



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Typologie des douleurs liées à l'endométriose

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 29 novembre à 16h
au Pôle Recherche
Par Lucie Lannez

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Gilles Lebuffe

Assesseurs :

Madame le Professeur Chrystèle Rubod dit Guillet

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean Michel Wattier

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque »

Avertissement

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

- AFS : American Fertility Society
- AFSr : American Fertility Society révisé
- AMP : Assistance Médicale à la Procréation
- ASRM : Américan Society of Reproductive
- CHRU: Centre Hospitalier et de de Recherche Universitaire
- DN4 : Questionnaire de la Douleur Neuropathique en 4 parties
- EN : Echelle Numérique
- Eq-VAS : The Visual Analogue Scale in the EQ-5D
- EQ-5D: Quality of Health en 5 dimensions
- HAD : Hospital Anxiety and Depression
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IASP : International Association for the Study of Pain
- PCS : Pain Catastrophizing Scale
- QDSA : Questionnaire Douleur de Saint-Antoine

Table des matières

Résumé.....	page 14
Introduction.....	page 15
Matériel et méthode.....	page 22
I. Type d'étude.....	page 22
II. Population étudiée.....	page 22
II. a. Critères d'inclusion.....	page 22
II. b. Critères de non inclusion.....	page 23
III. Questionnaires utilisés.....	page 23
IV. Données recueillies.....	page 24
V. Analyses statistiques.....	page 30
Résultats.....	page 31
I. Caractéristiques générales des patientes.....	page 31
I. a. Données administratives et anamnestiques.....	page 31
I. b. Caractéristiques de la douleur.....	page 32
I. c. Echelle Numérique.....	page 33
I. d. Questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties <i>interview</i>	page 34
I. e. Questionnaire de la Douleur de Saint Antoine abrégé.....	page 34
I. f. La qualité du sommeil.....	page 35
I. g. Questionnaire Hospital Anxiety and Depression.....	page 35
I. h. Questionnaire de Beck abrégé.....	page 36
I. i. Score de catastrophisme.....	page 36
I. j. Eq-VAS	page 36
II. Analyse des facteurs de risque de survenue de la douleur en fonction du DN4 <i>interview</i>	page 37
II. a. Définition des deux groupes.....	page 37

II. b. Variables qualitatives.....	page 37
II. c. Variables quantitatives.....	page 44
III. Analyse des facteurs de risque de survenue de la douleur en fonction du score de catastrophisme.....	page 48
IV. Analyse des facteurs de risque de survenue de la douleur en fonction de la voie d'abord chirurgicale.....	page 50
Discussion.....	page 53
I. A propos des résultats.....	page 53
II. Limites et biais de l'étude.....	page 57
III. Rôle du médecin généraliste.....	page 58
Conclusion.....	page 59
Annexes.....	page 60
Références bibliographiques.....	page 73

Résumé

L'endométriose est retrouvée chez près de 40% des femmes qui souffrent de douleurs pelviennes chroniques et 44% des patientes atteintes d'endométriose souffrent de douleurs pelviennes chroniques. L'association entre douleurs pelviennes et endométriose n'est pas systématique. Nous avons analysé les caractéristiques des douleurs des patientes atteintes d'endométriose en tant qu'objectif primaire. L'objectif secondaire était de mettre en évidence les facteurs de risque de survenue des douleurs.

Méthode : Une étude observationnelle, rétrospective a été réalisée sur 4 ans au sein du centre d'étude et traitement de la douleur de l'hôpital Claude Huriez du CHRU de Lille. Les données relevées ont été issues de plusieurs questionnaires d'auto-évaluation complétés avant les consultations douleur : démographiques, d'intensité, de qualificatifs de la douleur, d'évaluation de l'anxiété, de la dépression, du catastrophisme.

Résultats : Nous avons inclus 150 patientes. La moyenne d'âge était de 35,7 (+/-11,4). 149 patientes avaient répondu au questionnaire DN4 *interview*. 36% des patientes décrivaient des douleurs neuropathiques. Les douleurs étaient localisées en fosse lombaire droite ($p : 0,004$), continues ($p : 0,01$). En étude univariée, l'EN 6/10 ($p : 0,009$), le QDSA affectif 16/28 ($p : 0,02$), le catastrophisme 30/52 ($p : 0,001$) et l'EqVAS 40/100 ($p : 0,01$) étaient associés aux douleurs neuropathiques (DN4 *interview* ≥ 3).

Conclusion : L'évaluation de la symptomatologie douloureuse liée à l'endométriose passe par l'utilisation de plusieurs échelles afin d'évaluer le contexte et la thymie afin d'améliorer les prises en charge des patientes.

Introduction

L'endométriose est une pathologie chronique et fréquente de l'appareil génital féminin. C'est une affection bénigne mais pourtant capable d'induire de lourdes conséquences pour les patientes en terme de douleur chronique, de qualité de vie, de projet parental, de projet professionnel et de traitements parfois lourds.

L'endométriose est liée à la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Ce tissu possède les mêmes caractéristiques que l'endomètre eutocique. Il subit donc les mêmes influences hormonales cycliques. Elle a été décrite pour la première fois par un médecin anatomo-pathologiste : le docteur Karel Rokitansky, en 1860 (1).

La physiopathologie de l'endométriose est discutée ; de nombreux mécanismes semblent impliqués dans le développement des lésions (2). Les théories les plus communément avancées sont celle de la métaplasie et celle du reflux.

L'hypothèse de la métaplasie a été formulée par le gynécologue allemand Meyer en 1919. Certaines cellules du péritoine à partir duquel les organes génitaux internes se sont formés pendant la période embryonnaire, auraient un potentiel de transformation, appelée métaplasie, même plus tard à l'âge adulte.

La théorie du reflux (3), développée en 1927 par le gynécologue américain Sampson (4), est celle selon laquelle, secondairement au reflux menstruel, les cellules endométriales pénètrent dans la cavité péritonéale et s'implantent en divers sites.

Il est possible que ces deux théories soient complémentaires.

Des facteurs de risques de développer la maladie ont été mis en évidence (5) . La plupart de ces facteurs sont responsables d'une hyperœstrogénie, à laquelle les lésions endométriosiques restent sensibles. Il s'agit de la nulliparité, de particularité du cycle menstruel (cycle court, ménarche précoce) ou d'indice de masse corporelle élevé. Il semble que l'endométriose soit plus fréquente chez les femmes caucasiennes, asiatiques (6) et exposées in utero au distilbène (7). On constate également un caractère familial et une prédisposition génétique (8) (9).

Du point de vue histologique (10), on différencie l'endométriose extra-utérine (à distance de l'endomètre et du myomètre) de l'endométriose intra-utérine (au sein du myomètre). Concernant l'endométriose extra-utérine, il s'agit de l'ectopie endométriale dans et en dehors de la cavité péritonéale : superficielle, annexielle et profonde (au de-là de 5 mm sous le péritoine et/ou l'infiltration au sein d'une musculature d'une structure anatomique périutérine telle que : le ligament utérosacré, le rectum, la vessie...). Dans tous les cas, il doit avoir la présence d'un épithélium et d'un stroma endométrial. Cependant, l'aspect du tissu endométrial ectopique peut varier selon les fluctuations hormonales et selon l'ancienneté des lésions (plus ou moins hémorragique, plus ou

moins de fibrose). L'endométriose peut également se présenter sous forme de nodule. Ces nodules sont bleutés avec des adhérences fibreuses. Les nodules se caractérisent par une hypertrophie musculaire. Les kystes peuvent apparaître de couleur chocolat à la suite d'une hémorragie. L'analyse microscopique de ce phénomène montre des cellules endométriales au cœur d'une formation fibreuse. L'adénomyose correspond à l'ectopie de l'endomètre au sein du myomètre.

La prévalence de l'endométriose est difficile à évaluer puisqu'elle nécessite un diagnostic histologique et nécessite donc une intervention chirurgicale. On estime cette prévalence entre deux et dix pour cent de la population générale féminine (5).

La découverte d'une endométriose dépend également de la connaissance et de l'intérêt des praticiens vis-à-vis de cette maladie (11). De plus, de nombreuses patientes sont asymptomatiques ou sous traitement médical, ce qui pourrait retarder le diagnostic. Le diagnostic de l'endométriose est posé 7 à 10 ans après le début des symptômes (12).

Les localisations de l'endométriose sont multifocales, le nombre moyen de lésions d'endométriose profonde est de 4 par patiente (13). On retrouve préférentiellement des lésions d'endométriose profonde au niveau du cul de sac de Douglas. Par contiguïté, l'endométriose peut toucher le ligament utérosacré (41%), la zone rétro-cervicale (16%), le vagin (9%), le ligament rond (9%), le septum vésico-utérin (7%), la vessie (2%), le tube digestif (appendice, caecum et le recto sigmoïde) (14%) et l'urètre (2%). D'autres localisations ont été décrites telles que : par exemple le diaphragme, les reins, les os, les

méninges, et de nombreuses autres. Il n'y a pas de parallélisme anatomo-clinique entre intensité des douleurs perçues et l'importance des lésions endométriosiques constatées anatomiquement, alors qu'il peut exister un lien entre désignation topographique de la douleur par la patiente et localisation lésionnelle (14).

La société américaine de fertilité ou American Fertility Society (AFS) fut la première à proposer une classification de l'endométriose en 1979. Son objectif était de définir la sévérité de la maladie en se basant sur la localisation des lésions et leur étendue. En 1985, ce score AFS fut révisé (AFSr) : il intègre le nombre de lésions ovariennes, la catégorie des endométrioses tubaires et il distingue les lésions ovariennes superficielles et profondes. **(Annexes : Echelle 1)**

L'infertilité touche 25 à 50% des patientes endométriosiques et l'endométriose touche près de 50 % de la population féminine infertile (15) (16). Le lien de causalité est encore discuté. Plusieurs mécanismes peuvent réduire la fertilité (17) telles: des modifications anatomiques (séquelles inflammatoires tubaires, adhérences péri-tubaires ou péri-ovariennes ou d'endométriomes), des modifications cytologiques ou biochimiques du liquide péritonéal (élévation de la concentration des cytokines inflammatoires, des macrophages et des prostaglandines), des altérations de la réponse immunitaire locale (augmentation du taux de lymphocyte et des anticorps Ig G et Ig A), des altérations ovariennes (des fonctions endocriniennes et ovulatoires), des altérations

des mécanismes d'implantation au sein de l'endomètre et des altérations qualitatives de l'ovocyte et de l'embryon.

L'endométriose pelvienne peut se manifester (18) par des douleurs pelviennes d'intensité, de rythme, de fréquence et d'expression très variées. Selon l'IASP (19), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes de tels dommages. La douleur chronique est une douleur qui persiste ou se reproduit pendant plus de trois mois. La douleur neuropathique chronique est causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel.

L'endométriose peut se manifester par des douleurs aiguës épisodiques lors des menstruations associées à des douleurs chroniques en période inter-menstruelle. Schliep et al ont montré que les patientes atteintes d'endométriose référencée par visualisation coelioscopique sans analyse histologique des lésions présentaient pour 44,2% d'entre elles des douleurs pelviennes chroniques et 49,5% d'entre elles des douleurs pelviennes cycliques (20). Parallèlement des douleurs pelviennes chroniques étaient évoquées par 30,2% des femmes sans lésions pelviennes découvertes par laparoscopie. 38% des femmes porteuses d'endométriose présentaient des douleurs pelviennes chroniques, estime Howard (21). L'association entre endométriose et douleur n'est pas systématique (22). Whitaker et al ont montré que l'endométriose affectait

environ 40% des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques (23). A noter, qu'Ahangari estime entre 5,7% et 26,6% la prévalence mondiale des douleurs pelviennes chroniques chez les femmes issues de la population générale (24). La dysménorrhée est le symptôme le plus précoce et le plus évocateur de l'endométriose pelvienne. Bellelis et *al* ont montré que 62% des femmes atteintes d'endométriose souffraient de dysménorrhée (25). A noter que chez les adolescentes dysménorrhéiques, une contraception orale est souvent mise en place (26) (27) ; ce qui pourrait retarder le diagnostic d'endométriose du fait de la diminution des dysménorrhées. De plus, l'usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens est fréquent chez les patientes souffrant de dysménorrhée, ce qui à terme est délétère (28). La dyspareunie est également retrouvée fréquemment chez les patientes atteintes d'endométriose (29). Bellelis et *al* ont montré que 54% des dyspareunies était liée à l'endométriose (25) .

