

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 30 octobre 2018
Par Mme LECLERCQ LEGRAND Alexia**

**Endométriose : physiopathologie, prise
en charge et conseils en officine**

Membres du jury :

Président: Monsieur Thierry Dine
Professeur de Pharmacie Clinique (PU-PH) de la Faculté
de Pharmacie - Université de Lille
Praticien Hospitalier au CH de Loos-Haubourdin.

Directeur de thèse : Monsieur Bernard Gressier
Professeur de pharmacologie (PU-PH) de la Faculté de
Pharmacie - Université de Lille.
Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier d'Armentières

Assesseur(s) : Madame Laurence Heuls
Docteur en pharmacie



Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CED

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Damien CUNY
Vice-présidente Formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président Recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président Relations Internationales :	François-Olivier SEYS
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-Doyen et Assesseur à la Recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux Relations Internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur à la Vie de la Faculté et aux Relations avec le Monde Professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la Pédagogie :	Benjamin BERTIN
Assesseur à la Scolarité :	Christophe BOCHU
Responsable des Services :	Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Lab. de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique

Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Lab. de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme		Béatrice	Toxicologie
	GRAVE		
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques

M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Hai Pascal	Lab. Médicaments et Molécules
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie

Remerciements

A mon directeur de thèse,
Monsieur Bernard Gressier,
Pour avoir accepté la direction de cette thèse. Merci pour vos conseils avisés, votre aide et vos relectures.
Merci pour vos enseignements durant toutes ces années.

A Monsieur Dine,
Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Merci pour votre disponibilité durant ces années d'étude et la qualité de vos enseignements.

A Lolo,
Pour avoir accepté d'être présente dans ce jury de thèse, c'est pour moi un honneur. Merci pour le soutien depuis la PACES et les discussions sur les pathologies et médicaments durant mes études.
Et merci pour tout ce que tu as fait pour nous depuis tant d'années.

A Arnaud, mon mari
Pour m'avoir soutenue durant la fin de mon cursus, pour m'avoir permis de faire les choix que je faisais et pour m'avoir poussée jusqu'à l'aboutissement de cette thèse. Je t'aime.

A mes parents,
Merci pour votre éducation et merci d'avoir tout fait pour me permettre d'arriver jusqu'ici.

A Brice,
Je te rejoins aujourd'hui dans le clan des docteurs, et c'est grâce à toi si j'ai tenu jusqu'au bout, j'espère que de là où tu es tu es fier de moi.

A Gautier,
Merci pour ces années de chamailleries puis de coloc où j'ai du réviser à tes côtés, merci de m'avoir poussée à donner le meilleur de moi-même.

A Katleen,
Merci d'être là pour moi, pour nous dans tous les moments de notre vie et de nous soutenir quoi qu'il arrive.

A ma belle famille,
De m'avoir accueillie bras ouverts et de m'avoir soutenue durant toutes ces années.

A Isa et Jean-Jacques,
Merci de m'avoir fait devenir la marraine de Quentin, mon loulou qui grandit trop vite.

A mes amis,
Pour tous les moments de bonheur passés ensemble

A Elfy,

Merci d'être restée à mes côtés durant l'écriture de cette thèse et de m'avoir fait des câlins aux moments où j'en avais besoin.

Aux différentes pharmacies par lesquelles je suis passée et qui m'ont formées.

A ceux qui veillent sur moi de là-haut et qui me sont chers.

A tous ceux que j'oublie et dont j'ai croisé le chemin.

Table des matières

GLOSSAIRE	13
INTRODUCTION	14
PARTIE I : PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ENDOMETRIOSE	15
I. DEFINITION	16
II. EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES	17
A. EPIDEMIOLOGIE	17
1. PREVALENCE	17
2. INCIDENCE SOCIO-ECONOMIQUE	17
B. FACTEURS DE RISQUES	18
1. SOCIODEMOGRAPHIQUES	18
A. L'AGE	18
B. L'ORIGINE ETHNIQUE	18
2. FACTEURS COMPORTEMENTAUX	18
A. ALCOOL	18
B. CAFEINE	19
C. ALIMENTATION	19
3. FACTEURS CONSTITUTIONNELS	19
A. DONNEES MORPHOLOGIQUES	19
B. FACTEURS GENETIQUES ET IMMUNITE	19
4. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	20
5. PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES	21
A. ANOMALIES CONGENITALES DU TRACTUS GENITAL	21
B. INFECTION AU NIVEAU PELVIEN	21
C. DYSFONCTION OVARIENNE	21
D. TROUBLES MENSTRUELS	21
6. ANTECEDENTS OBSTETRICAUX	21
7. FACTEURS HORMONAUX	21
C. FACTEURS PROTECTEURS	22
1. CONTRACEPTION	22
2. TABAGISME	22
3. SPORT	22
4. FACTEURS HORMONAUX	22
5. SURPOIDS	22
III. PHYSIOPATHOLOGIE	22
A. LES DIFFERENTES THEORIES	22
1. THEORIE DE L'IMPLANTATION	22
2. THEORIE METAPLASIQUE CŒLOMIQUE	24
3. THEORIE DE L'INDUCTION	25
4. THEORIE METASTATIQUE OU THEORIE DES EMBOLES LYMPHATIQUES ET VEINEUX	25
5. THEORIE COMPOSITE	25
B. FACTEURS DE DEVELOPPEMENT	27
1. ANOMALIES HORMONALES	27
A. SUREXPRESSION DE L'AROMATASE	27
B. DEFICIT EN 17 β HYDROXYSTEROIDE DESHYDROGENASE DE TYPE 2	28
2. FACTEURS IMMUNOLOGIQUES	28
3. FACTEURS VASCULAIRES	29
4. FACTEURS DE CROISSANCE	29

C.	ANATOMOPATHOLOGIE DES LESIONS.....	30
1.	LESIONS SUPERFICIELLES.....	30
2.	KYSTES OVARIENS ET ENDOMETRIOMES	30
3.	IMPLANTS ENDOMETRIOSIQUES.....	32
4.	ADHERENCES	32
5.	ADENOMYOSE.....	33
D.	LOCALISATION	33
E.	CLASSIFICATION	34
1.	CLASSIFICATION AFS	35
2.	CLASSIFICATION FOATI.....	37
3.	CLASSIFICATION EFI.....	38
IV.	SYMPTOMES ET CONSEQUENCES.....	40
A.	LES DOULEURS	40
1.	DOULEURS ABDOMINO-PELVIENNES.....	41
2.	DYSMENORRHEES	41
3.	DYSPAREUNIE	42
4.	DYSCHEISIE.....	42
5.	DYSURIE.....	43
6.	HEMORRAGIES	43
B.	INFERTILITE	43
C.	ATTEINTES DIGESTIVES	45
1.	DIARRHEE ET CONSTIPATION.....	45
1.	RECTORRAGIES	45
D.	ATTEINTES VESICALES	45
D.	AUTRES LOCALISATIONS.....	46
1.	ENDOMETRIOSE THORACIQUE	46
2.	ENDOMETRIOSE MUSCULAIRE	47
3.	ENDOMETRIOSE CUTANEE	47
4.	ENDOMETRIOSE DU SYSTEME NERVEUX.....	47
5.	ENDOMETRIOSE PULMONAIRE	47
F.	EVOLUTION ET COMPLICATIONS	47
V.	LE DIAGNOSTIC	48
A.	INTERROGATOIRE	48
B.	EXAMEN PHYSIQUE.....	48
1.	INSPECTION AU SPECULUM	48
2.	TOUCHER VAGINAL (TV).....	49
3.	TOUCHER RECTAL (TR)	49
C.	IMAGERIE.....	51
1.	ECHOGRAPHIE	51
A.	<i>ECHOGRAPHIE ENDOVAGINALE</i>	<i>52</i>
B.	<i>ECHOGRAPHIE ENDORECTALE</i>	<i>52</i>
C.	<i>ECHO-ENDOSCOPIE RECTALE</i>	<i>53</i>
2.	IRM.....	53
3.	HYSTEOSALPINGOGRAPHIE OU HYSTEROGRAPHIE.....	54
4.	COLO SCANNER A INJECTION D'AIR	55
5.	LAPAROSCOPIE/CÆLIOSCOPIE.....	56
D.	LES MARQUEURS BIOLOGIQUES	57
1.	LE CA-125	57
2.	AUTRES MARQUEURS.....	57
E.	AUTRES EXAMENS	58
<u>PARTIE II : PRISES EN CHARGE</u>		<u>59</u>
I.	MEDICAMENTEUSE.....	60
A.	DOULEURS	60

