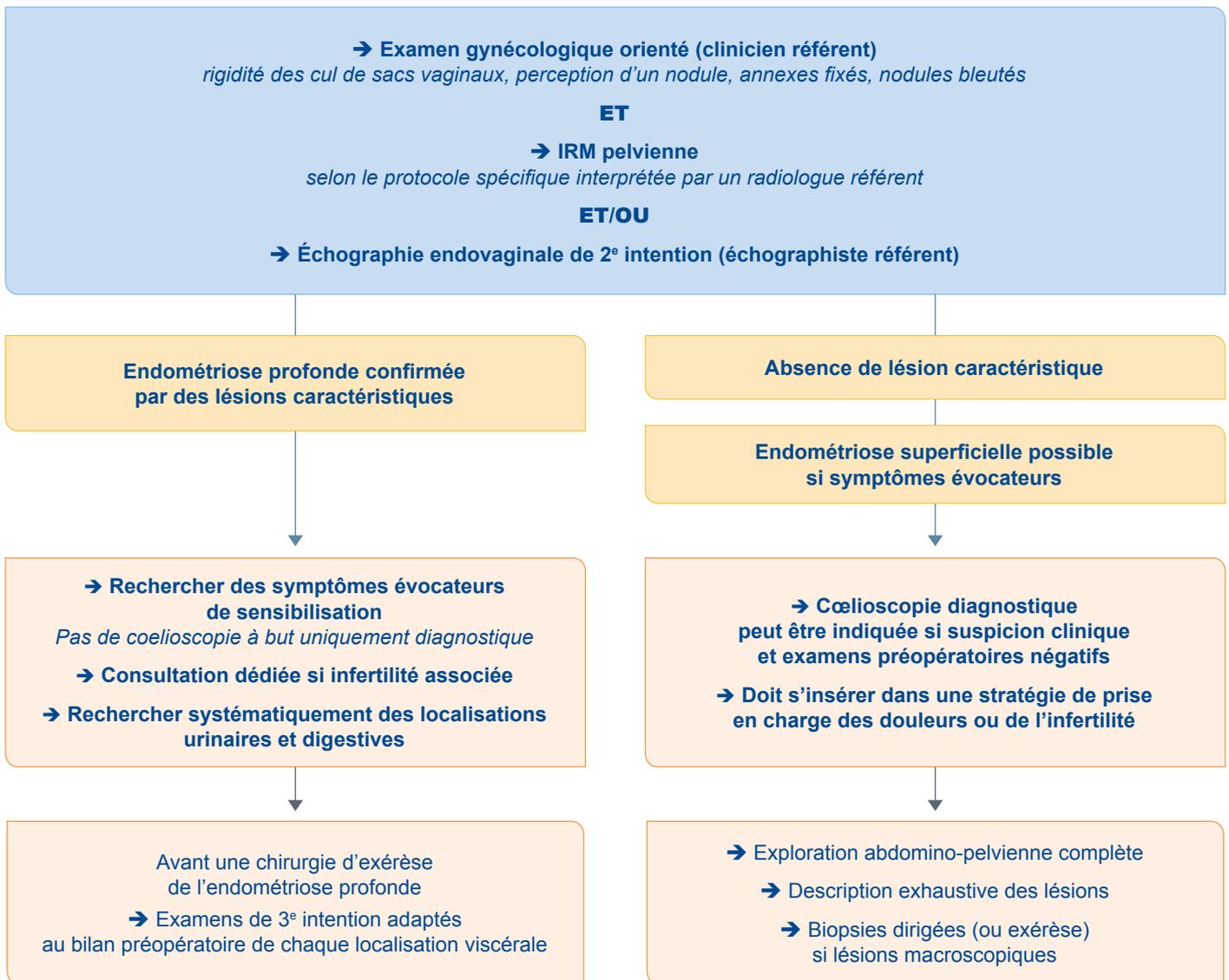


Figure 2. Examens de soins de deuxième intention à la recherche d'une endométriose

EXAMENS DE TROISIÈME INTENTION

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

Explorer une endométriose recto-sigmoïdienne

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'informer la patiente ;
- d'organiser, si besoin, une prise en charge multidisciplinaire.

Afin de confirmer l'atteinte digestive et de préciser ses caractéristiques (multi ou unifocalité, diamètre lésionnel, profondeur d'infiltration, hauteur, circonférence, caractère sténosant) : réaliser un examen dédié : une échographie endovaginale, une IRM pelvienne, une échoendoscopie rectale (EER) ou un colo-scanner (colo-CT) (en fonction des expertises disponibles et des localisations lésionnelles).

