



UNIVERSITÉ
**PARIS
DESCARTES**



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS CENTRE

Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

RPC ENDOMÉTRIOSE 2017

Pr Bruno BORGHESE

Service de Chirurgie Gynécologique et Médecine de la Reproduction (Pr Chapron)
Hôpital Cochin | Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Institut Cochin | Département Reproduction Développement Cancer
INSERM | CNRS | Université Paris Descartes
Paris, France



*The 18th Vietnam - France - Asia - Pacific Conference
on Obstetrics & Gynecology*

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

C N G O F

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français



RPC ENDOMETRIOSE 2017

EPIDÉMIOLOGIE, DIAGNOSTIC

Définitions

- Histologique
- Fréquence non estimable précisément en population générale
- Pas systématiquement pathologique
- Endométriose maladie si douleurs et/ou infertilité (qualité de vie)

AE

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

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).

Formes anatomo-cliniques et pathogénèse

- Maladie hétérogène
- 3 formes : superficielle, endométriome, endométriose pelvienne profonde
- Reflux menstruel : distribution anatomique
- Facteurs génétiques et environnementaux (risque au 1er degré : x 5)

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).

Histoire naturelle

- Pas en faveur d'une progression de l'endométriose au fil du temps
- Association faible avec sous-types rares de cancer de l'ovaire (RR 1.3)
- Pas d'argument pour proposer une stratégie de dépistage ou des mesures de réduction du risque chez les patientes endométriosiques

B

Il n'est pas recommandé de proposer une stratégie de dépistage du cancer de l'ovaire chez les patientes souffrant d'une endométriose

C

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

Stratégies diagnostiques

Patiente

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

→ Evaluer 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



Soins Premiers

médecin généraliste,
gynécologue, sage-femme

→ Examen clinique et pelvien (si possible)
→ Echographie 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^{ème} et 3^{ème} intention à la recherche d'une endométriose profonde [Figure 2]

Oui

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

Soins Secondaires



Stratégies diagnostiques

Examens de première intention à la recherche d'une endométriose

Pas de dosage biologique

Examen clinique (pelvien si possible) et échographie pelvienne

Diagnostic différentiel

Signes localisateurs d'endométriose profonde, infertilité, ou endométriome

Résistance au traitement médical

Masse ovarienne indéterminée

Prise en charge adaptée

→ Rechercher une endométriose profonde : examens de 2nd intention [Figure 2]

Echographie par un expert ou IRM

Soins Premiers

médecin généraliste, gynécologue, sage-femme



Stratégies diagnostiques



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

- Examen gynécologique orienté (clinicien référent) : rigidité des cul de sacs vaginaux, perception d'un nodule, annexes fixés, nodules bleutés
 - Rechercher des symptômes évocateurs de sensibilisation
- et
- IRM pelvienne: selon le protocole spécifique interprétée par un radiologue référent et/ou
 - Echographie endovaginale de 2nd intention (échographiste référent)

Endométriose profonde confirmée par des lésions caractéristiques

- Rechercher des symptômes évocateurs de sensibilisation
- Pas de coelioscopie à but uniquement diagnostique
 - Consultation dédiée si infertilité associée
- Rechercher systématiquement des localisations urinaires et digestives

Avant une chirurgie d'exérèse de l'endométriose profonde

- Examens de 3^{ème} intention adaptés au bilan préopératoire de chaque localisation viscérale



Absence de lésion caractéristique

Endométriose superficielle possible si symptômes évocateurs

- Coelioscopie diagnostique peut être indiquée si suspicion clinique et examens préopératoires négatifs
 - Doit s'insérer dans une stratégie de prise en charge des douleurs ou de l'infertilité

→ Exploration abdomino-pelvienne complète

- Description exhaustive des lésions
- Biopsies dirigées (ou exérèse) si lésions macroscopiques



RPC ENDOMETRIOSE 2017

TRAITEMENTS MEDICAUX

de l'endométriose douloureuse (hors infertilité)

Ce qui ne change pas

- La COP reste un traitement de première intention
- L'add-back thérapie :
 - doit comporter au moins un œstrogène
 - est recommandée en cas de traitement par GnRHα.
 - ne diminue pas l'efficacité des GnRHα
 - NOUVEAU : elle peut être prescrit avant 3 mois

Ce qui change

- **COP : continue ou discontinue ?**
 - Traitement par COP discontinu possible et efficace
 - Traitement continu à privilégier en cas de dysménorrhée
- **Macroprogestatifs**
 - La place de l'acétate de chlormadinone, du momegestrol et de la médrogestone ne peut être précisée, faute d'évidence scientifique
 - Le dienogest est recommandé en 2^{ème} intention
- **SIU au LNG** devient un traitement de 1^{ère} intention
- **Microprogestatifs** sont proposés chez l'adulte (2^{ème} intention) et chez l'adolescente (1^{ère} intention) en raison de la quasi absence de CI et du peu d'EI.
- **Danazol et DMPA** ne sont plus recommandés