1. AINS	60
2. ANTALGIQUES DE PALIER I	62
3. ANTALGIQUES DE PALIER II	62
4. ANTALGIQUES DE PALIER III	63
5. AUTRES THERAPEUTIQUES UTILISES DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE ...	63
A. ANTIPILEPTIQUES	63
B. ANTIDEPRESSEURS	63
C. LA MELATONINE	63
B. TRAITEMENT HORMONAL	64
1. LES OESTROPROGESTATIFS	65
A. LES PILULES OESTROPROGESTATIVES	66
B. L'ANNEAU CONTRACEPTIF	67
C. LE PATCH CONTRACEPTIF : EVRA®	68
2. LES MACRO-PROGESTATIFS	69
3. DIU HORMONAL	70
A MIRENA® 52 MG	70
B. JAYDESS ®	71
C. KYLEENA ®	71
4. LES PROGESTATIFS EN IMPLANT	71
5. AGONISTES DE LA GNRH	71
A. LEUPRORELIN : ENANTONE LP ®	72
B. NAFARELINE : SYNAREL ® 0,2MG	73
C. TRIPTORELINE DECAPEPTYL LP ®	74
D. GONAPEPTYL 3,75 MG	75
6. DANAZOL	76
C. PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE	77
II. CHIRURGICALE	78
A. CÉLIOSCOPIE	78
B. HYSTERECTOMIE	80
C. SCLEROTHERAPIE A L'ETHANOL (EST)	80
III. AUTRES TRAITEMENTS	80
A. INHIBITEURS DE L'AROMATASE	80
B. LES SPRMS : MODULATEURS SELECTIFS DU RECEPTEUR DE LA PROGESTERONE	81
C. LES SERMS : MODULATEURS SELECTIFS DU RECEPTEUR AUX ESTROGENES	82
D. LES ANTAGONISTES DE LA GNRH	82
E. UTILISATION DES ANTI-COX ₂	83
F. UTILISATION DE GESTRINOME	83
G. DANAZOL EN VOIE LOCALE	83
H. INHIBITION DE L'ANGIOGENESE	84
I. ANTI-TNF-α	84
J. INHIBITEURS DE NF-κB	85
K. INHIBITEURS DES METALLOPROTEASES MATRICIELLES (MMP)	85
L. INHIBITEURS DE LA DOPAMINE	85
M. LA METFORMINE	86
N. LES STATINES	86
IV. AUTRES PRISES EN CHARGES	86
A. AROMATHERAPIE	86
B. PHYTOTHERAPIE	86
C. HOMEOPATHIE	88
D. ACUPUNCTURE	88
E. OSTEOPATHIE	88
F. NATUROPATHIE	89
G. MESOTHERAPIE	89
H. LA NEUROSTIMULATION TRANSCUTANNEE (TENS)	90
I. MICRO-NUTRITION	90

J. PRATIQUE DU YOGA	90
<u>PARTIE III : ENQUETE CLINIQUE</u>	91
I. RECUEIL DES DONNEES	92
II. ANALYSE DES DONNEES	94
A. AGE DES PATIENTES	94
1. AGE AU JOUR DE L'ENTRETIEN	94
2. AGE DES PREMIERS SYMPTOMES	94
B. SYMPTOMES	95
C. DIAGNOSTIC	96
1. EXAMENS NECESSAIRES AU DIAGNOSTIC	96
2. TEMPS NECESSAIRE AU DIAGNOSTIC	96
D. PRISE EN CHARGE	97
1. TRAITEMENTS DE LA DOULEUR ET DES SYMPTOMES	97
2. TRAITEMENT PAR CHIRURGIE	98
E. MEDECINES ALTERNATIVES	99
F. MATERNITE	100
G. RESSENTI	100
H. SCORE DE L'EHP-5	101
<u>CONCLUSION</u>	102
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	103
<u>ANNEXES</u>	110
<u>RESUME</u>	152

Glossaire

AFS : American fertility society
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
COX : Cyclo Oxygénase
ECBU : Examen Cyto bactériologique des urines
EGF : Epidermal Growth Factor
EFI : Endometrisis Fertility Index
EVA : Echelle Visuelle Analogique
FSH : Hormone FolliculoStimulante
GST : Glutathion-S-Transférases
GnRH : Gonadotrophine Releasing Hormone
HLA : Human Leukocyte Antigene
IGM : immunoglobulines M
IGG : Immunoglobulines G
IL : InterLeukines
IM : Intra-Musculaire
IMC : Indice de Masse Corporelle
IRM : Imagerie à Résonance Magnétique
LB : Lymphocytes B
LH : Hormone Lutéinisante
LP : Libération Prolongée
LT : Lymphocytes T
M-CSF : Macrophage Colony Stimulating Factor
MMP : Metalloprotéases Matricielles
NF- κ B : Nucléar Facor kappa-B
NK : Natural Killer
PMA : Procréation Médicalement Assistée.
PG : Prostaglandines
SC : Sous-Cutané
TGF : Transformine Growth Factor
TIMP : Tissue Inhibitor of MetalloProtéinases
TNF- α : Tumor Necrosis Factor α
TR : Toucher Rectal
TV : Toucher vaginal
VEGF : Vascular Endothelial Growth factor

Introduction

Une femme sur dix est aujourd'hui atteinte d'une pathologie gynécologique appelée endométriose, mais qu'est ce vraiment ?

Malgré des descriptions relativement précoces (depuis la fin des années 1800), l'endométriose reste encore de nos jours une pathologie dont on ne connaît pas la pathogénie.

Les premiers écrits concernant l'endométriose sont ceux de Shroen, un médecin allemand, qui en 1690 décrit des « ulcères » qui se distribuent sur le péritoine et se localisent à proximité de la vessie, des intestins, des ligaments larges et en dehors de l'utérus.

Il avance déjà le fait qu'il s'agirait d'une pathologie qui ne toucherait que les femmes, qui plus est en âge de procréer.

A la fin du XIXème siècle, en 1860 Von Rokitansky (médecin anatomo-pathologiste autrichien) décrit à son tour la « présence de muqueuse utérine en dehors de l'utérus ».

Les premières théories physiopathologiques en découlent, de par ses recherches ainsi que de celles de Von Recklinghausen et Cullen.

En 1898, le docteur William Wood quant à lui décrit les kystes endométriosiques ou endométriomes.

Le terme endométriose est pour lui apparu en 1926 et a été donné par Sampson, un médecin gynécologue américain.

[7][73]

L'endométriose est une maladie chronique atteignant les tissus endométriaux dont le diagnostic est souvent évoqué de façon tardive après l'apparition des premiers symptômes (entre 8 et 12 ans), de par la méconnaissance de cette pathologie.

Les deux symptômes majeurs qui engendrent une consultation sont les douleurs pelviennes et/ou l'infertilité mais il s'agit d'une pathologie très polymorphe avec une symptomatologie très variée.

Nous verrons dans un premier temps la physiopathologie de l'endométriose puis les diverses prises en charge que l'on peut proposer en seconde partie et pour terminer nous ferons un bilan des rencontres faites avec des femmes atteintes d'endométriose.