La symptomatologie douloureuse (dysménorrhées, dyspareunies) évoluant chez des patientes porteuses d'endométriose entre dans le cadre des syndromes douloureux chroniques. Cela impose des prises en charge adaptées aux douleurs aiguës et aux syndromes douloureux chroniques.

L'étude des mécanismes physiopathologiques des douleurs de l'endométriose permet d'évoquer une dimension neuropathique associée à la dimension inflammatoire et à l'excès de nociception pour comprendre la genèse des algies pelviennes de l'endométriose (30,31). En effet, des chercheurs ont montré certaines particularités et

certaines différences biochimiques des tissus d'endomètre chez les femmes atteintes d'endométriose avec ceux des femmes non atteintes(32). Une augmentation de la densité des fibres nerveuses (33) (34) (35) et une prolifération des vaisseaux sanguins plus accentuée ont également été démontrées (36) dans l'endomètre et le myomètre chez les femmes atteintes d'endométriose par rapport aux femmes non atteintes.

La symptomatologie algique abdominale présente dans l'endométriose a des conséquences cognito-comportementales et sociales importantes. Cette symptomatologie évolue dans un contexte thymique pouvant influencer les résultats des traitements entrepris. L'évaluation de la douleur de l'endométriose reste cantonnée à une évaluation quantitative de la symptomatologie douloureuse, sans contextualisation des manifestations douloureuses. L'objectif de cette étude était d'évaluer les douleurs liées à l'endométriose de façon quantitative et qualitative et d'analyser les facteurs de risque de survenue des douleurs.

Matériel et méthode

I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, monocentrique et observationnelle.

Cette étude a été menée dans le service de la douleur et d'anesthésie de l'hôpital Claude Huriez au Centre Hospitalier et de Recherche Universitaire (CHRU) de Lille entre 2013 et 2017.

II. Population étudiée :

II. a. Critères d'inclusion :

Toutes les patientes ayant eu une prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique en chirurgie gynécologique pour endométriose, présentant des douleurs chroniques ont été incluses dans l'étude. Le diagnostic d'endométriose était posé par les spécialistes chirurgiens gynécologues. Le diagnostic était porté sur les données de l'anamnèse, de l'examen clinique, et des examens paracliniques (échographie pelvienne endovaginale et IRM abdomino-pelvienne). Le diagnostic d'endométriose était confirmé par l'examen anatomopathologique lorsqu'une prise en charge chirurgicale avait débuté.

II. b. Critères de non inclusion :

Les critères de non-inclusion étaient : le refus par la patiente de participer à l'enquête, les patientes atteintes d'adénomyose ou d'autres pathologies gynécologique ou abdominales.

III. Questionnaires utilisés :

Nous avons choisi d'utiliser un document papier comprenant plusieurs questionnaires. Le principe de ce document était d'évaluer globalement la typologie de la douleur en explorant de façon la plus exhaustive possible les différents éléments qui la caractérise et les différents éléments sur lesquels la douleur est susceptible de retentir.

Ce document nommé « douleur et endométriose » était donné ou envoyé au domicile de toutes les patientes avant leur première consultation au centre d'étude et de traitement de la douleur. . Le document remis aux patientes a été complété au cours de l'enquête par l'introduction de questionnaires comportementaux.

IV. Données recueillies:

Pour chaque patiente, les données anamnestiques, cliniques et paracliniques ont été obtenues à partir des dossiers médicaux archivés dans le service et à partir des dossiers médicaux informatisés. Ces données ont été anonymisées.

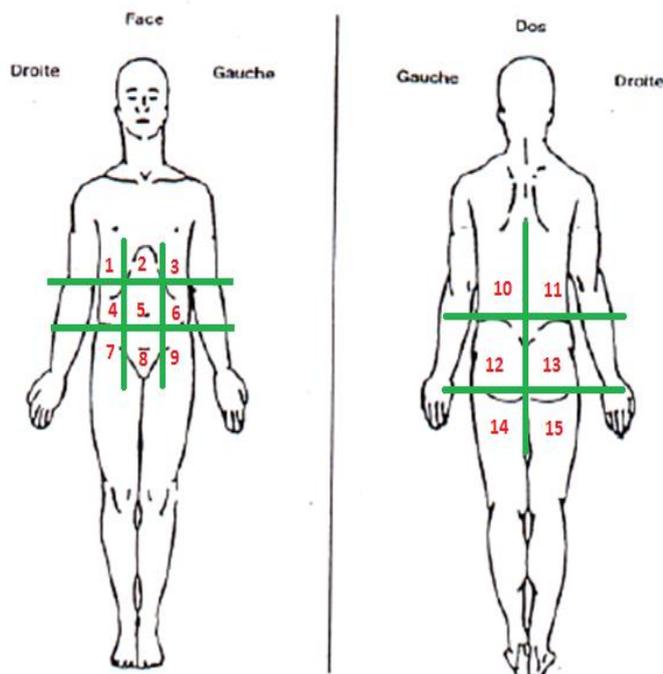
Pour chaque cas, ont été extraites de la base de données :

- **les données administratives et anamnestiques : (Annexes : Echelle 2)**

L'âge, la parité, la sévérité de l'endométriose selon la classification de l'AFSr, les antécédents de traitement chirurgical d'endométriose, de recours à une procédure d'assistance médicale à la procréation (AMP) ;

- **les caractéristiques de la douleur : (Annexes : Echelle 3)**

La localisation, la durée, la fréquence, les facteurs aggravants (aller à la selle, uriner, les rapports sexuels et les règles).



Localisation des douleurs : 1 : Hypochondre droit ; 2 : Epigastre ; 3 : Hypochondre gauche ; 4 : Flanc droit ; 5 : Périombilique ; 6 : Flanc gauche ; 7 : Fosse iliaque droite ; 8 : Hypogastre ; 9 : Fosse iliaque gauche ; 10 : Fosse lombaire gauche ; 11 : Fosse lombaire droite ; 12 : Fesse gauche ; 13 : Fesse droite ; 14 : Face postérieure de la cuisse gauche ; 15 : Face postérieure de la cuisse droite

- **L'échelle numérique (EN) : (Annexes : Echelle 4)**

L'échelle numérique est une échelle d'auto-évaluation de l'intensité douloureuse, sensible et reproductible. Elle est cotée de 0 à 10. La patiente désigne le chiffre qui correspond à l'intensité de la douleur ressentie. La douleur est considérée comme faible pour les valeurs de 0 à 3, modérée pour les valeurs de 4 à 7, et intense pour les valeurs de 8 à 10.

-
- **Le questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties (DN4) *interview*:
(Annexes : Echelle 5)**

Le questionnaire DN4 a été développé par Bouhassira et coll en 2005 (37). Il se compose de deux parties. Il permet d'évoquer le caractère neuropathique d'une douleur. La première partie repose sur l'interrogatoire du patient et reprend les caractéristiques de la douleur (brûlures, sensation de froid douloureux et décharges électriques), et de l'association à des paresthésies ou dysesthésies (fourmillement, picotement, engourdissement, démangeaison). La seconde partie correspond à l'examen clinique et décrit la présence ou non d'hypoesthésie au tact ou à la pique et l'allodynie. La patiente répond par oui ou par non pour ces 10 items. Il est coté sur 10, avec un seuil de positivité supérieur ou égal à 4. La sensibilité de ce test est de 82.9% et la spécificité de 89.9%.

La première partie peut être utilisée en auto-questionnaire et devient le DN4 *interview*. Il est coté sur 7, avec un seuil de positivité supérieur ou égal à 3 sur 7. La sensibilité de ce test est de 78% et la spécificité de 81.2%.

- **une évaluation qualitative de la douleur par le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA) abrégé: (Annexes : Echelle 6)**

Le QDSA a été développé en 1992. Le QDSA est une adaptation française du McGill Pain Questionnaire réalisée par Boureau et coll (38) . C'est une échelle multidimensionnelle qui comprend 16 items. Elle permet de préciser la sémiologie sensorielle et d'apprécier le vécu de la douleur. En effet, les neuf premiers items représentent le versant sensoriel de la douleur (élancements, pénétrante, décharge électriques, coups de poignard, étau, tiraillements, brûlures, fourmillements et lourdeur) et les sept derniers items représentent le versant affectif de la douleur (épuisante, angoissante, obsédante, insupportable, énervante, exaspérante et déprimante).

Chaque item est coté de 0 (absent) à 4 (extrêmement fort). Le score sous total sensoriel est compris de 0 à 36 et le score affectif est coté de 0 à 28. Le score total du QDSA abrégé est compris entre 0 et 64.

- **la qualité du sommeil : (Annexes : Echelle 7)**

Les patientes étaient interrogées sur la qualité de leur sommeil par rapport aux douleurs. Les propositions soumises étaient :

- 1ere proposition : gêne à l'endormissement
- 2^{ème} proposition : réveil (s) une à deux fois par nuit
- 3^{ème} proposition : réveils trois fois et plus par nuit

-
- 4^{ème} proposition : ne dort plus.

Les patientes devaient répondre par oui ou par non à chacune d'entre elles.

- **Le questionnaire Hospital Anxiety and Depression (HAD) : (Annexes : Echelle 8)**

Cette échelle a été développée par Zigmond et Snaith (16), puis traduite et validée par Bocéréan et Dupret (39). Ce questionnaire permet d'évaluer le contexte anxieux et dépressif lié aux manifestations algiques chroniques. L'échelle HAD est constituée de sept questions évaluant l'anxiété et de sept questions évaluant la dépression. Chaque item est coté de 0 à 3. Le score maximal de chaque partie est de 21. Un score entre 8 et 10 /21 pour chaque versant évoque une symptomatologie anxieuse ou dépressive suspecte. Un score supérieur ou égal à 11/21 pour chaque versant évoque une symptomatologie anxieuse ou dépressive confirmée.

- **Le questionnaire de Beck abrégé: (Annexes : Echelle 9)**

Ce questionnaire a été publié pour la première fois en 1961 par le psychiatre Aaron Beck (40) et a été révisé en 1996. Il permet de qualifier la symptomatologie dépressive. Il est composé de 13 items. Chaque item est coté de 0 à 3. Le score maximal est de 39. Un score entre 4 et 7 indique une

dépression légère, un score entre 8 et 15 indique une dépression modérée et un score supérieur à 16 indique lui une dépression sévère.

- **Le catastrophisme ou Pain Catastrophizing Scale : (Annexes : Echelle 10)**

Le catastrophisme se définit par une réponse comportementale et affective exagérément négative. Il se caractérise par la focalisation de la personne sur les aspects négatifs de son expérience douloureuse. Cela a pour conséquence une amplification de la douleur.

En 1995, M. Sullivan et J. Bishop ont proposé une échelle contenant 13 items permettant d'identifier et de quantifier le catastrophisme de chaque patient douloureux (41)(42). Chaque item est coté de 0 (pas du tout) à 4 (en permanence). Cette échelle regroupe 3 sous-groupes permettant d'évaluer la rumination, l'exagération et la vulnérabilité. Le score peut donc varier de 0 à 52. Un score supérieur à 23 a été choisi pour définir le risque de catastrophisme ; ce nombre étant la moyenne chez la population étudiée.