En postopératoire

- Il est recommandé de prescrire un traitement hormonal pour réduire le risque de récurrence douloureuse et améliorer la qualité de vie
- COP et SIU au LNG recommandés en 1^{ère} intention
- Il est recommandé de poursuivre la COP tant que la tolérance est bonne (en l'absence de désir de grossesse)
- **ATTENTION ! GnRHa NON RECOMMANDÉS** dans le seul but de prévenir la récurrence des endométriomes

Place des traitements associés et prise en charge globale



Yoga
Relaxation



Soutien Psychologique
Consultation douleur

Acupuncture



Ostéopathie

Un objectif :
Améliorer la qualité de vie

RPC ENDOMETRIOSE 2017

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Endométriose superficielle

- Le traitement chirurgical des lésions péritonéales minimales à légères **réduit les douleurs** associées aux lésions d'endométriose péritonéale minimales à légères NP
1
- En cas d'endométriose minimale à légère chez une patiente infertile, la coelioscopie opératoire avec excision ou ablation des lésions avec adhésiolyse est supérieure à la coelioscopie diagnostique en terme **d'augmentation du taux de grossesse** NP
1
- **Il est recommandé de traiter de manière complète les lésions superficielle en cas de douleurs ou d'infertilité associées lorsqu'elles sont découvertes lors d'une coelioscopie** GRADE
B
- Il n'est pas recommandé de traiter chirurgicalement une endométriose superficielle asymptomatique car rien ne prouve qu'elle évolue vers une maladie symptomatique

Endométriose ovarien

- **Impact de la chirurgie sur la réserve ovarienne** NP
2
- Une évaluation de la réserve ovarienne préopératoire peut-être utile
- La ponction écho-guidée n'est pas recommandée en 1^{ère} intention chez les femmes douloureuses GRADE
C
- La sclérothérapie à l'éthanol peut-être proposée chez les patientes présentant des endométrioses récidivants AE
- La technique destructive par coagulation bipolaire des endométrioses n'est pas recommandée GRADE
B
- La **kystectomie intra-péritonéale cœlioscopique** est la technique de référence GRADE
A
- 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 endométriose GRADE
C

Endométriose colorectale

- La chirurgie pour endométriose colorectale peut être proposée chez les patientes **symptomatiques** GRADE
C
- Lorsque le traitement chirurgical est décidé, il est recommandé de faire une **résection des lésions pelviennes d'endométriose aussi complète que possible** GRADE
C
- La chirurgie de l'endométriose colorectale expose à un **risque de complications postopératoire graves**, dont les patientes doivent être informées GRADE
B
- Pas de recommandation concernant le type de résection
- En cas de chirurgie pour endométriose digestive, une **prise en charge multidisciplinaire** est recommandée AVIS
D'EXPERTS

Hystérectomie ?

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 des 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).

RPC ENDOMETRIOSE 2017

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Prise en charge de l'infertilité hors FIV

- Il n'y a **aucune place pour un traitement antigonadotrope** en pré- ou postopératoire en cas de désir de grossesse **GRADE A**
- **En cas d'endométriose superficielle :**
 - une stimulation ovarienne postopératoire peut être envisagée (Grade C), de préférence en utilisant des gonadotrophines en 1^{ère} intention (Grade B)
 - L'Insémination Intra-Utérine postopératoire est envisageable (Grade C) et l'association aux gonadotrophines est souhaitable (Grade B)
- **En cas d'endométriose profonde :**
 - Aucune étude ne permet de recommander la stimulation ovarienne ou l'IIU

Endométriose et FIV : généralités

- L'endométriose quel que soit le stade et le type de lésions n'aurait **pas d'effet sur les résultats de la FIV** en termes de taux de grossesse et de naissance vivante NP
3
- 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 NP
2
- Pas de recommandation sur le choix d'un protocole agoniste ou d'un protocole antagoniste chez les patientes atteintes d'endométriose GRADE
C
- **Amélioration des chances de grossesse en cas de blocage ovarien avant la stimulation** pour FIV par un analogue agoniste de la GnRH (grade B) et par la contraception œstro-progestative (grade C)

Endométriose et FIV

- Il n'y a pas d'impact des endométrioses (de moins de 6 cm) sur la qualité des embryons et les résultats finaux de la FIV en termes de grossesse et d'accouchement malgré une diminution possible du nombre d'ovocytes ponctionnés et des doses de gonadotrophines potentiellement plus élevées NP
3
- **Le traitement chirurgical des endométrioses avant FIV n'est pas recommandé** à seule fin d'améliorer la fertilité, car il n'améliore pas les résultats de la FIV GRADE
B
- Il n'est pas recommandé de réaliser une aspiration transvaginale systématique sous contrôle échographique des endométrioses avant FIV afin d'augmenter les taux de grossesse GRADE
C

Endométriose profonde et FIV

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).

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).

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)

RPC ENDOMÉTRIOSE 2017

The logo for the Haute Autorité de Santé (HAS) features the letters 'HAS' in a bold, blue, sans-serif font. A red, wavy ribbon-like element is positioned behind the letter 'A', extending from the left and curving under it.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2819733/fr/pris-e-en-charge-de-l-endometriose

The logo for the Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) consists of the letters 'C', 'N', 'G', 'O', and 'F' in a light green, sans-serif font. The letter 'G' is stylized with a blue, wavy line that loops around it and extends downwards.

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

<http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2017>