Partie I : Physiopathologie de l'endométriose

I. Définition

Selon l'AFSSAPS, l'endométriose se définit comme :

« la présence et le développement de tissu endométrial hormonodépendant comportant à la fois des glandes et du stroma en dehors de l'endomètre et du myomètre. »

[1]

L'atteinte la plus fréquente se retrouve au niveau pelvien mais du tissu endométrial est aussi retrouvé au niveau de l'ovaire, du rectum et parfois même du péricarde et du cerveau.

Lorsque l'on retrouve de l'endomètre dans la profondeur du myomètre, on parle d'adénomyose ou d'endométriose interne alors que lorsque l'endomètre est en dehors de l'utérus on parle d'endométriose externe ou extra-utérine.

On peut distinguer une endométriose « opportuniste » ou silencieuse, souvent asymptomatique qui est peu importante au niveau des lésions et parfois spontanément résolutive, ne nécessitant de ce fait aucun traitement.

D'autre part on distingue l'endométriose « maladie » qui elle est symptomatique, considérée comme une pathologie chronique.

On distingue l'endométriose par ses différentes atteintes anatomo-pathologiques ;

- l'endométriose péritonéale ou ovarienne dite superficielle, qui ne touche que le péritoine pelvien,
- l'endométriose sous péritonéale dite profonde ou pelvienne ; les lésions pénètrent dans la paroi des organes pelviens (vessie, rectum, vagin, uretères, ligaments) à une profondeur d'au moins 5 mm,
- le kyste endométriosique ovarien ou endométriome,
- autres localisations : pleurale, cérébrale...

[33]

Il faut préciser que l'endométriose n'est pas une maladie sexuellement transmissible.

II. Epidémiologie et facteurs de risques

A. Epidémiologie

1. Prévalence

[30][60][71]

La difficulté du diagnostic de l'endométriose, souvent asymptomatique est l'absence actuelle de test diagnostic simple et spécifique, ce qui complique les enquêtes épidémiologiques.

Les femmes atteintes d'endométriose représentent 10 à 15 % des femmes en âge de procréer, toutes formes d'endométrioses confondues.

En France en 2014, le nombre de femmes atteintes est estimé entre 2,1 et 4,2 millions de femmes, des chiffres qui sont comparables à ceux du cancer et ceux du diabète.

Cela représente aussi 20% des femmes qui consultent pour infertilité et 25% des femmes qui se plaignant de douleurs pelviennes.

L'endométriose représente la troisième cause d'hospitalisation gynécologique aux Etats-Unis.

Le pourcentage de femmes atteintes d'endométriose serait en augmentation ces derniers siècles car selon Sutton, auparavant les femmes tombaient enceinte très jeune et enchaînant les grossesses, l'endométriose n'avait pas le temps de s'installer.

Or, avec l'allongement de l'espérance de vie et la mise en route de grossesses plus tardives et moins fréquentes, la pathologie serait devenue plus fréquente.

En effet, dans les années 80/90, la prévalence générale était estimée entre 2 et 10%.

Un autre chiffre, à savoir qu'1 à 2% des femmes hospitalisées en gynécologie sont atteintes d'endométriose.

L'endométriose externe se retrouve fréquemment chez des femmes nullipares et jeunes.

Très peu de femmes et d'hommes connaissent l'endométriose, en effet même si une majorité de françaises en ont déjà entendu parler (54%), seuls 18% ont une vraie connaissance de la pathologie.

De plus, 62% des femmes pensent qu'il est normal d'avoir mal pendant les règles et 61% pensent être plus sensible à la douleur par rapport aux autres femmes et n'osent pas s'en plaindre.

2. Incidence socio-économique

[13]

En France, l'endométriose coûterait 9,5 milliards d'euros par an, ce qui regroupe les coûts médicaux directs et indirects par perte de productivité.

L'évaluation en terme d'arrêts maladie est de 33 jours par personne atteinte.
Le nombre d'hospitalisation pour endométriose a augmenté de 7,5% en 2013 par rapport à 2010, représentant 5% des hospitalisations en gynécologie.

B. Facteurs de risques

1. Sociodémographiques

[44]

a. L'âge

L'endométriose concerne principalement les femmes en âge de procréer, on retrouve les symptômes d'endométriose principalement entre 30 et 50 ans.

Il existe une corrélation positive de l'endométriose avec l'âge, on note un pic de fréquence autour de 40 ans.

Cependant il n'a pas été montré de lien entre l'âge et la sévérité de l'atteinte endométriosique.

Aucun cas n'a été rapporté avant la survenue de la puberté mais il a été mentionné quelques cas chez l'adolescente (10% des cas), le plus souvent par rapport à une pathologie obstructive de l'appareil génital.

On peut retrouver des cas d'endométriose post-ménopausique (5% des cas) qui sembleraient être en rapport avec le maintien d'un haut niveau oestroprogestatif artificiel de type traitement hormonal substitutif.

Cependant dans 97% des cas, les femmes endométriosiques ménopausées sont libérées de leurs douleurs.

De plus, l'âge de l'apparition des premières règles semble entrer dans la liste des facteurs de risque, en effet la ménarche précoce soit avant 12 ans serait un risque de développer une endométriose.

b. L'origine ethnique.

On observe une fréquence de femmes atteintes d'endométriose, plus importante chez les femmes d'origine africaine en comparaison à des femmes d'origine caucasienne qui est possiblement le reflet d'une différence d'accessibilité aux soins. De même, les asiatiques sont plus touchées que les caucasiennes, en effet dans la population japonaise on observe le double de nombre de cas.

2. Facteurs comportementaux

[29]

a. Alcool

Le risque d'endométriose augmenterait de manière modérée chez les patients qui consommeraient au moins 100g d'alcool par semaine.

b. Caféine

La caféine, en créant un contexte d'hyperoestrogénie et un phénomène inflammatoire augmenterait le risque d'endométriose.

c. Alimentation

Un régime alimentaire riche en acides gras polyinsaturés et la consommation de viande semble augmenter le risque d'endométriose par hyperoestrogénie.
[18]

3. Facteurs constitutionnels

a. Données morphologiques

[36][44]

Il y aurait un risque d'endométriose plus accru chez les femmes grandes et maigres. En effet il y a plus de cas d'endométriose chez les femmes ayant un IMC bas (19 – 20) que chez celles ayant un IMC élevé (>30).

On retrouve un IMC moyen est de 21,3 pour les femmes avec endométriose comparé à un IMC de 23,2 chez les femmes non atteintes

b. Facteurs génétiques et immunité

[24] [28][34]

Il existe une influence génétique indiscutable sur le risque d'endométriose avec un lien retrouvé de transmission au premier degré.

En effet, la notion d'une parente au premier degré (mère, sœur ou fille) atteinte d'endométriose multiplie le risque d'être soi-même atteint d'un facteur 7 à 10.

Une étude du génome a permis d'identifier une région de susceptibilité de l'endométriose qui serait le bras court du chromosome 20 en p13 et un locus de susceptibilité majeur qui se trouverait sur le bras long du chromosome 10 (10q26).

Un locus de susceptibilité de l'endométriose a été décrit sur le bras long du chromosome 10.

De plus, les femmes porteuses d'endométriose présenteraient des anomalies macrophagiques. Ceux-ci n'assureraient plus leur rôle de nettoyage dans la cavité péritonéale.

Une anomalie de la réponse immunitaire humorale est rapportée avec une anomalie de la fonctionnalité des lymphocytes B, des lymphocytes T cytotoxiques et des Natural Killers responsables d'une diminution de l'apoptose dans les lésions d'endométriose profonde.

Le rôle des cytokines est également suspecté.