- **L'EQ-VAS : (Annexes : Echelle 11)**

L'échelle EQ-VAS est un auto-questionnaire indiquant la qualité de l'état de santé des patientes. C'est une échelle verticale, graduée de 0 à 100 et qui mesure 20 cm. Le score de 100 représente le meilleur état de santé et 0 représente le pire état de santé.

V. Analyses statistiques :

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel *BiostaTGV* et a été conseillée par la Maison Régionale de la Recherche Clinique au pôle de santé publique du CHRU de Lille.

Les réponses ont été converties en variables qualitatives et comparées par le test exact de Fisher ou le test de Chi2. Les variables qualitatives étaient décrites en fréquence (pourcentage). Les variables quantitatives ont été comparées par un test de Mann-Whitney. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne (+/- Ecart Type).

Le seuil $p=0.05$ a été choisi comme le seuil de significativité statistique.

Résultats

I. Caractéristiques générales des patientes :

Nous avons inclus 150 patientes atteintes d'endométriose pelvienne dans l'étude entre octobre 2013 et juin 2017. Les caractéristiques générales des patientes sont résumées dans les tableaux 1 et 2.

I. a. Données administratives et anamnestiques :

Dans cette étude, la moyenne d'âge de la population étudiée était de 35,7 ans (+/- 11,42).

Trente-quatre patientes sur 150 n'avaient pas d'éléments dans leurs dossiers médicaux permettant d'évaluer le stade de la maladie. Parmi les 116 patientes restantes, 36 patientes (soit 31%) étaient atteintes d'endométriose stade 1 ; 28 patientes (soit 24%) au stade 2 ; 16 patientes (soit 13,7%) au stade 3 et 30 patientes (soit 30,1%) au stade 4.

Soixante-seize patientes, soit 50,6% de la population totale avaient au moins un enfant.

Parmi les 150 patientes, les antécédents chirurgicaux n'avaient pas pu être retrouvés pour trois patientes. Sur les 147 patientes restantes, 126 patientes (soit 85,7%) avaient subi un geste chirurgical dans le cadre de la maladie ; pour 123 (soit 97,6%) d'entre elles par voie coelioscopique et 19 patientes (soit 15%) par laparotomie soit de conversion soit d'emblée. Une prise en charge chirurgicale était entreprise afin de confirmer le diagnostic pour 47 patientes (soit 37,3%) ; afin de pratiquer une exérèse la plus complète possible d'éléments endométriosiques pour 101 patientes (soit 80,1%) ; en premier temps avant une prise en charge AMP pour 18 patientes (soit 14,2%). 27 patientes (soit 21,4%) avaient subi une résection d'une lésion localisée au niveau digestif et 13 patientes (soit 10,3%) avaient subi une résection d'une lésion sur l'appareil urinaire.

Les antécédents de prise en charge de l'infertilité dans un service d'AMP avaient été retrouvés pour 48 patientes (soit 33,3%) sur 144 patientes. Pour les six patientes restantes, cet élément n'avait pas pu être retrouvé.

I. b. Caractéristiques de la douleur :

Les patientes présentaient des douleurs localisées pour 120 d'entre elles (soit 80%) au niveau hypogastrique, 107 (soit 71,3%) au niveau de la fosse iliaque gauche et 104 (soit 69,3%) au niveau de la fosse iliaque droite. D'autres localisations des douleurs étaient fréquentes : chez 74 patientes (soit 49,3%) de l'étude présentaient une douleur

en fosse lombaire droite, en fosse lombaire gauche pour 67 patientes (soit 44,6%). 61 patientes (40,6%) avaient une douleur au niveau de la fesse gauche et 59 patientes (39,3%) avaient une douleur au niveau de la fesse droite.

Pour 91 patientes parmi 148 patientes ayant répondu au questionnaire (soit 61,5%), les douleurs étaient présentes depuis quelques années.

Les douleurs étaient présentes en permanence pour 49 patientes (soit 33,1%) et quotidiennes pour 41 patientes (27,7%) parmi 148 patientes ayant répondu au questionnaire.

Des facteurs aggravants les douleurs avaient été mis en évidence. Aller à la selle aggravait les douleurs chez 83 patientes sur 142 patientes (soit 58,4 %). Chez 106 patientes sur 139 (soit 76,2%), les rapports sexuels accentuaient les douleurs. Les douleurs étaient majorées lors des menstruations chez 82 patientes sur 115 patientes (soit 71,3%) et lors des mictions chez 39 patientes sur 115 patientes (soit 33,9%).

I. c. Echelle numérique :

142 patientes avaient répondu au questionnaire de l'échelle numérique. Les patientes avaient une intensité des douleurs cotée en moyenne à 5,34 (+/- 2,2) ; donc modérée de façon habituelle.

Aux pires moments, les patientes présentaient une douleur qualifiée d'intense avec en moyenne, une échelle numérique à 8,6 (+/- 1,4).

Et dans les meilleurs moments, les patientes présentaient une douleur qualifiée de faible, avec en moyenne une échelle numérique à 2,4 (+/- 2,2).

I. d. Questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties (DN4) *interview* :

Au total, 149 patientes avaient répondu au DN4 *interview*. 54 patientes (soit 36%) présentaient un DN4 *interview* supérieur ou égal à 3. Chez ces patientes, le caractère neuropathique des douleurs pouvaient donc être évoqué. Et 95 patientes (soit 63,3%) avaient un DN4 *interview* inférieur à 3.

I. e. Questionnaire Douleur de Saint Antoine (QDSA) *abrégé* :

144 patientes avaient répondu au questionnaire QDSA *abrégé*. En moyenne, le QDSA *abrégé* total était de 28,1 (+/- 12,8) sur 64. Le versant sensoriel du QDSA *abrégé* était en moyenne de 13,7 (+/- 6,8) sur 36 et le versant affectif du QDSA *abrégé* était en moyenne de 14,4 (+/- 7,6) sur 28.

I. f. La qualité du sommeil :

120 patientes avaient répondu au questionnaire concernant la qualité de leur sommeil. Parmi elles, 28 (soit 23,3%) avaient constaté des difficultés d'endormissement. 51 patientes (soit 42,5%) se réveillaient une à deux fois par nuit. 47 patientes (soit 39,2%) se réveillaient plus de trois fois par nuit et 9 patientes (soit 7,5%) avouaient ne plus dormir.

I. g. Le questionnaire Hospital Anxiety and Depression (HAD) :

124 patientes avaient répondu au questionnaire HAD. En moyenne, le score HAD total de ces patientes était de 16,7 (+/- 7,5) ; avec un score moyen de 6,87 (+/- 4,2) sur 21 concernant le score Anxiété et un score moyen de 9,76 (+/- 4,3) sur 21 concernant le score Dépression. On constate donc chez les patientes atteintes d'endométriose pelvienne que les douleurs chroniques ne sont pas associées à une symptomatologie anxieuse et que les douleurs chroniques sont associées à une symptomatologie dépressive douteuse.

I. h. Le questionnaire de Beck abrégé :

138 patientes avaient répondu au questionnaire de Beck abrégé. Le score moyen était de 9,04 (+/- 5,9), ce qui confirmait la présence d'une symptomatologie dépressive qualifiée de modérée associée à la maladie.

I. i. Le score de catastrophisme PCS :

80 patientes avaient répondu à ce questionnaire. Le score moyen était de 22,83 (+/-14,1). Il existait donc un risque de développer une réponse comportementale et affective inadaptée liée aux douleurs chroniques engendrées par l'endométriose.

I. j. L'Eq-VAS :

Parmi la population étudiée, 81 patientes avaient répondu au questionnaire Eq-VAS. Le niveau moyen de qualité de vie selon ses patients était de 48,65 / 100 (+/-21,7).

II. Analyse des facteurs de risque de survenue de la douleur en fonction du DN4 *interview* :

II. a. Définition des deux groupes :

Au vu des hypothèses physiopathologiques de la genèse des douleurs d'endométriose et de la forte incidence de douleurs neuropathiques, il est apparu souhaitable de déterminer s'il existait des différences entre les patientes présentant ou non des douleurs neuropathiques parmi la population étudiée.

Dans le premier groupe (n=54) était regroupé les patientes ayant un score supérieur ou égal à 3 au DN4 *interview* (DN4 \geq 3). Et le second groupe (n=95) regroupait les patientes ayant un score inférieur à 3 au DN4 *interview* (DN4<3). Les caractéristiques de la douleur dans ces deux groupes ont été analysées.

II. b. Les variables qualitatives :

Les résultats des différents facteurs étudiés concernant les variables qualitatives sont présentées dans le tableau 1.

La parité avait un impact négatif sur la survenue de douleur neuropathique ($p : 0,003$). La sévérité de la maladie n'était pas prédictive de l'apparition de douleur neuropathique.

L'étude n'avait pas révélé de corrélation entre les patientes prises en charge chirurgicalement et l'existence de douleur neuropathique ($p : 0,81$) ; ni avec le choix de la voie d'abord chirurgicale (par coelioscopie : $p : 1$; et par laparotomie : $p : 0,19$). Il a été mis en évidence un lien significatif entre la résection complète des lésions endométriosiques et l'absence de douleur de type neuropathique (DN4 *interview* < 3) ($p : 0,02$).

Parmi les 48 patientes ayant entrepris des démarches d'AMP, 19 (soit 37%) souffraient de douleurs neuropathiques. Ces patientes avaient tendance à être plus à risque de douleur neuropathique, sans que cela ne soit significatif ($p : 0,57$) (**voir tableau 1a**).

Tableau 1a : Analyse des variables qualitatives étudiées en fonction du DN4 interview.

	Population n=150	DN4interview w≥3	DN4interview w<3	OR IC à 95%	Degré de Significativité
Parité (≥1 enfant)	76 (50,6%)	19 (35,2%)	57 (60%)	0.36454 [0.1699;0.76]	0,003
Stade (116 pat.)					
1	36 (31%)	14 (31,8%)	22 (30,5%)	1.0601 [0.4318;2.5]	1
2	28 (24%)	11 (25%)	17 (23,6%)	1.0777 [0.4034;	1
3	16 (13,7%)	8 (11,1%)	8 (18,2%)	1.7687 [0.5289;	0,40
4	35 (30%)	10 (22,7%)	24 (33,3%)	0.5909 [0.22;1.4]	0,29
Chirurgie (147 pat.)	126 (85,7%)	45 (84,9%)	81 (86,1%)	0.9034 [0.3185;	0,81
Par coelioscopie	123 (97,6%)	44 (97,7%)	79 (97,5%)	1.113 [0.05;67.	1
Par laparotomie	19 (15%)	4 (8,8%)	15 (18,5%)	0.4319 [0.0976 ;	0,19
Diagnostique	47 (37,3%)	20 (44,4%)	26 (32%)	1.6851 [0.7439 ;	0,18
Résection complète EP	101 (80,1%)	31 (68,8%)	70 (86,4%)	0.3511 [0.1281 ;	0,02
Pré-AMP	18 (14,2%)	9 (20%)	9 (11,1%)	1.9884 [0.6383 ;	0,19
Résection digestive	27 (21,4%)	11 (24,4%)	17 (20,9%)	1.216 [0.4592 ;	0,66
Résection urinaire	13 (10,3%)	5 (11,1%)	8 (9,8%)	1.1394 [0.27;4.2]	1
PEC AMP (144 pat.)	48 (33,3%)	19 (37,2%)	29 (31,5%)	1.2875 [0.587;2.799]	0,57

Résultats exprimés en nombre de cas (%)

Test statistique de Fisher, p-value < 0,05

DN4 interview ≥ 3 ou < 3 : Questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties interview « positif » : supérieur ou égal à 3, ou « négatif » : inférieur à 3

OR IC 95% : Odds Ratio : Intervalle de Confiance à 95%

Stade : selon classification AFSr, stade1 : minime ; stade 2 : modérée ;stade3 : moyenne ;stade4 : sévère

Résection complète EP : résection complète des lésions d'endométriose pelvienne

PEC AMP : prise en charge Assistance Médicale à la Procréation

Tableau 1b : Analyse de la localisation des douleurs des patientes atteintes d'endométriose dans les groupes de patientes avec un DN4 interview ≥ 3 et avec un DN4 interview < 3 .