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 en troisième intention sont l'échoendoscopie rectale pour les localisations recto-sigmoïdiennes ou le colo-scanner pour les localisations coliques plus en amont ;
- 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.

Explorer une endométriose urinaire

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

En cas d'endométriose pelvienne profonde, il est recommandé de rechercher une dilatation urétéropyélocalicielle. En cas de dilatation urétéropyélocalicielle, il est recommandé de prendre un avis spécialisé pour l'étude du retentissement rénal.

En cas de douleur pelvienne chronique associée à des symptômes urinaires du bas appareil et une suspicion d'endométriose, il est recommandé de réaliser en première intention une IRM ou une échographie de référence pour explorer une atteinte vésicale ou urétérale de l'endométriose.

Fertiloscopie

Il n'y a pas lieu de réaliser une fertiloscopie dans le but de faire le diagnostic de l'endométriose.

CŒLIOSCOPIE

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

Indication de la cœlioscopie diagnostique

- En cas de suspicion clinique d'endométriose alors que les examens préopératoires n'en ont pas fait la preuve.
- Dans le cadre d'une stratégie de prise en charge des douleurs ou de l'infertilité.
- Afin d'éliminer une endométriose si elle ne met pas en évidence de lésions macroscopiques visibles et si celle-ci a comporté une exploration satisfaisante de la région abdomino-pelvienne.

Modalités de l'examen

- Réaliser des biopsies dirigées (avec examen anatomopathologique) en cas de lésions typiques ou atypiques lors d'une cœlioscopie diagnostique pour confirmer le diagnostic d'endométriose. Il n'y a pas lieu de faire des biopsies sur péritoine sain.
- Faire une 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, dans le but de corréler les symptômes avec la pathologie et de guider la prise en charge thérapeutique.
- Utiliser des classifications lésionnelles pour décrire l'étendue de l'endométriose et faciliter les échanges interprofessionnels.

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

INFORMATION DE LA PATIENTE

En cas d'endométriose, les praticiens sont invités à dispenser une information éclairée :

- informer les patientes sur les alternatives thérapeutiques, les bénéfices et les risques attendus de chacun des traitements, le risque de récurrence, la fertilité, et prendre en compte les attentes et les préférences de la patiente ;
- avant la chirurgie, apporter des informations supplémentaires 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 ;
- lors de la consultation, fournir et expliciter dans des termes adaptés à la patiente, une notice d'information (validée par les professionnels de santé) contenant les informations essentielles pour les patientes et leurs conjoints.

TRAITEMENTS HORMONAUX DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE DOULOUREUSE

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.

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. 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 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, n'est pas systématique.
- **Après chirurgie** : en l'absence de souhait de grossesse, un traitement hormonal (COP ou SIU au lévo-norgestrel 52 mg en première intention) permet de réduire le risque de récurrence douloureuse de l'endométriose et d'améliorer la qualité de vie des patientes.
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 contre-indication et de désir de grossesse.
Il n'y a pas lieu de prescrire des GnRHa en postopératoire dans le seul but de prévenir la récurrence d'endométriose.

Traitement hormonal de l'endométriose douloureuse chez l'adolescente

Chez l'adolescente ayant une endométriose douloureuse :

- prescrire une contraception œstroprogestative ou microprogestative en première intention, en l'absence de contre-indication ;
- en cas d'échec : demander un avis spécialisé pour préciser la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique à adopter ;
- en raison des risques de déminéralisation osseuse, il n'y a pas lieu de prescrire les GnRHa en première intention ;
- en cas de prescription GnRHa : il n'y a pas lieu de prescrire avant 16 ans (avant 18 ans selon l'AMM) et la durée de prescription ne doit pas dépasser 12 mois dans le cadre de l'AMM ;
- associer à la prescription de GnRHa une *add-back* thérapie comportant au moins un œstrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et d'améliorer la qualité de vie.

ANTALGIQUES, AUTRES TRAITEMENTS 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.

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

- Les prises en charge non médicamenteuses qui ont montré une amélioration de la qualité de vie et qui peuvent être proposées en complément de la prise en charge médicale de l'endométriose sont :
 - l'acupuncture ;
 - l'ostéopathie ;
 - le yoga.
- En cas de douleurs chroniques : proposer une évaluation interdisciplinaire (gynécologues, algologues, sexologues, psychologues et assistantes sociales).
- En cas d'endométriose douloureuse, les données sont insuffisantes pour recommander des régimes alimentaires ou des 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 pour la prise en charge de l'endométriose douloureuse.
- Il n'y a pas lieu de prescrire de SERM en postopératoire d'une chirurgie d'endométriose.



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Prise en charge de l'endométriose » – Décembre 2017.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Décembre 2017