Il a été mis en évidence dans les implants endométriaux une augmentation significative des taux d'interleukine 1 et 6 et une diminution du taux de Tumor necrosis facteur alpha (TNF α) par rapport au tissu endométrial normal.

La capacité de nombreuses cytokines à favoriser ou à inhiber la croissance du tissu endométrial est donc bien connue suggérant un équilibre anormal de ces protéines dans la maladie endométriosique.

On retrouve davantage de lupus, polyarthrites rhumatoïdes, syndrome de Goujerot-Sjögren, hypothyroïdie, lymphomes non hodgkiniens, sclérose en plaques, asthme et allergie dans la population atteinte d'endométriose.

Ceci s'expliquerait par la présence d'un terrain auto-immun affaibli.

On a observé dans l'endomètre des patientes atteintes d'endométriose une diminution de l'expression des MMP-2 ainsi qu'une suppression de l'expression de MMP-3.

De plus, l'expression de MMP-2, -3, -11 est plus élevée dans les lésions colorectales que dans les lésions ovariennes et péritonéales.

A l'inverse, l'expression de TIMP-2 est moindre dans les lésions colorectales et ovariennes en comparaison aux lésions péritonéales.

De ce fait, il y aurait une probable implication des MMP-2 et -3 ainsi que des TIMP-2 dans la pathogénie de la pathologie endométriosique.

4. Facteurs environnementaux

[8]

L'exposition in utéro au distilbène peut être responsable de sténose cervicale elle-même favorisant le reflux menstruel trans tubaire et en conséquence exposant à une fréquence accrue d'endométriose.

L'exposition aux dioxines, phtalates, bisphénol, pesticides et autres perturbateurs endocriniens est suspectée d'induire un risque d'endométriose, par interférence hormonale que l'exposition soit in utéro ou tout au long de la vie.

En effet, les Glutathion S transférases (GST) sont des enzymes impliquées dans la détoxification de ces composés toxiques.

On a découvert que deux polymorphismes, GSTM1 et GSTT1, pouvaient être mis en relation avec le risque d'endométriose avec une Odd ratio de 1,33 lors de l'association de ces deux gènes.

L'exposition est parfois du fait de l'air contaminé, d'aliments ou suite à l'utilisation d'objets tels que des tampons vaginaux, certains produits cosmétiques, vêtements ou plastiques, parfois au cours de la vie professionnelle.

5. Pathologies gynécologiques

[36]

a. Anomalies congénitales du tractus génital

Tout obstacle à l'écoulement du flux menstruel est reconnu comme facteur favorisant, c'est le cas des malformations congénitales du tractus génital, essentiellement les malformations obstructives

L'importance d'utérus unicorne est associée à une fréquence accrue d'endométriose.

b. Infection au niveau pelvien

La maladie inflammatoire pelvienne peut favoriser la survenue d'endométriose par métaplasie péritonéale.

c. Dysfonction ovarienne

Des hypothèses sont avancées concernant la survenue la plus fréquente de syndrome des ovaires polykystiques dans les années qui précèdent l'apparition d'endométriose.

L'absence fréquente d'ovulation serait plus fréquemment rencontrée en présence d'endométriose.

d. Troubles menstruels

Les femmes endométriosiques ont la plupart du temps des cycles courts (moins de 28 jours) et des règles abondantes et prolongées (plus de 7 jours) ce qui pourrait correspondre à une exposition à un flux menstruel abondant et plus fréquent.

Toute exposition prolongée dans la vie d'une femme aux œstrogènes est un facteur de risque ; puberté précoce, ménopause tardive mais aussi intervalles prolongés entre les grossesses.

6. Antécédents obstétricaux

Il semble que la grossesse réduise la probabilité d'endométriose soit en introduisant une longue période d'aménorrhée, soit par altération de l'environnement endocrinien.

De plus, le risque de retrouver une endométriose diminue avec le nombre de grossesses.

En conclusion on peut estimer que l'affection se développe plus volontiers chez les femmes à profil hyper-oestrogéniques, exposées à des menstruations fréquentes et abondantes, à faible potentiel reproducteur et présentant des antécédents familiaux d'endométriose.

7. Facteurs hormonaux

La diminution de la progestérone et du 17 β oestradiol du liquide péritonéal pourrait favoriser le développement de l'endométriose.

C. Facteurs protecteurs

1. Contraception

[84]

Les utilisatrices de contraceptifs oraux présentent un risque diminué d'endométriose mais la durée d'utilisation n'a aucune influence.

Ce constat peut se heurter au fait que l'utilisation de contraception semble avoir un effet suspensif sur la maladie d'où le rôle plus ou moins protecteur.

De plus, le DIU au levonorgestrel aurait un effet protecteur de part une diminution du volume des règles et entraînant une diminution des douleurs après 3 mois de pose.

2. Tabagisme

On peut noter une influence protectrice du tabagisme chez les grandes fumeuses (au moins 20 cigarettes par jour) et ayant commencé avant l'âge de 17 ans.

3. Sport

La pratique de l'exercice physique intensif (au moins 7h par semaine) semblerait aussi protectrice.

4. Facteurs hormonaux

La suppression de l'ovulation pourrait jouer un rôle protecteur

5. Surpoids

Le surpoids induirait une irrégularité des cycles et un nombre de menstruations diminuées ce qui serait un facteur protecteur en faveur de l'endométriose.

III. Physiopathologie

La physiopathologie de l'endométriose reste encore mal connue et incertaine, l'explication de l'apparition des lésions repose sur différentes théories.

[24][51][57]

A. Les différentes théories

Aujourd'hui, de nombreuses théories sont proposées mais aucune ne permet d'expliquer à elle seule les différentes formes de l'endométriose.

[9],[30]

1. Théorie de l'implantation

Elle fut décrite en 1927 par Sampson, encore appelée théorie du reflux ou théorie de la transplantation.

Il s'agirait du tissu endométrial qui aurait reflué vers la cavité abdominale en passant par les trompes de Fallope durant les différents cycles menstruels.

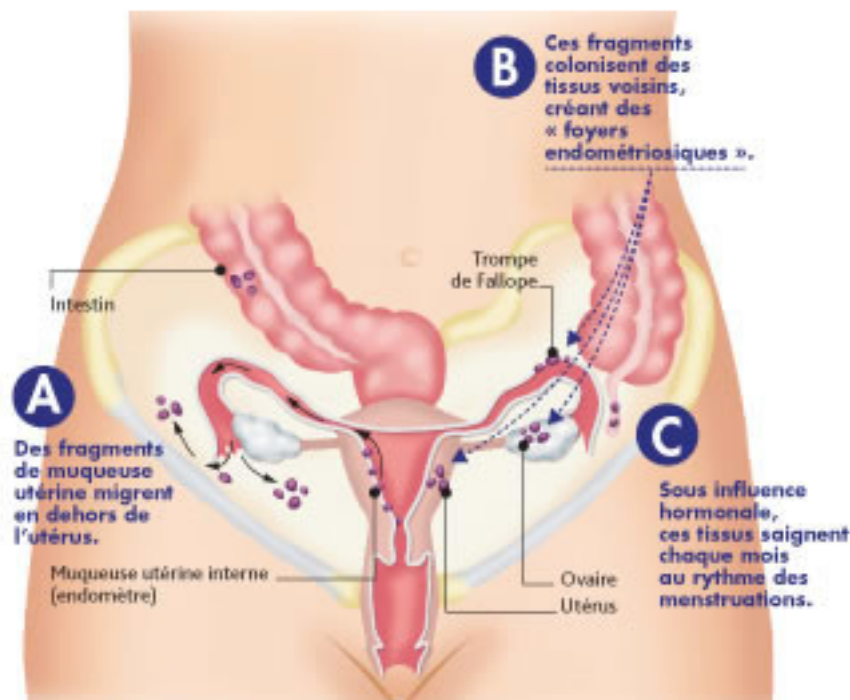
Les dépôts endométriosiques s'accumuleraient en raison d'un défaut de désintégration du matériel endométrial par les tissus envahis soit par dysfonctionnement du système d'épuration soit par débordement.