Localisation	Population n=150	DN4 interview ≥ 3 n=54	DN4 interview < 3 n=95	OR IC à 95%	Degré de Significativité p
Hypochondre droit	18 (12%)	10 (18,5%)	8 (8,4%)	2.4555 [0.8081;7.716]	0,11
Epigastre	13 (8,6%)	7 (12,9%)	6 (6,3%)	2.1967 [0.5942;8.406]	0,22
Hypochondre gauche	12 (8%)	7 (12,9%)	5 (5,2%)	2.6619 [0.685;11.246]	0,12
Flanc droit	41 (27,3%)	16 (29,6%)	25 (26,3%)	1.1776 [0.5197;2.622]	0,70
Périombilicale	43 (28,6%)	17 (31,5%)	26 (27,3%)	1.2177 [0.5455;2.679]	0,70
Flanc gauche	35 (23,3%)	9 (16,6%)	26 (27,3%)	0.5329 [0.2005;1.308]	0,16
Fosse iliaque droite	104 (69,3%)	37 (68,5%)	66 (69,5%)	0.9566 [0.44;2.1169]	1
Hypogastre	120 (80%)	43 (79,6%)	76 (80%)	0.9774 [0.3977;2.499]	1
Fosse iliaque gauche	107 (71,3%)	37 (68,5%)	69 (72,6%)	0.8212 [0.3732;1.833]	0,70
Fosse lombaire gauche	67 (44,6%)	29 (53,7%)	38 (40%)	1.7335 [0.8395;3.609]	0,12
Fosse lombaire droite	74 (49,3%)	33 (61,1%)	41 (43,1%)	2.0594 [0.9933;4.342]	0,04
Fesse gauche	61 (40,6%)	24 (44,4%)	36 (37,9%)	1.3087 [0.6276;2.724]	0,48
Fesse droite	59 (39,3%)	23 (42,6%)	36 (37,9%)	1.2143 [0.5802;2.531]	0,60
Cuisse gauche	20 (13,3%)	14 (25,9%)	6 (6,3%)	5.1285 [1.7016;17.52]	0,001
Cuisse droite	17 (11,3%)	11 (20,3%)	6 (6,3%)	3.7574 [1.181;13.248]	0,01

Résultats exprimés en nombre de cas (%) Test statistique de Fisher, p-value $< 0,05$ DN4 interview ≥ 3 ou < 3 : Questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties interview « positif » : supérieur ou égal à 3, ou « négatif » : inférieur à 3 ; OD IC 95% : Odds Ratio : Intervalle de Confiance à 95%

Les patientes du groupe « DN4interview \geq 3 : positif » indiquaient une douleur localisée de façon significative en fosse lombaire droite (p : 0,04) et à la face postérieure de la cuisse gauche (p : 0,001) et droite (p : 0,01) (**voir tableau 1b**) .

Tableau 1c : Analyse de la durée des douleurs des patientes atteintes d'endométriose dans les groupes de patientes avec un DN4 interview \geq 3 et avec un DN4 interview $<$ 3.

Durée	Population n=150	DN4interview \geq 3 n=54	DN4interview $<$ 3 n=95	OR IC à 95%	Degré de Significativité p
Quelques jours	0	0	0	/	/
Quelques semaines	1 (0,7 %)	0	1 (1%)	/	1
Quelques mois	5 (3,8%)	2 (3,8%)	3 (3,2%)	1.1781 [0.0956;10.6308]	1
Six mois	19 (12,8%)	6 (11,3%)	13 (13,8%)	0.7966 [0.2322;2.4322]	0,80
Une année	32 (21,6%)	17 (32%)	15 (15,9%)	2.4705 [1.034; 5.9776]	0,03
Quelques années	91 (61,5%)	27 (50,9%)	63 (67%)	0.5134 [0.2426;1.0794]	0,07

Résultats exprimés en nombre de cas (%) Test statistique de Fisher, p-value < 0,05

DN4 interview \geq 3 ou $<$ 3 : Questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties interview « positif » : supérieur ou égal à 3, ou « négatif » : inférieur à 3 ; OR IC 95% :Odds Ratio : Intervalle de Confiance à 95%

Les douleurs étaient présentes depuis plus d'une année dans le groupe « DN4interview \geq 3 » de façon significative (p : 0,03). A noter que les patientes atteintes d'endométriose du groupe « DN4interview \geq 3 » avaient tendance à présenter des douleurs depuis quelques années, sans que ce ne soit significatif (p : 0,07) (**voir tableau 1c**).

Tableau 1d : Analyse de la fréquence des douleurs des patientes atteintes d'endométriose dans les groupes de patientes avec un DN4 interview ≥ 3 et avec un DN4 interview < 3 .

Fréquence	Population n=150	DN4 interview ≥ 3 n=54	DN4 interview < 3 n=95	OR IC à 95%	Degré de Significativité p
Sans interruption	49 (33,1%)	25 (47,2%)	24 (25,5%)	2.5861 [1.2016;5.6305]	0,01
1/jour	1 (0,7%)	0	1 (1%)	/	1
+ 1/jour	41 (27,7%)	15 (28,3%)	26 (27,6%)	1.0322 [0.4499 ; 2.314]	1
1/semaine	3 (2%)	0	3 (3,2%)	/	0,55
+1/semaine	14 (9,5%)	4 (7,5%)	10 (10,6%)	0.6817 [0.1482;2.5216]	0,77
-1/semaine	1 (0,7 %)	1 (1,9%)	0	/	0,36
Variable	49 (33,1%)	14 (26,4%)	34 (36,1%)	0.6299 [0.275; 1.386]	0,27

Résultats exprimés en nombre de cas (%) Test statistique de Fisher, p-value < 0,05

DN4 interview ≥ 3 ou < 3 : Questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties interview « positif » : supérieur ou égal à 3, ou « négatif » : inférieur à 3 ;

OR IC 95% : Odds Ratio : Intervalle de Confiance à 95%

Les douleurs des patientes souffrant d'endométriose du groupe « DN4 interview ≥ 3 » étaient présentes de façon permanente de façon significative (p : 0,01) (**voir tableau 1d**).

D'après l'analyse des facteurs aggravants la douleur, la miction semblait aggraver les douleurs des patientes du « groupe DN4 interview ≥ 3 » de façon significative ($p : 0,04$) (voir tableau 1e).

Tableau 1e : Analyse des facteurs aggravants les douleurs des patientes atteintes d'endométriose dans les groupes de patientes avec un DN4 interview ≥ 3 et avec un DN4 interview < 3 .

Facteurs aggravants	Population n=150	DN4interview ≥ 3 n=54	DN4interview < 3 n=95	OR IC à 95%	Degré de Significativité p
Aller à la selle	83 (58,4%)	33 (61%)	49 (51%)	1.2488 [0.5945; 2.6537]	0,60
Uriner	39 (33,9%)	20 (37%)	18 (18%)	2.3373 [0.9858; 5.6215]	0,04
Rapports sexuels	106 (76,2%)	43 (79%)	62 (65%)	1.6586 [0.68; 4.3014]	0,30
Règles	82 (71,3%)	32 (59%)	49 (51%)	0.841 [0.3397 ; 2.1063]	0,67

Résultats exprimés en nombre de cas (%) Test statistique de Fisher, p -value $< 0,05$

DN4 interview ≥ 3 ou < 3 : Questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties interview « positif » : supérieur ou égal à 3, ou « négatif » : inférieur à 3 ;

OR IC 95% : Odds Ratio : Intervalle de Confiance à 95%

Tableau 1f: Analyse de la qualité de sommeil des patientes atteintes d'endométriose dans les groupes de patientes avec un DN4 interview ≥ 3 et avec un DN4 interview < 3 .

Qualité du sommeil	Population n=150	DN4interview ≥ 3 n=54	DN4interview < 3 n=95	OR IC à 95%	Degré de Significativité p
Gêne à l'endormissement	28 (23,3%)	14 (31,1%)	14 (18,9%)	1.9243 [0.746;4.982]	0,18
Réveils ½ fois	51 (42,5%)	22 (48,9%)	29 (39,2%)	1.4792 [0.656;3.349]	0,34
3 fois et +	47 (39,2%)	19 (42,2%)	27 (36,5%)	1.2695 [0.554;2.896]	0,56
Ne dort plus	9 (7,5%)	2 (4,4%)	7 (9,5%)	0.4479 [0.043;2.501]	0,48

Résultats exprimés en nombre de cas (%) Test statistique de Fisher, p-value $< 0,05$; DN4 interview ≥ 3 ou < 3 : Questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties interview « positif » : supérieur ou égal à 3, ou « négatif » : inférieur à 3 ;

OR IC 95% : Odds Ratio : Intervalle de Confiance à 95%

Dans les groupes « DN4 interview ≥ 3 » et « DN4 interview < 3 », il n'existait pas de différence significative des troubles du sommeil (**voir tableau 1f**).

II. c. Les variables quantitatives :

Les moyennes d'âge, de l'Echelle Numérique, du QDSA, de l'HAD, du Beck, du catastrophisme (PCS) et de l'EqVAS ont été analysées dans le groupe présentant un DN4interview ≥ 3 et dans le groupe présentant un DN4 interview < 3 . Les résultats ont été transposés dans les **tableaux 2 et 3**.

Parmi les variables quantitatives, l'âge des patientes semblait prédictif de douleur neuropathique (p : 0,05).

Les moyennes de l'Echelle Numérique *habituelle* et *minimale* étaient significativement différentes ($p : 0,009$ et $p : 0,006$) entre les groupes « DN4 *interview* ≥ 3 » et « DN4 *interview* < 3 ». Celles-ci étaient plus élevées dans le groupe « DN4 *interview* ≥ 3 ».

Les moyennes des sous-scores et du score total du QDSA étaient significativement différentes entre les deux groupes ($p : 0,02$ pour le QDSA affectif et $p < 0,001$ pour le QDSA sensoriel et total).

L'analyse n'avait pas permis de déterminer s'il existait une différence significative entre les deux groupes concernant le score HAD et le Beck.

Le groupe « DN4 *interview* ≥ 3 » présentait une moyenne du PCS plus élevée ($p : 0,001$) que le groupe « DN4 *interview* < 3 ».

Les patientes du groupe « DN4 *interview* ≥ 3 » avaient en moyenne une qualité de vie plus altérée que celles du groupe « DN4 *interview* < 3 » de façon significative ($p : 0,01$).

Tableau 2 : Analyse des scores de la douleur et comportementaux en fonction du score DN4 interview.