Les cellules étant de ce fait capables d'infiltrer le mésothélium via un mode inflammatoire inapproprié vont alors générer une angiogénèse.

Il serait probable qu'une susceptibilité génétique entraînant une faiblesse dans l'immunité couplée à une réponse inflammatoire inadéquate pourrait en partie expliquer pourquoi, parmi les 90% de femmes chez lesquelles on observe des menstruations rétrogrades, uniquement 10% seraient atteintes d'endométriose.

De nombreuses molécules d'adhésion comme les intégrines ont été détectées sur les cellules endométriales ce qui pourrait expliquer leur façon de s'implanter à la surface péritonéale.

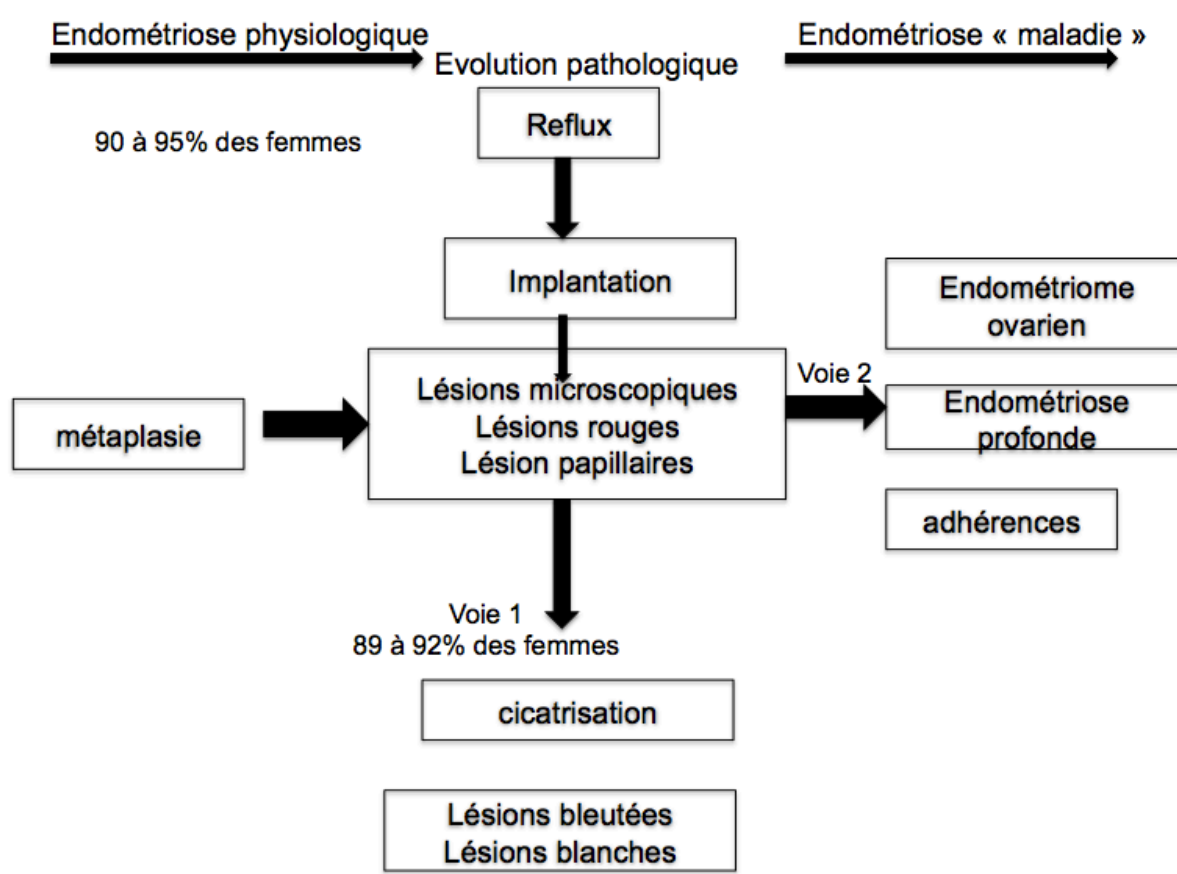
Après l'implantation, les métalloprotéases et collagénases détruiraient la matrice extracellulaire.



- A. reflux du sang et des cellules endométriales dans la cavité péritonéale
- B. Défaillance de la défense immunitaire du péritoine avec adhésion des cellules endométriales au péritoine et envahissement du mésothélium
- C. angiogénèse

Théorie du reflux et de la transplantation de cellules endométriales. [38]

Les implants vont évoluer vers la cicatrisation qui sera soit invisible ou alors sous forme de cicatrices péritonéales blanches voire de lésions noires dites « classiques ».



Evolution des implants péritonéaux soit vers la guérison (voie 1) soit vers l'endométriose maladie (voie 2). [39]

Cette théorie du reflux explique bien l'atteinte intra-péritonéale pelvienne mais n'explique pas l'atteinte sous péritonéale et extra-pelvienne.

2. Théorie métaplasique cœlomique

De son autre nom : la théorie du développement de résidus müllériens fut décrite par Waldeyer en 1870 et par Meyer en 1923.

On pourrait l'expliquer par une différenciation du tissu endométriosique à partir d'un tissu préexistant d'origine embryonnaire, en effet l'ovaire et les canaux de Müller sont tous les deux dérivés de l'épithélium cœlomique.

Minh a repris et développé cette théorie en 1988 en démontrant la similitude structurale entre le mésothélium de l'ovaire et le tissu endométrial.

La théorie suggère que l'épithélium de l'ovaire pourrait se transformer en endomètre par phénomène de métaplasie.

Cette théorie permettrait d'expliquer les cas d'endométriose sans reflux menstruel, comme par exemple les rares cas retrouvés chez des hommes sous traitement oestrogénique ainsi que les cas de filles pré pubères ou les localisations pleurales.

Mais cette théorie est controversée car si elle était vraie, on devrait retrouver de l'endométriose dans tous les tissus dérivés de l'épithélium cœlomique.

De plus, la fréquence de l'endométriose devrait alors augmenter avec l'âge si la métaplasie cœlomique ressemblait aux métaplasies habituelles, ce qui laisse supposer une autre cause physiopathologique.

La théorie de la métaplasie cœlomique est donc tout à fait compatible avec l'endométriose sous péritonéale mais elle explique moins l'atteinte intra-péritonéale.

3. Théorie de l'induction

L'endomètre qui reflue dans la cavité péritonéale entraînerait une libération de facteurs de croissance et de cytokines qui seraient capables d'induire la métaplasie des séreuses ovariennes et péritonéales, cela transformerait des cellules immatures du mésenchyme en cellules endométriales fonctionnelles.

Cette théorie permet d'apprécier les localisations de l'endométriose au niveau des ovaires, des trompes ainsi que du cul de sac de Douglas mais cela n'explique pas les autres localisations comme au niveau pleural et autres.

4. Théorie métastatique ou théorie des embolies lymphatiques et veineux

Les vaisseaux lymphatiques du myomètre ainsi que les ganglions lymphatiques inguinaux et pelviens peuvent contenir des lésions endométriosiques.

La dissémination par voies lymphatiques et vasculaires de cellules endométriales pourrait expliquer les rares endométrioses à distance de l'utérus (localisation pulmonaire, cérébrale, oculaire, ombilicale ou encore l'espace retro-péritonéal).

Cette théorie est une variante de la théorie de l'implantation, imputant le déplacement des cellules endométriales par voie lymphatique ou hémotogène et par dissémination iatrogène involontaire au cours d'une intervention chirurgicale abdominale ou pelvienne.

5. Théorie composite

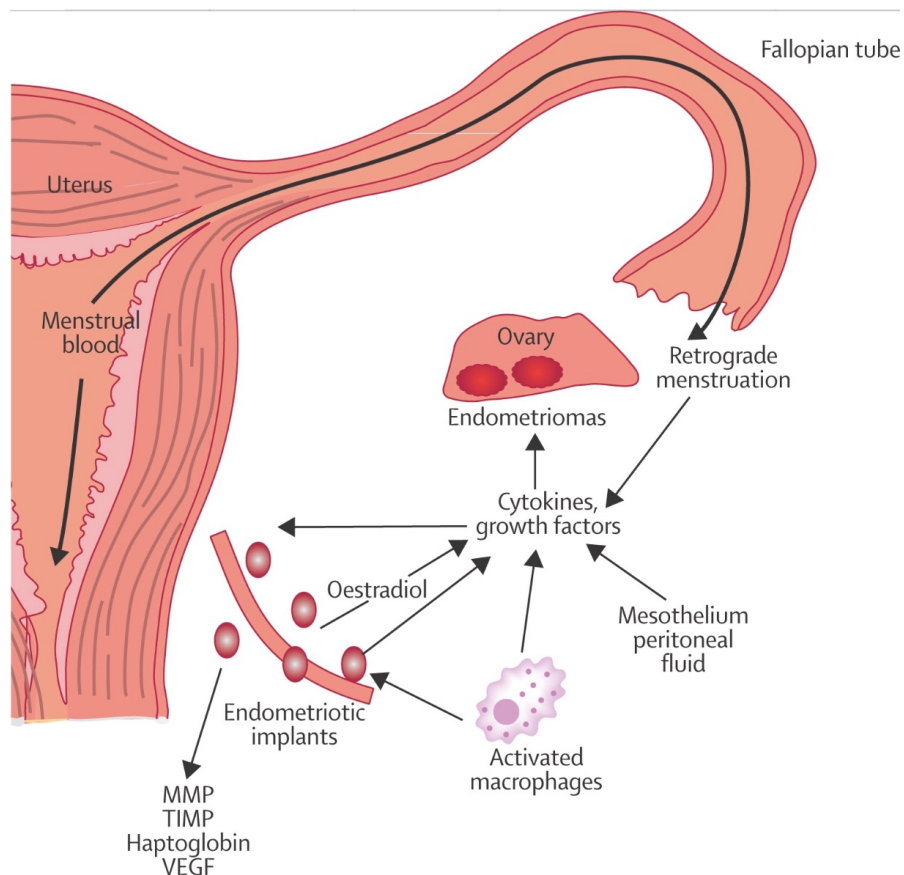
L'origine de l'endométriose serait variable en fonction des différentes localisations de la maladie.

Il est probable que l'endométriose résulte d'une intrication de l'ensemble des théories physiopathologiques suscitées pour expliquer l'ensemble des atteintes possibles répertoriées.

Théorie	Arguments en faveur	Arguments en défaveur
Théorie de l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> - Localisation des lésions correspondantes au reflux - Fragments endométriaux viables dans le liquide menstruel et péritonéal et capables de proliférer - Phénomène de reflux est connu - Présence d'intégrines sur les cellules endométriales qui permettent l'adhésion au péritoine - Présence de métalloprotéases sur les fragments d'endomètre, capables de dégrader les membranes 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les femmes présentant un reflux menstruel ne développent pas une endométriose. - N'explique pas les localisations pelviennes
Théorie métaplasique	<ul style="list-style-type: none"> - Exceptionnelle endométriose de l'homme sous oestrogénothérapie ou de l'adolescente - Localisation des lésions 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution anatomique de certaines lésions - Absence d'augmentation de la fréquence de la maladie avec l'âge
Théorie de l'induction	<ul style="list-style-type: none"> - Explique l'atteinte sous péritonéale - Similitude entre le mésothélium de l'ovaire et le tissu endométrial 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de métaplasie augmentant avec l'âge - N'explique pas l'atteinte intra péritonéale
Théorie métastatique	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des localisations ganglionnaires pelviennes - Foyers endométriosiques urinaires, pulmonaires et atteinte neurologique 	

Tableau comparatif des différentes théories

B. Facteurs de développement



Les différents facteurs de développement entraînant une endométriose. [19]

1. Anomalies hormonales

a. Surexpression de l'aromatase

La surexpression d'aromatase au niveau de l'endomètre entraînerait une synthèse locale accrue d'œstrogène dans le tissu pathologique.

L'aromatase est une enzyme responsable de la conversion de l'androstenedione en estrone et de la testostérone en œstradiol.

Les œstrogènes stimulent ensuite l'activité des cyclooxygénase 2 (COX 2), ce qui entraîne la libération de prostaglandines pro-inflammatoires (PGE2).

Il s'établit ainsi une boucle de stimulation excitatrice aboutissant à une production locale continue d'estrogènes et de prostaglandines, aggravant le processus inflammatoire pathologique.

L'aromatase n'est pas exprimée par le tissu endométrial normal, mais est néanmoins exprimée par de nombreux tissus : les ovaires, le tissu adipeux, la peau et le cerveau.

[4]

b. Déficit en 17 β hydroxystéroïde déshydrogénase de type 2.

Cette enzyme catalyse la transformation de l'estradiol en estrone qui est moins actif. Ceci entraîne donc une augmentation au niveau local de la concentration d'œstrogènes synthétisés.

La concentration élevée de prostaglandines et d'œstrogènes est responsable de la prolifération, de la migration, de l'angiogénèse et de la résistance à l'apoptose.

2. Facteurs immunologiques

[40][74][76]

Une augmentation de l'activité des macrophages et de certaines cytokines principalement l'IL 6 et l'IL 8 dans le liquide péritonéal a été retrouvée chez des patientes présentant une endométriose minime à moyenne.

Ces transformations pourraient avoir un effet délétère sur l'ovocyte par diminution de la pénétration et sur les spermatozoïdes avec une altération du mouvement.

De plus, des anomalies au niveau des lymphocytes T et B, des taux élevés d'IgA, IgM et Ig G ont fait penser à une hypothèse auto-immune.

En effet, les cellules T sont en nombre normal chez les femmes endométriosiques mais sont moins efficaces pour détruire les cellules endométriales ectopiques.

On a identifié des auto-anticorps dirigés contre les antigènes endométriaux, spécifiques de l'endométriose.

L'endomètre des patientes atteintes d'endométriose exprimerait des antigènes de transplantation que sont les HLA-DR, antigènes retrouvés dans les maladies auto-immunes.

Le groupe des metalloprotéases ainsi que leurs inhibiteurs sont les régulateurs physiologiques du remodelage de la matrice extracellulaire qu'on observe au cours du cycle endométrial.

La metalloprotéase 7 (MMP-7) est exprimée par les glandes endométriales eutopiques pendant la phase proliférative alors que l'on retrouve cette metalloprotéase durant tout le cycle de l'endomètre ectopique.

L'activité de cette MMP-7 est normalement régulée par de la progestérone, ce qui pourrait ne plus être le cas lors d'endométriose.

On note aussi que lors d'endométriose on identifie des anomalies de macrophages.

Leur rôle initial est de débarrasser la cavité péritonéale de débris endométriaux, spermatozoïdes et de cellules folliculaires.

Lors d'endométriose les macrophages sont insuffisants dans ces rôles ce qui pourrait aggraver voire entraîner l'endométriose de plusieurs manières ;

- en sécrétant de la fibronectine permettant l'adhésion au péritoine par les cellules endométriales,
- en sécrétant des facteurs de croissance type EGF, TNF- α ou IL-1, provoquant la prolifération de l'endomètre,
- en libérant des cytokines angiogéniques comme le VEGF, le TNF- α ou l'IL-8,

- En sécrétant des cytokines qui activent les cellules B qui sont productrices d'anticorps comme l'IL-6 et l'IL-10, et participent à la multiplication d'auto-anticorps.