	Population n=150	DN4interview ≥3 n=54	DN4interview <3 n=95	Degré de significativité p
Age (années)	35,7 (+/-11,4)	34,8 (+/-6,9)	36,9 (+/-6,4)	0,05
EN habituelle /10	5,3 (+/-2,2)	6,0 (+/-2,2)	4,9 (+/-2,1)	0,009
EN max /10	8,6 (+/-1,4)	8,9 (+/-1,1)	8,4 (+/-1,5)	0,14
EN min /10	2,4 (+/-2,2)	3,2 (+/-2,6)	1,9 (+/-1,8)	0,006
QDSA sensoriel / 36	13,7 (+/-6,8)	18,5 (+/-6,1)	10,8 (+/-5,4)	<0,001
QDSA affectif / 28	14,4 (+/-7,6)	16,2 (+/-7,5)	13,3 (+/-7,8)	0,02
QDSA total/ 64	28,1 (+/-12,8)	34,7 (+/-12,2)	24,1 (+/-11,5)	<0,001
HAD anxiété/ 21	6,8 (+/-4,2)	7,1 (+/-4,3)	6,6 (+/-4,1)	0,50
HAD dépression / 21	9,7 (+/-4,3)	9,2 (+/-4,0)	10,1 (+/-4,5)	0,40
HAD total/ 42	16,7 (+/-7,5)	16,1(+/-7,3)	16,9 (+/-7,6)	0,46
Beck /39	9,04 (+/-5,9)	9,97 (+/-6,0)	8,60 (+/-5,8)	0,21
Catastrophisme/ 52	22,8 (+/-14,1)	30,15 (+/-13,06)	19,31 (+/-13,3)	0,001
EqVAS/ 100	48,6 (+/-21,7)	40,4 (+/-20,5)	52,7 (+/-21,3)	0,01

Résultats exprimés en moyenne (+/- écart-type) ; Test statistique de Mann-Whitney, p-value<0,05

DN4 interview ≥ 3 ou < 3 : Questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties interview « positif » : supérieur ou égal à 3, ou « négatif » : inférieur à 3 ;

EN habituelle : Echelle Numérique habituelle ; EN max : Echelle Numérique maximale ; EN min : Echelle Numérique minimale ; QDSA sensoriel : versant sensoriel du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; QDSA affectif : versant affectif du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; QDSA total : total du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; HAD anxiété : versant anxiété du Hospital Anxiety and Depression ; HAD dépression : versant dépression du Hospital Anxiety and Depression ; HAD total : total du Hospital Anxiety and Depression ; EqVAS : Visual Analogue Scale in the EQ-5D.

Tableau 3 : Analyse de corrélation entre les scores de la douleur et comportementaux et le DN4interview.

	Dn4≥3	Dn4<3	p	OR, IC 95%
En habituelle>3	45/52	69/89	0,267	1.8556 [0.683;5.6327]
QDSA sensoriel >13	40/53	28/89	<0,001	6.6028 [2.9269 ; 15.7174]
QDSA affectif >14	32/53	42/89	0.164	1.6987 [0.8101 ; 3.6146]
QDSA total >28	35/53	35/89	0,003	2.9759 [1.3954 ; 6.5199]
HD ≥8	17/44	32/77	0,847	0.8863 [0.3848 ; 2.0117]
HA ≥8	30/44	12/77	<0,001	11.2975 [4.4194 ; 31.009]
HAD>16	21/44	41/77	0.576	0.8032 [0.3571 ; 1.7976]
PCS >23	18/48	21/89	0,11	1.933 [0.8405 ; 4.4459]
Beck≥8	26/47	44/88	0,59	1.2361 [0.5734 ; 2.686]
EqVAS ≥50	10/26	33/88	1	1.0413 [0.3753 ; 2.7824]

Test statistique de Fisher ou de Chi2 ; Dn4≥3 : Questionnaire de Douleur Neuropathique en 4 Parties interview ≥3/7 ; Dn4<3 : Questionnaire de Douleur Neuropathique en 4 Parties interview <3/7 ; p : degré de significativité, p-value < 0,05 ;OR IC 95% : Odds Ratio, Intervalle de Confiance à 95% ; EN habituelle : Echelle Numérique habituelle ; QDSA sensoriel : versant sensoriel du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; QDSA affectif : versant affectif du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; QDSA total : total du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; HAD anxiété : versant anxiété du Hospital Anxiety and Depression ; HAD dépression : versant dépression du Hospital Anxiety and Depression ; HAD total : total du Hospital Anxiety and Depression ; PCS : Pain Catastrophizing Scale ; EqVAS : Visual Analogue Scale in the EQ-5D.

III. Analyse des facteurs de survenue de la douleur en fonction du score de catastrophisme :

Au vu des résultats précédents, il était apparu souhaitable de déterminer s'il existait des différences significatives entre les patientes présentant un catastrophisme ou non. Les résultats ont été transposés dans les **tableaux 4 et 5**.

Les facteurs démographiques et anamnestiques tels que l'âge, la parité, le stade de sévérité, les prises en charges en chirurgie et en AMP n'étaient pas prédictifs d'un score de catastrophisme élevé.

Par contre, le nombre de patientes ayant un DN4 *interview* ≥ 3 était plus élevée dans le groupe « PCS ≥ 23 » que dans le groupe « PCS < 23 » de façon significative (p : 0,003).

Les Echelles numériques de la douleur *habituelle* et *maximale* étaient plus élevées dans le groupe « PCS ≥ 23 » que dans le groupe « PCS < 23 » de façon significative (p : 0,05 et p : 0,02).

Il existait une différence entre les deux groupes concernant le score QDSA total et les deux sous-scores du QDSA de façon très significative (p $< 0,001$ pour les trois scores).

Le groupe « PCS ≥ 23 » présentait de façon significative une différence avec le groupe « PCS < 23 » concernant l'HAD (p : 0,07), le Beck (p : 0,001), ceux-ci étaient plus élevés dans le premier groupe. Le groupe « PCS ≥ 23 » avait en moyenne une qualité de vie plus altérée de façon significative avec le groupe « PCS < 23 » (p : 0,012).

Tableau 4 : Analyse des scores de la douleur et comportementaux en fonction du score de catastrophisme (PCS)

	Groupe 1 Catastrophisme ≥23 n= 41	Groupe Catastrophisme <23 n=39	Degré de significativité p	OR IC à 95%
Age	34,39 (+/-6,08)	36,48 (+/-7,2)	0.162	
Stade	31 patientes	27 patientes		
1	8 (25,8 %)	7 (25,9%)	1	0.9939 [0.261;3.8575]
2	10 (32,2%)	5 (18,5%)	0,36	2.0689 [0.5336;9.0801]
3	4 (12,9%)	5 (18,5%)	0,71	0.6567 [0.1154;3.4659]
4	9 (29%)	6 (22,2%)	0,76	1.423 [0.3744;5.777]
Parité	19 (46,3%)	21 (53,8%)	0.65	0.7431 [0.2803 ; 1.9496]
Chirurgie	32 (78,04%)	33 (84,6%)	0,57	0.65 [0.1694 ; 2.3212]
AMP	16 (39,02%)	10 (25,6%)	0,23	1.8416 [0.6485;5.4394]
QDSA total	34,02 (+/-12,2) 39 patientes	19,51 (+/-9,8) 37 patientes	<0,001	
Sensitif	16,5 (+/-6,3)	10,2 (+/-5,3)	<0,001	
Affectif	17,5 (+/-7,08)	9,2 (+/-5,9)	<0,001	
HAD total	17,6 (+/- 7,07) 35 patientes	14,6 (+/- 7,8) 29 patientes	0.07	
Beck	10,6 (+/- 5,6) 36 patientes	6,75 (+/-6,06) 36 patientes	0.001	
EqVAS	41,5 (+/-20,2) 41 patientes	54,5 (+/-20,3) 39 patientes	0.012	
EN habituelle	5,59 (+/-2,4)	4,58 (+/-2,03)	0,05	
EN max	8,78 (+/-1,1)	8,03 (+/-1,65)	0,02	
EN min	2,77 (+/-2,6)	1,73 (+/-1,5)	0,11	

Résultats exprimés en nombre de cas (%) Test statistique de Fisher, p-value < 0,05 ; Résultats exprimés en moyenne (+/- écart-type) ; Test statistique de Student, p-value<0,05 ; Stade : selon classification AFSr, stade1 : minime ; stade 2 : modérée ;stade3 : moyenne ;stade4 : sévère ; Parité : ≥1 enfant ; AMP : Prise en charge par l'Aide Médicale à la Procréation ; DN4interview : Douleur Neuropathique en 4 parties ;QDSA sensoriel : versant sensoriel du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; QDSA affectif : versant affectif du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; QDSA total : total du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; HAD total : total du Hospital Anxiety and Depression ; EqVAS : Visual Analogue Scale in the EQ-5D ; EN habituelle : Echelle Numérique habituelle ; EN max : Echelle Numérique maximale ; EN min : Echelle Numérique minimale ; OR IC 95% : Odds Ratio : Intervalle de Confiance à 95%

Tableau 5 : Analyse de corrélation entre les divers scores étudiés et le PCS

	PCS≥23	PCS<23	p	OR, IC 95%
EN habituelle >3	34/39	30/37	0,53	1.577 [0.384 ; 7.012]
DN4 interview ≥3	19/40	6/38	0,003	4.7248 [1.5026 ; 16.9627]
QDSA sensoriel >13	24/40	11/38	0,006	3.6166 [1.3032 ; 10.5913]
QDSA Affectif >14	26/40	7/38	<0,001	7.9705 [2.6115 ; 27.3366]
QDSA total >28	28/40	6/38	<0,001	11.9496 [3.7127;44.7551]
HAD total >16	15/40	8/38	0,139	2.2266 [0.7407 ; 7.1415]
Beck ≥8	22/40	11/38	0,02	2.9562 [1.0695 ; 8.5722]
EqVAS ≥50	16/40	25/38	0,02	0.3516 [0.1243 ; 0.9559]

Test statistique de Fisher ou de Chi2 ; PCS : Pain Catastrophizing Scale ; p : degré de significativité, p-value < 0,05 ; OR, IC 95% : Odds Ratio, Intervalle de Confiance à 95% ; EN habituelle : Echelle Numérique habituelle ; Dn4≥3 : Questionnaire de Douleur Neuropathique en 4 Parties interview ≥3/7 ; QDSA sensoriel : versant sensoriel du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; QDSA affectif : versant affectif du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; QDSA total : total du Questionnaire Douleur de Saint-Antoine ; HAD total : total du Hospital Anxiety and Depression ; EqVAS : Visual Analogue Scale in the EQ-5D.

IV. Analyse des facteurs de risque de survenue de la douleur selon la voie d'abord chirurgicale :

Nous avons souhaité étudier les conséquences thérapeutiques de la maladie. Pour cela, nous avons analysé les différents éléments (EN, DN4 interview, EqVAS, la parité et le PCS) pour savoir s'il existait une différence significative entre les groupes ayant subi une laparotomie ou non et entre les groupes ayant subi une cœlioscopie ou

non. Les différents résultats ont été transposés dans le **tableau 6** ci-dessous. L'analyse n'avait pas permis de conclure à une différence significative entre ces groupes.

Tableau 6 : Analyse des scores de la douleur et comportementaux selon les voies d'abord chirurgicales (laparotomie et cœlioscopie)

	Groupe laparotomie n=20	Groupe Non laparotomie n=128	Degré de significativité p	Groupe Cœlioscopie n=125	Groupe non cœlioscopie n=23	Degré de significativité p
EN habituel/10	5,75 (+/1,9)	5,33(+/2,2)	0,367	5,25(+/-2,2)	6,01(+/-2,1)	0,215
EN max/10	8,72 (+/1,1)	8,63(+/1,4)	0,976	8,64 (+/-1,4)	8,58(+/-1,2)	0,706
EN min/10	2,87 (+/2,6)	2,36(+/2,1)	0,481	2,37 (+/-2,1)	2,80 (+/-2,5)	0,611
DN4interview≥3	5 (25%)	49 (38,5%)	0,32 0,5327 [0.1423; 1.668]	45 (36%)	9 (39%)	0,81 0,8868 [0.3266;2.5207]
EqVAS	44,9(+/18,4)	49,3(+/22,2)	0,462	48,9(+/20,6)	47,3(+/26,5)	0,878
Parité	13 (65%)	63 (49,2%)	0,232 1,9 [0.6562;6.0375]	65 (52%)	11 (47,8%)	0,821 1,18 [0.4397;3.1986]
PCS	26,6(+/8,5)	22,7(+/13,9)	0,353	22,5(+/14,3)	23,8(+/13,6)	0,677

Résultats exprimés en nombre de cas (%) pour les variables qualitatives Test statistique de Fisher, p-value < 0,05 ; Résultats exprimés en moyenne (+/- écart-type) pour les variables quantitatives ; Test statistique de Student, p-value<0,05 ; EN habituelle : Echelle Numérique habituelle ; EN max : Echelle Numérique maximale ; EN min : Echelle Numérique minimale ; DN4interview : Douleur Neuropathique en 4 parties ; EqVAS : Visual Analogue Scale in the EQ-5D ; EN habituelle : Echelle Numérique habituelle ; Parité : ≥1 enfant ;Catastrophisme (PCS) ; OR IC 95% : Odds Ratio : Intervalle de Confiance à 95%

Afin de compléter notre analyse des conséquences thérapeutiques, nous avons souhaité savoir s'il existait des différences significatives entre les patientes ayant subi une résection de lésion endométriosique au niveau digestif ou non et les patientes ayant

subi une résection de lésion endométriosique au niveau urinaire ou non. Les résultats ont été transposés dans le **tableau 7**. Nous n'avons pas constaté de différences significatives pour chacun des facteurs étudiés.