On retrouve aussi une diminution de l'activité cytotoxique des cellules NK chez les femmes endométriosiques.

Ces cellules ont un rôle d'épuration de la cavité péritonéale.

Ce phénomène pourrait s'expliquer par la sécrétion de substances inhibant les cellules NK par l'endomètre ectopique ou par un milieu hormonal qui serait défavorable aux cellules NK.

3. Facteurs vasculaires

L'angiogénèse est la formation de nouveaux vaisseaux à partir de vaisseaux sanguins existant, il est probable qu'elle jouerait un rôle clé dans l'implantation et le développement de tissu ectopique de l'endométriose.

[3]

4. Facteurs de croissance

[32]

Les facteurs de croissance peuvent être produits par le tissu endométriosique, mais peuvent aussi provenir de différentes sources, principalement des macrophages activés qui sont présents dans le liquide péritonéal.

On peut retrouver : l'EGF, le TGF β et M- CS

En théorie, lorsque les débris endométriaux refluent vers la cavité péritonéale, les macrophages activés interviennent directement ou en coopérant avec les cellules T, B et NK.

Or lors de l'endométriose, ils sont incapables de faire disparaître ces fragments du fait de diverses raisons :

- un excès de reflux d'endomètre,
- une détermination génétique entraînant une non réponse aux antigènes exprimés sur l'endomètre,
- des cellules NK inefficaces,
- des antigènes sécrétant des molécules qui inhibent le système immunitaire.

La macrophages sont alors surmenés donc hyperactifs entraînant une libération de cytokines en excès ce qui paralyse les cellules immunitaires : cellules B, T et NK, les facteurs de croissance et les molécules angiogéniques.

La présence en excès de ces molécules explique les symptômes de l'endométriose : la douleurs, les adhérences pelviennes ainsi que l'infertilité.

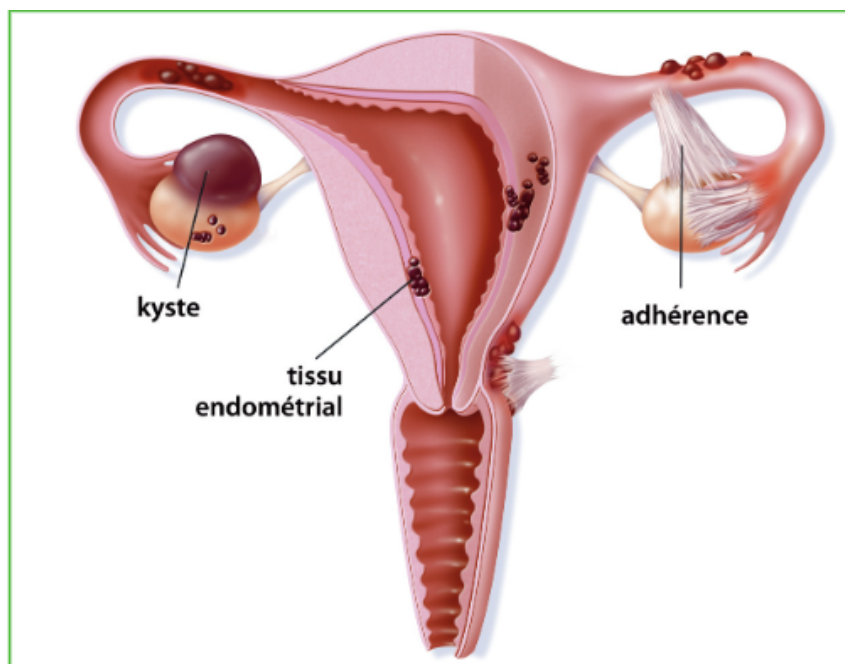
C. Anatomopathologie des lésions

[17][58]

Il semblerait que 80% des lésions endométriosiques subissent des variations périodiques en fonction du cycle hormonal qu'on retrouve sous forme de réactions hémorragiques ou inflammatoires.

Les lésions endométriosiques peuvent constituer des adhérences entre elles ou avec les structures adjacentes qui sont plus ou moins denses et vascularisées provoquant des rétractations qui peuvent désorganiser l'anatomie du petit bassin.

L'apparence du tissu endométrial dépend des fluctuations hormonales du cycle menstruel et de l'ancienneté des lésions.



Différentes lésions d'endométriose. [40]

1. Lésions superficielles

[8]

Elles se localisent le plus souvent du côté gauche et peuvent atteindre le péritoine viscéral de l'ensemble du pelvis.

Les lésions les plus fréquemment rencontrées se situent au niveau du cul de sac vésico-utérin, du cul de sac postérieur, du ligament large et des ligaments utéro-sacrés.

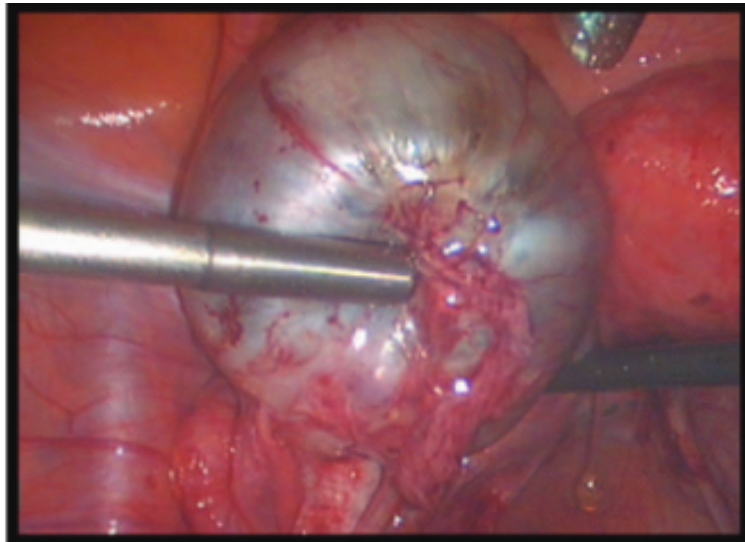
Certaines lésions intéressent les ovaires ou les trompes, parfois même les structures digestives.

2. Kystes ovariens et endométriomes

L'endométriome se retrouve au niveau de la face postérieure de l'ovaire entre celui-ci et le ligament large, avec une adhérence au péritoine et parfois même aux organes adjacents ; trompes, rectum, intestin grêle, l'utérus et l'appendice.

C'est un kyste ayant un contenu liquide épais et marron foncé appelé « chocolat » contenant des hématies et des cellules endothéliales.
 Il est souvent fixé et entraîne des douleurs cycliques.
 Il peut être unique ou bilatéral, parfois isolé, on le retrouve la plupart du temps dans une forme moyenne à sévère de la maladie.

Sa taille varie, environ deux centimètres pour des kystes superficiels et de dix centimètres voire plus pour les kystes profonds.

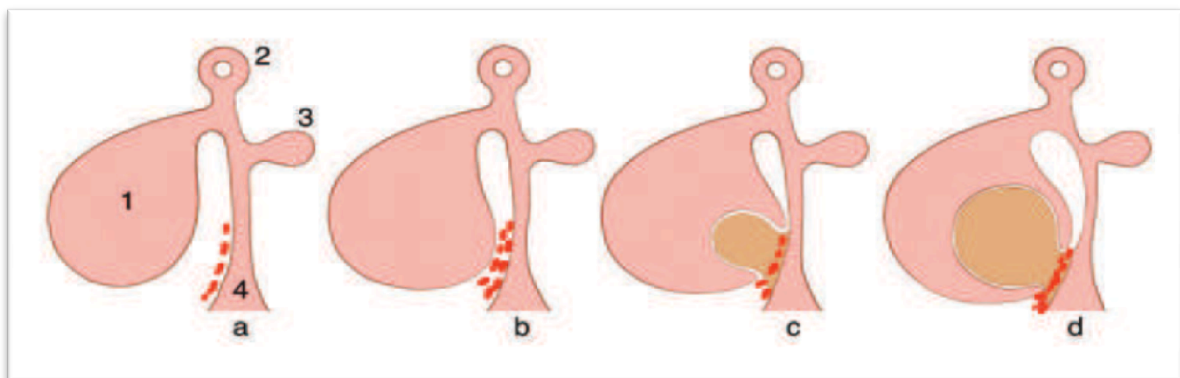


Photographie d'une endométriome. [29]

La formation de l'endométriome viendrait d'une inversion et d'une invagination du cortex ovarien à la suite d'une accumulation de débris menstruels dérivés de l'endomètre.