Tableau 7 : Analyse des scores de la douleur et comportementaux en fonction de la localisation des résections des lésions endométriosiques.

	Groupe résection digestive n=18	Groupe Sans résection n=129	Degré de significativité p	Groupe résection urinaire n=27	Groupe sans résection n=120	Degré de significativité p
EN habituelle /10	4,5 (+/2,5)	5,4 (+/-2,09)	0,069	5,0 (+/-2,05)	5,3 (+/-2,2)	0,61
EN max/10	8,4 (+/1,2)	8,6 (+/-1,4)	0,37	8,65 (+/-1,1)	8,6 (+/-1,4)	0,75
EN min/10	1,7 (+/2,4)	2,2 (+/-2,1)	0,107	1,98 (+/-1,5)	2,4 (+/-2,2)	0,71
DN4interview ≥3	9 (50%)	43 (33,5%)	0,19 1.967 IC à 95% [0.6404; 6.052]	10 (37%)	42 (35%)	1 1.0779 IC à 95% [0.4025;2.7605]
Eqvas/100	49 (+/19,5)	49 (+/-22)	0,98	50,5 (+/-16,8)	48,5 (+/-22,8)	0,62
Parité	7 (38,8%)	68 (52,7%)	0,32 OR : 0.573 IC à 95% [0.1765;1.7381]	11 (40,7%)	64 (53%)	0,28 OR : 0.6037 IC à 95% [0.232;1.518]
PCS	25,6 (+/-11)	22 (+/-14,1)	0,376	24,8 (+/-12,6)	21,8 (+/-14,1)	0,42

Résultats exprimés en nombre de cas (%) pour les variables qualitatives Test statistique de Fisher, p-value < 0,05 ; Résultats exprimés en moyenne (+/- écart-type) pour les variables quantitatives ; Test statistique de Student, p-value<0,05 ; EN habituelle : Echelle Numérique habituelle ; EN max : Echelle Numérique maximale ; EN min : Echelle Numérique minimale ; DN4interview : Douleur Neuropathique en 4 parties ; EqVAS : Visual Analogue Scale in the EQ-5D ; EN habituelle : Echelle Numérique habituelle ; Parité : ≥1 enfant ; Catastrophisme (PCS) ; OR IC 95% : Odds Ratio : Intervalle de Confiance à 95%

Discussion

I. A propos de nos résultats :

Une forte proportion de patientes (36%) est suspecte de douleurs neuropathiques dépistées par le DN4 *interview*. Ce résultat est similaire à l'estimation que Whitaker et *al* ont proposé dans une étude d'évaluation de la présence de douleur neuropathique par le DN4 qu'ils retrouvaient chez 35 % des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques (23). Par comparaison, la prévalence des douleurs neuropathiques de la population française est de 6,9 % selon l'étude de Bouhassira et *al* (43). Le DN4 est également utilisé pour le dépistage des douleurs neuropathiques post-opératoires (44). Les lésions d'endométriose pourraient être à l'origine d'altérations du système nerveux périphérique. L'étude de Bajaj et *al* (45) ont montré une sensibilisation des tissus somatiques et une hyperexcitabilité généralisée du système nociceptif chez les patientes présentant une endométriose symptomatique. Ainsi d'autres mécanismes seraient mis en jeu chez les patientes asymptomatiques et porteuses d'une endométriose sévère.

L'intensité mesurée par l'Echelle Numérique des douleurs est plus élevée dans le groupe de patientes présentant des douleurs neuropathiques. Nous n'avons pas constaté de corrélation entre l'intensité des douleurs et la sévérité des lésions endométriosiques. L'analyse de Fauconnier et *al* n'a pas constaté également de corrélation entre l'intensité des douleurs et la sévérité des lésions (14,46). Cela nous

suggère que les lésions endométriosiques pourraient passer inaperçues et s'infiltrer dans les tissus. Ce qui expliquerait pourquoi Howard (21) a retrouvé chez 30,2 % des femmes présentant des douleurs pelviennes chroniques aucune lésion pelvienne par laparoscopie.

Les douleurs de la population étudiée étaient localisées en fosse lombaire droite pour 49% d'entre elles et pour 61% des patientes présentant des douleurs neuropathiques. Contrairement aux résultats obtenus par Bricou et al (47), où les lésions d'endométriose pelviennes profondes étaient localisées de préférence à gauche, et les lésions digestives étaient situées de préférence à droite.

Nous n'avons pas constaté de majoration de l'incidence de dépression ou d'anxiété évaluées par l'HAD dans le groupe des patientes présentant des douleurs neuropathiques. Des études épidémiologiques suggèrent que 20 à 50 % des patients atteints de douleurs chroniques présentent les critères d'un épisode dépressif majeur (48). La Haute Autorité de Santé recommande d'évaluer le contexte anxieux ou dépressif lié aux manifestations algiques chroniques (49). L'intérêt de l'échelle HAD n'a pas été évalué dans un contexte d'endométriose.

Le versant sensoriel du QDSA est significativement surcôté dans le groupe de patientes présentant des douleurs neuropathiques, ainsi que le score total du QDSA. Ceci peut s'expliquer par le fait que le QDSA sensoriel et le DN4 *interview* ciblent les mêmes éléments.

En ce qui concerne la qualité de vie des patientes, nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature (50). Les douleurs chroniques altèrent la qualité de vie, en effet l'EqVAS du groupe présentant des douleurs neuropathiques est de 40/100 contre 52/100 dans le groupe ne présentant pas de douleurs neuropathiques. L'EqVAS de la population française est estimé à 88/100 selon l'étude de Chevalier (51).

Le catastrophisme (PCS) est un facteur prédictif de douleur neuropathique. A priori, il n'existe pas d'autre étude qui explore ce lien. Les études précédemment faites avaient mis en évidence un lien entre douleur chronique et catastrophisme (52). Le catastrophisme semble également être un facteur associé aux troubles anxieux, aux troubles dépressifs, à une douleur plus intense et semble avoir une répercussion sur la qualité de vie.

L'étude a révélé également un lien entre parité et incidence de douleur neuropathique. En effet, il existait moins de parent dans le groupe présentant des douleurs neuropathiques que dans le groupe ne présentant pas de douleur neuropathique. A notre connaissance, il n'existe pas d'autres éléments dans la littérature qui affirme ou infirme le rapport entre la parité et les douleurs neuropathiques. Est-ce en lien avec l'aspect de la sévérité de l'endométriose et l'infertilité induite ou plutôt aux conséquences des co-morbidités (troubles dépressifs, anxieux) et sociales ?

Les conséquences douloureuses des traitements chirurgicaux ont été évaluées. Les résultats n'ont pas mis en évidence de différences significatives des facteurs étudiés

entre les patientes ayant été opérées par laparotomie ou coelioscopie et entre les patientes ayant subi une résection des lésions endométriosiques digestives et urinaires ou non. Les traitements chirurgicaux par voie coelioscopique ou par laparotomie ne peuvent garantir la disparition totale des douleurs. Dans une étude prospective de cohorte Abott et *al* ont pu montrer que si le traitement chirurgical coelioscopique des lésions d'endométriose améliorait la symptomatologie douloureuse à deux à cinq ans chez 67 % des patientes, il persistait des manifestations plus intenses chez 25% des sujets évalués, 8% n'avaient pas observé de changement de la symptomatologie (53). Il est souhaitable de s'interroger sur les résultats obtenus, dans une étude réalisée par Jarrell et *al* qui après avoir réalisé des laparoscopies avec ou sans excision de lésion d'endométriose ont pu constater une amélioration durable de la douleur dans les groupes excision et laparoscopie factice (54). Il faut rappeler aussi que comme toute opération chirurgicale des douleurs chroniques post-opératoires peuvent apparaître sans lien avec l'endométriose. Les douleurs cicatricielles sont le plus souvent liées aux lésions nerveuses inhérentes à la chirurgie et sont alors définies comme neuropathiques. Il serait donc intéressant de dépister par le DN4 et l'examen clinique des cicatrices les douleurs neuropathiques post-opératoires dans l'endométriose.

II. Limites et biais de l'étude :

Cette étude présentait des limites et des biais qui ont pu interférer avec les résultats obtenus.

Les patientes ont été incluses dans l'étude de façon rétrospective après leur passage en consultation dans le service de la douleur. Certaines patientes ont donc pu ne pas être incluses dans l'étude. Certaines patientes n'ont pas répondu complètement aux différents questionnaires que contenait le document envoyé.

Il s'agit d'une étude monocentrique, de surcroît au sein d'un CHRU. Les patientes incluses dans notre étude étaient recrutées pour la majorité d'entre elles par nos confrères chirurgiens gynécologues. Les données concernant la spécialité des praticiens nous adressant les patientes n'ont pas été recueillies.

Les douleurs pelviennes aiguës liées à l'endométriose seraient à l'origine d'une sensibilisation du système nerveux central inductrice d'une hyperalgésie et d'une chronicisation des phénomènes douloureux (45). Ainsi ni l'histoire de la douleur des patientes ; en particulier l'existence d'une douleur aiguë ou chronique déjà présente ou la situation algique en préopératoire ; ni les différents traitements analgésiques et ni les traitements médicamenteux de l'endométriose n'ont été recueillis. Ces notions semblent importantes pour analyser leur impact sur l'émergence d'une douleur, sa durée, son

intensité. Puisque la douleur évolue au fil du temps, s'amplifie et diminue au gré des événements de vie qui n'ont pas été relevés.

III. Rôle du médecin généraliste :

Les douleurs chroniques concernent directement le médecin généraliste, car il est le premier recours pour les patients douloureux. Le praticien adapte le traitement de la douleur en fonction de ses acquis professionnels, des recommandations et de son expérience pratique. Mais certaines douleurs chroniques rebelles vont mettre le généraliste en échec et vont donc l'inciter à adresser le patient à un spécialiste (chirurgiens, algologues, psychiatres ou autres). La prévention des douleurs chroniques et des douleurs neuropathiques paraît essentielle et le généraliste a une place centrale dans cette action. En effet, le généraliste est le plus à même d'évaluer le patient dans son ensemble.

En détectant les troubles anxieux, les troubles dépressifs, un niveau élevé de catastrophisme et les douleurs préopératoires, le généraliste pourrait instaurer un traitement adapté (anxiolytiques, antidépresseurs, antalgiques) dans l'objectif de prévenir la survenue de douleur chronique postopératoire. Il pourrait également alerter les autres praticiens et initier une psychothérapie en cas de besoin, avant l'intervention chirurgicale.

Conclusion

L'incidence des douleurs chroniques dans le cadre de l'endométriose, et leur retentissement sur la qualité de vie des patientes en font un problème de santé majeur. Il existe une forte proportion de douleur à expression neuropathique : 36% ; ce qui conforte l'hypothèse neuropathique dans la physiopathologie de la genèse des douleurs de l'endométriose.

Le dépistage des patientes à risque par les médecins généralistes et les chirurgiens gynécologues pourrait induire un meilleur contrôle des facteurs de risque de douleur chronique dans l'endométriose et améliorer la prise en charge globale des patientes; par l'utilisation de différentes échelles d'évaluation de la douleur.

Annexes

Echelle 1 : Classification AFSr :

1 - Lésions péritonéales

Ne coter que la lésion la plus sévère (superficielle ou profonde)

Péritoine	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	4

2 - Lésions ovariennes

Ne coter que la lésion la plus sévère et ajouter les scores des ovaire droit et gauche

Ovaire droit	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Ovaire gauche	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe droite	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
Trompe gauche	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16

* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhérent sur toute la circonférence), compter 16

Calculer le score AFSR

1- Lésions péritonéales =

2 - Lésions ovariennes =

3 - Lésions annexielles =

4 - Oblitération du Douglas =

TOTAL.....=

Stade de l'endométriose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriose minime	1 - 5
Stade II	endométriose modérée	6 - 15
Stade III	endométriose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriose sévère	> 40

Echelle 2 : les données administratives et anamnestiques :

QUESTIONNAIRE DOULEUR-ENDOMETRIOSE

Ce questionnaire est une préparation à la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur. Il a pour but de préciser la douleur que vous ressentez et son retentissement.

Nous vous demandons de répondre à toutes les questions mais si l'une d'elles vous pose un problème, ne vous y arrêtez pas. Elle sera abordée lors de la consultation.

Vous pouvez vous faire aider de votre médecin traitant.

Date : _____
Nom : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____ Sexe : _____
Date de naissance : _____ Lieu de Naissance : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Adresse Mail : _____
Profession : _____
Profession du conjoint : _____
Vous êtes :
 Célibataire En concubinage Divorcé(e)
 Marié(e) Séparé(e) Veuf(ve)
Nombre de personnes habitant sous votre toit : _____

1. Fertilité :

Avez-vous des enfants : OUI/NON (entourez la bonne réponse) si oui combien : _____

Avez-vous une infertilité : OUI/NON

Etes-vous dans une démarche de procréation médicalement assistée (AMP) ? OUI/NON

Si oui, quels traitements et combien en avez-vous eu

Stimulation : OUI/ NON Combien : _____

IIU (insémination intra-utérine) Combien: _____

FIV : OUI/NON Combien : _____

Avez-vous eu des complications de l'AMP :

Hyperstimulation : OUI/NON

Infection : OUI/NON

Hématome : OUI/NON

2. Chirurgie :

Laparotomie : OUI / NON nombre d'opérations réalisées : _____

Cœlioscopie OUI / NON nombre de cœlioscopies réalisées : _____

Si OUI : gestes réalisés : Diagnostique : OUI/NON

Chirurgie complète de l'endométriose péritonéale : OUI / NON

Chirurgie incomplète pré AMP : OUI / NON

Résection digestive : OUI / NON

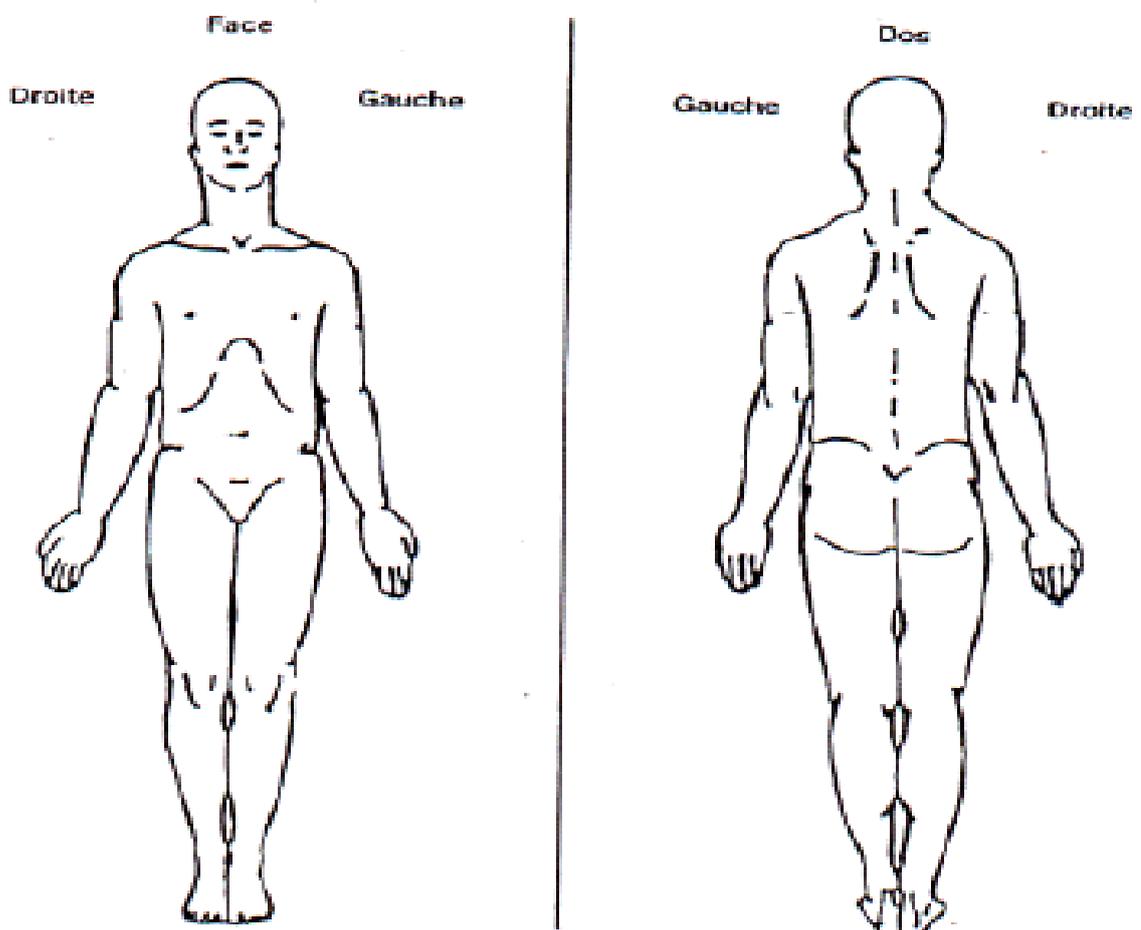
Cystectomie partielle : OUI / NON

Echelle 3 : les caractéristiques de la douleur :

1 - LOCALISATION DE LA DOULEUR

Sur le dessin ci-dessous :

- hachurez (/////) la zone douloureuse
- mettez une croix (x) dans la région la plus douloureuse
- indiquez par des flèches (→) le trajet des irradiations



2 - LA DOULEUR EST PRESENTE DEPUIS :

- quelques jours
- quelques semaines
- quelques mois
- plus de 6 mois
- plus d'une année
- quelques années

3 - QUELLE EST LA FREQUENCE DE VOS DOULEURS ?

- sans interruption
- une fois par jour
- plus d'une fois par jour
- une fois par semaine
- plus d'une fois par semaine
- moins d'une fois par semaine
- variable

4 - CES DIFFERENTS FACTEURS MODIFIENT-ILS VOS DOULEURS ?

	Améliore	Aggrave	Ne modifie pas	Ne sait pas
Aller à la selle				
Uriner				
Rapports sexuels				
Les règles				

Echelle 4 : Echelle Numérique :

5 - LA LIGNE CI-DESSOUS REPRESENTE «UN THERMOMETRE» DE LA DOULEUR, INDIQUEZ PAR UNE CROIX

1. Le niveau habituel de votre douleur

PAS DE DOULEUR ----- DOULEUR
MAXIMUM IMAGINABLE

2. Le niveau de votre douleur dans les pires moments :

PAS DE DOULEUR ----- DOULEUR
MAXIMUM IMAGINABLE

3. Le niveau de votre douleur dans les meilleurs moments :

PAS DE DOULEUR ----- DOULEUR
MAXIMUM IMAGINABLE

Echelle 5 : Le questionnaire Douleur Neuropathique en 4 parties (DN4) *interview* :

Dans la zone douloureuse que ressentez-vous ?

<i>La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ? Faites une croix</i>	oui	non
Brûlures		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		
<i>La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ? Faites une croix</i>		
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissement		
Démangeaisons		

Echelle 6 : une évaluation qualitative de la douleur par le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA) abrégé:

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 15 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte :

	0	1	2	3	4
	Absent Non	Faible Un peu	Modéré Modérément	Fort Beaucoup	Extrêmement Fort
Elancements					
Pénétrante					
Coup de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Décharge électrique					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Echelle 7 : Qualité du sommeil :

QUALITE DU SOMMEIL

Etes-vous :

- gêné par vous endormir
- réveillé 1-2 fois
- réveillé 3 fois et plus
- vous ne dormez plus

Echelle 8 : Le questionnaire Hospital Anxiety and Depression (HAD)

NOM

DATE :

.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

QUESTIONNAIRE

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état :

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0 Oui, tout autant
- 1 Pas autant
- 2 Un peu seulement
- 3 Presque plus

Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0 Autant que par le passé
- 1 Plus autant qu'avant
- 2 Vraiment moins qu'avant
- 3 Plus du tout

Je suis de bonne humeur :

- 0 La plupart du temps
- 1 Assez souvent
- 2 Rarement
- 3 Jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 0 Jamais
- 1 Parfois
- 2 Très souvent
- 3 Presque toujours

Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 2 Je n'y accorde plus autant d'attention que je devrais
- 3 Plus du tout

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 0 Autant qu'avant
- 1 Un peu moins qu'avant
- 2 Bien moins qu'avant
- 3 Presque jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision :

- 0 Souvent
- 1 Parfois
- 2 Rarement
- 3 Très rarement

t.s.v.p. >>>

Je me sens tendu ou énervé :

- 0 Jamais
- 1 De temps en temps
- 2 Souvent
- 3 La plupart du temps

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 0 Pas du tout
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 3 Oui, très nettement

Je me fais du souci :

- 0 Très occasionnellement
- 1 Occasionnellement
- 2 Assez souvent
- 3 Très souvent

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- 0 Oui, quoi qu'il arrive
- 1 Oui, en général
- 2 Rarement
- 3 Jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0 Jamais
- 1 Parfois
- 2 Assez souvent
- 3 Très souvent

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 0 Pas du tout
- 1 Pas tellement
- 2 Un peu
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 0 Jamais
- 1 Pas très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Vraiment très souvent

Partie réservée au Médecin :

TOTAL :

« Les données médicales contenues dans ce questionnaire peuvent être réunies dans un fichier informatique permettant leur utilisation dans le cadre de recherches cliniques. Conformément à la loi « **Informatique et Libertés** » du 06 janvier 1978, vous pouvez exercer un droit d'opposition en contacter notre secrétariat au 03.20.44.51.97 ».

Echelle 9 : Le questionnaire de Beck abrégé :

NOM

DATE :

.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

QUESTIONNAIRE

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état :

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

t.s.v.p. ➤➤➤

G

- 0 Je ne pense pas à faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Partie réservée au Médecin :

TOTAL :

Echelle 10 : Le catastrophisme ou Pain Catastrophizing Scale :

Chacun d'entre nous peut présenter une douleur au cours de sa vie. Il peut s'agir d'un mal de tête, d'une douleur dentaire, d'une douleur musculaire ou articulaire. Il est fréquent que nous soyons confrontés à des situations génératrices de douleur, telle qu'une maladie, une blessure, des soins dentaires ou une intervention chirurgicale.

Nous souhaiterions savoir quels types de sentiments et d'émotions vous pouvez ressentir quand vous avez mal. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant plusieurs types de sentiments et émotions pouvant être liés à la douleur. Veuillez indiquer au moyen de l'échelle ci-dessous à quel point vous ressentez ces sentiments et émotions quand vous avez mal.

Quand j'ai mal	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	En permanence
Je me préoccupe constamment de savoir si la douleur s'arrêtera.					
J'ai l'impression que je ne pourrai pas continuer ainsi.					
C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.					
C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.					
J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur.					
J'ai peur que la douleur s'aggrave.					
Je ne cesse de penser à d'autres expériences douloureuses.					
Je souhaite avec angoisse que la douleur disparaisse.					
Je ne peux pas m'empêcher d'y penser.					
Je ne cesse de penser à quel point ça fait mal.					
Je ne cesse de penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.					
Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.					
Je me demande s'il va m'arriver quelque chose de grave.					

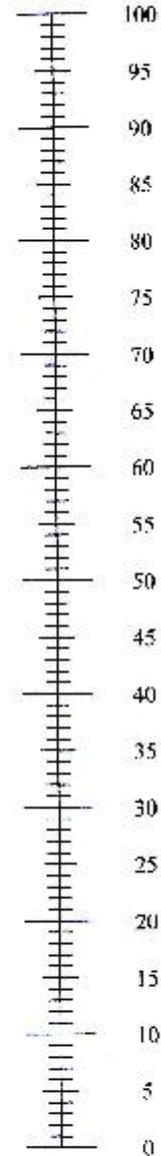
Echelle 11 : EqVAS :

19 – VOTRE JUGEMENT SUR VOTRE ETAT DE SANTE

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.
- 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire une croix (X) sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

VOTRE SANTE AUJOURD'HUI =

La meilleure santé que vous puissiez imaginer



La pire santé que vous puissiez imaginer

Les données médicales contenues dans ce questionnaire peuvent être réunies dans un fichier informatique permettant leur utilisation dans le cadre de recherches cliniques. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer un droit d'opposition en contactant votre secrétariat au 03 20 44 51 07

Références bibliographiques

1. Benagiano G, Brosens I. History of adenomyosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006 Aug 1;20(4):449–63.
2. van der Linden PJ. Theories on the pathogenesis of endometriosis. *Hum Reprod*. 1996;11(suppl_3):53–65.
3. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol*. 1927 Jan 1;14(4):422–69.
4. Dastur AE, Tank PD. John A Sampson and the origins of Endometriosis. *J Obstet Gynaecol India*. 2010 Aug;60(4):299–300.
5. Eskenazi B, Warner ML. EPIDEMIOLOGY OF ENDOMETRIOSIS. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997 Jun 1;24(2):235–58.
6. Arumugam K, Templeton AA. Endometriosis and Race. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1992 May 1;32(2):164–5.
7. Stillman RJ, Miller L-RC. Diethylstilbestrol exposure in utero and endometriosis in infertile females. *Fertil Steril*. 1984 Mar 1;41(3):369–72.
8. Borghese B, Vaiman D, Ziegler D de, Chapron C. Endométrie et génétique : les gènes sont-ils responsables de la maladie ? /data/revues/03682315/v39i3/S0368231510000852/ [Internet]. 2010 Mar 5 [cited 2017 Sep 23]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/250688>
9. Ballester M, Dehan P, BELIARD A, Brichant G, Nisolle M. Le role de la genetique et de l'environnement dans le developpement de l'endometriose. *Rev Med Liege*. 2012;67(5–6):374–80.
10. Petit É. Physiopathologie et anatomopathologie de l'endométriose. *Imag Femme*. 2017 Mar;27(1):41–4.
11. Schliep K, Chen Z, Stanford J, Xie Y, Mumford S, Hammoud A, et al. Endometriosis diagnosis and staging by operating surgeon and expert review using multiple diagnostic tools: an inter-rater agreement study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2017 Jan 1;124(2):220–9.
12. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril*. 2006 Nov;86(5):1296–301.
13. Kondo W, Ribeiro R, Trippia C, Zomer MT. Deep infiltrating endometriosis: anatomical distribution and surgical treatment. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia*. 2012 Jun;34(6):278–84.
14. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson J-B, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*. 2002;78(4):719–726.
15. Strathy JH, Molgaard CA, Coulam CB, Melton LJ. Endometriosis and infertility: a laparoscopic study of endometriosis among fertile and infertile women. *Fertil Steril*. 1982 Dec 1;38(6):667–72.
16. Dunselman G a. J, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014 Mar 1;29(3):400–12.

-
17. Collinet P, Decanter C, Lefebvre C, Leroy J-L, Vinatier D. Endométriose et infertilité. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2006 May 1;34(5):379–84.
 18. Ballard K, Seaman H, De Vries C, Wright J. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case–control study—Part 1. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2008 Oct 1;115(11):1382–91.
 19. Loeser JD, Treede R-D. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *PAIN®*. 2008 Jul 31;137(3):473–7.
 20. Schliep KC, Mumford SL, Peterson CM, Chen Z, Johnstone EB, Sharp HT, et al. Pain typology and incident endometriosis. *Hum Reprod*. 2015 Oct 1;30(10):2427–38.
 21. Howard FM. Laparoscopic evaluation and treatment of women with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1994 Aug;1(4 Pt 1):325–31.
 22. Fauconnier A, Fritel X, Chapron C. Relations entre endométriose et algie pelvienne chronique : quel est le niveau de preuve ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2009 Jan 1;37(1):57–69.
 23. Whitaker LH, Reid J, Choa A, McFee S, Seretny M, Wilson J, et al. An exploratory study into objective and reported characteristics of neuropathic pain in women with chronic pelvic pain. *PloS One*. 2016;11(4):e0151950.
 24. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician*. 2014;17(2):E141–E147.
 25. Bellelis P, Jr D, Antônio J, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, et al. Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis: series of cases. *Rev Assoc Médica Bras*. 2010;56(4):467–71.
 26. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*. 2002 Dec 1;66(6):393–9.
 27. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D’Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2005 Oct;20(10):2698–704.
 28. Brühwiler H, Sieger D, P Lüscher Frauenklinik K, Münsterlingen K. Disménorrhée primitive. 2017 Nov 3;
 29. Yong PJ. Deep Dyspareunia in Endometriosis: A Proposed Framework Based on Pain Mechanisms and Genito-Pelvic Pain Penetration Disorder. *Sex Med Rev [Internet]*. 2017 Aug 1; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050052117300690>
 30. Taylor RN, Hummelshoj L, Stratton P, Vercellini P. Pain and endometriosis: Etiology, impact, and therapeutics. *Middle East Fertil Soc J*. 2012 Dec 1;17(4):221–5.
 31. Stratton P, Berkley KJ. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update*. 2011 May 1;17(3):327–46.
 32. Tokushige N, Markham R, Russell P, Fraser IS. Different types of small nerve fibers in eutopic endometrium and myometrium in women with endometriosis. *Fertil Steril*. 2007 Oct 1;88(4):795–803.
 33. Tokushige N, Markham R, Russell P, Fraser IS. High density of small nerve fibres in the functional layer of the endometrium in women with endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2006 Mar;21(3):782–7.

-
34. Miller EJ, Fraser IS. The Importance of Pelvic Nerve Fibers in Endometriosis. *Womens Health*. 2015 Sep;11(5):611–8.
 35. Wang G, Tokushige N, Markham R, Fraser IS. Rich innervation of deep infiltrating endometriosis. *Hum Reprod*. 2008 Dec 26;24(4):827–34.
 36. Danastas K, Miller EJ, Hey-Cunningham AJ, Murphy CR, Lindsay LA. Expression of vascular endothelial growth factor A isoforms is dysregulated in women with endometriosis. *Reprod Fertil Dev*. 2017 Oct 11;
 37. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4): *Pain*. 2005 Mar;114(1):29–36.
 38. Boureau F, Luu M, Doubrère JF. Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain*. 1992 Jul 1;50(1):59–65.
 39. Bocéréan C, Dupret E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):354.
 40. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun 1;4(6):561–71.
 41. Darnall BD, Sturgeon JA, Cook KF, Taub CJ, Roy A, Burns JW, et al. Development and Validation of a Daily Pain Catastrophizing Scale. *J Pain*. 2017 Sep 1;18(9):1139–49.
 42. Fletcher D. O16 Douleurs neuropathiques post-opératoires. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2007 Oct 1;8(Supplement 1):39–40.
 43. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *PAIN*. 2008 Jun 15;136(3):380–7.
 44. Martinez V, Baudic S, Fletcher D. Douleurs chroniques postchirurgicales. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2013 Jun 1;32(6):422–35.
 45. Bajaj P, Bajaj P, Madsen H, Arendt-Nielsen L. Endometriosis is associated with central sensitization: a psychophysical controlled study. *J Pain*. 2003 Sep 1;4(7):372–80.
 46. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2001 Dec;16(12):2668–71.
 47. Bricou A, Borghese B, Batt RE, Piketty M, de Ziegler D, Chapron C. Étude de la distribution anatomique des lésions endométriosiques : un argument majeur en faveur de la participation de la théorie de la régurgitation dans la physiopathologie de l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2009 Apr 1;37(4):325–33.
 48. Netgen. Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cited 2017 Nov 8]. Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-208/Douleurs-chroniques-et-depression-un-aller-retour>
 49. Farquhar C. Endometriosis. *BMJ*. 2007 Feb 3;334(7587):249–53.
 50. Calmels P. Douleur chronique, activité physique et qualité de vie. *Sci Sports*. 1998 Jan 1;13(1):10–6.

-
51. Chevalier J. Mesure de l'utilité attachée aux états de santé : valorisation de l'index d'utilité EQ-5D et évolution de l'échelle actuelle en France. Measurement of health state utilities : Valuation of the EQ-5D and improvement of the descriptive system in the French context [Internet]. 2010 Feb [cited 2017 Nov 8]; Available from: <https://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/5598>
 52. McWilliams LA, Asmundson GJG. The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain*. 2007 Jan 1;127(1):27–34.
 53. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2–5 year follow-up. *Hum Reprod*. 2003 Sep 1;18(9):1922–7.
 54. Jarrell J, Mohindra R, Ross S, Taenzer P, Brant R. Laparoscopy and Reported Pain among Patients with Endometriosis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 May 1;27(5):477–85.

AUTEUR : Nom : Lannez **Prénom :** Lucie

Date de Soutenance : 29/11/2017

Titre de la Thèse : Typologie des douleurs liées à l'endométriose.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + spécialité : *Médecine générale*

Mots-clés : endométriose, douleur chronique, neuropathie, DN4, typologie

Résumé : L'endométriose est retrouvée chez près de 40% des femmes qui souffrent de douleurs pelviennes chroniques et 44% des patientes atteintes d'endométriose souffrent de douleurs pelviennes chroniques. L'association entre douleurs pelviennes et endométriose n'est pas systématique. Nous avons analysé les caractéristiques des douleurs des patientes atteintes d'endométriose en tant qu'objectif primaire. L'objectif secondaire était de mettre en évidence les facteurs de risque de survenue des douleurs.

Méthode : Une étude observationnelle, rétrospective a été réalisée sur 4 ans au sein du centre d'étude et traitement de la douleur de l'hôpital Claude Huriez du CHRU de Lille. Les données relevées ont été issues de plusieurs questionnaires d'auto-évaluation complétés avant les consultations douleur : démographiques, d'intensité, de qualificatifs de la douleur, d'évaluation de l'anxiété, de la dépression, du catastrophisme.

Résultats : Nous avons inclus 150 patientes. La moyenne d'âge était de 35,7 (+/-11,4). 149 patientes avaient répondu au questionnaire DN4 *interview*. 36% des patientes décrivaient des douleurs neuropathiques. Les douleurs étaient localisées en fosse lombaire droite ($p : 0,004$), continues ($p : 0,01$). En étude univariée, l'EN 6/10 ($p : 0,009$), le QDSA affectif 16/28 ($p : 0,02$), le catastrophisme 30/52 ($p : 0,001$) et l'EqVAS 40/100 ($p : 0,01$) étaient associés aux douleurs neuropathiques (DN4 *interview* ≥ 3).

Conclusion : L'évaluation de la symptomatologie douloureuse liée à l'endométriose passe par l'utilisation de plusieurs échelles afin d'évaluer le contexte et la thymie afin d'améliorer les prises en charge des patientes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Assesseurs : Madame le Professeur Chrystele RUBOD Dit GUILLET

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Jean-Michel WATTIER (DT)