Ce kyste entraîne des réactions inflammatoires et de fibroses sévères.

A terme il n'existe plus de plan de clivage entre le kyste et l'ovaire.



1. ovaire 2. trompe 3. ligament rond 4. ligament large	a et b : accumulation des débris menstruels c et d : inversion et invagination du cortex ovarien
---	---

Constitution d'un kyste endométriosique. [41]

La kystectomie est le traitement de référence de l'endométriome ovarien chez la femme en âge de procréer.

Cependant un traitement conservateur a été proposé en alternative, il consiste à vidanger l'endométriome, à faire une imprégnation par les agonistes de la GnRH, à détruire dans un second temps les parois internes du kyste en utilisant le laser CO2 ou la coagulation bipolaire.

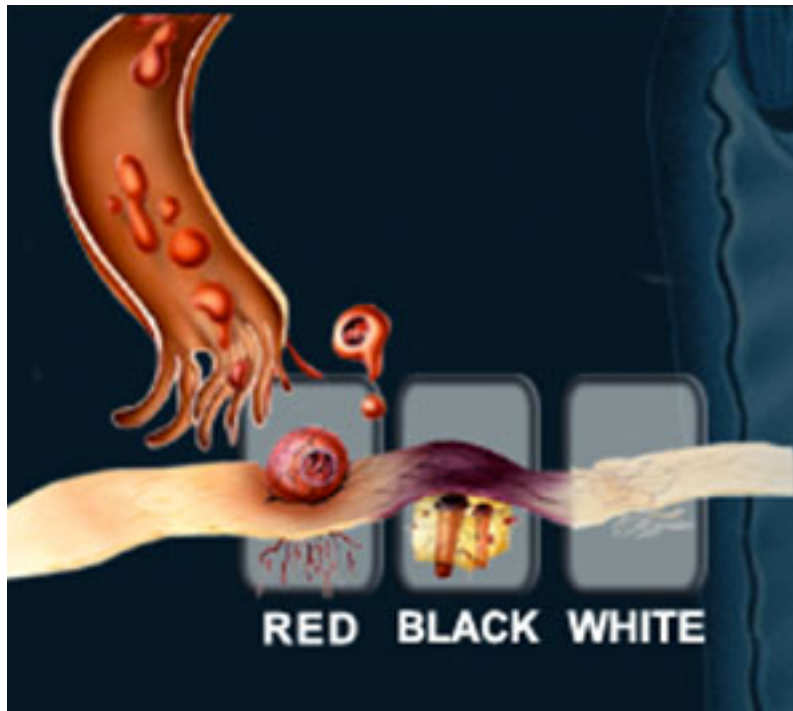
Ce traitement est censé éviter la diminution ou l'effet délétère sur le capital ovocytaire.

3. Implants endométriosiques

Les nodules simples ou implants endométriosiques sont de petites lésions qui se greffent sur le péritoine, les ovaires ou les trompes.

Les lésions rouges, vascularisées, inflammatoires seraient des lésions récentes et actives histologiquement et biologiquement, qui seraient susceptibles de s'aggraver mais aussi de se stabiliser ou d'involuer.

Ces lésions actives finiraient par se fibroser en lésions blanchâtres cicatricielles pour devenir des lésions anciennes.



Evolution des lésions endométriosiques. [22]

4. Adhérences

Les adhérences se définissent par des accolements anormaux entre deux organes.

Ces lésions sont les conséquences d'un état inflammatoire pelvien et peuvent toucher principalement les trompes.

Ces adhérences denses et rétractiles sont généralement retrouvées dans des formes moyennes à sévères de la maladie.

Ce syndrome adhérentiel inflammatoire participe à une réduction de la fertilité en modifiant l'anatomie des trompes.

On peut parfois retrouver ces adhérences au niveau du colon.

5. Adénomyose

[33]

L'adénomyose se définit par du tissu endométriosique au niveau du myomètre, avec une hypertrophie réactionnelle des cellules musculaires lisses utérines.

Bien qu'elle soit parfois asymptomatique, elle peut-être responsable de douleurs et de saignements importants.

L'épidémiologie diffère de l'endométriose, car ce sont plutôt les femmes nullipares de plus de quarante ans qui sont concernées.

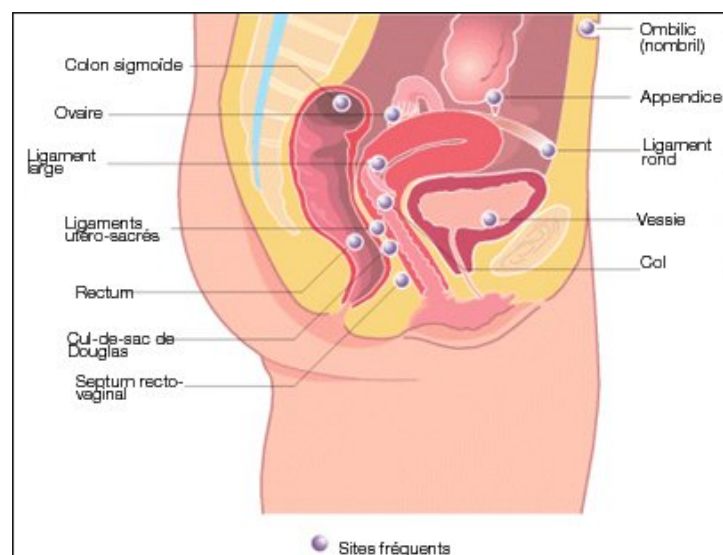
L'adénomyose se présente souvent par un foyer de taille restreinte parfois bleuté, sous la forme d'un nodule de taille variable plus dur que le myomètre qui lui est accolé, sa couleur est plus foncée car ce nodule contient du vieux sang.

Les douleurs liées à l'adénomyose sont souvent cycliques, basses et profondes, on les retrouve lors des menstruations avec parfois une irradiation lombaire et sacrée. Ces douleurs sont augmentées par la fatigue, la marche prolongée et les voyages en voiture.

L'hystérectomie constitue le traitement de référence chez les patientes présentant des symptômes et ne désirant plus avoir d'enfant.

Les traitements médicamenteux proposés seront quant à eux le stérilet au lévonorgestrel, les analogues de GnRH et les progestatifs antigonadotropes.

D. Localisation



Coupe du bassin avec localisations fréquentes de l'endométriose. [38]

La localisation des atteintes est en rapport avec la circulation du liquide péritonéal. On retrouve les lésions principalement au niveau des zones de déclivité par rapport au reflux tubaire.

La présence du colon sigmoïde ralentirait le flux péritonéal et accentuerait l'accumulation des cellules endométriales au niveau de cette zone.

On retrouve les kystes dans les ovaires, ainsi que sur les ligaments utéro-sacrés et le péritoine pelvien mais on peut aussi en trouver dans les trompes, le col utérin et les cicatrices d'épisiotomie ou de laparotomie et parfois même sur les anses intestinales.

Concernant l'endométriose superficielle on en retrouve le plus souvent au niveau du cul de sac de Douglas et du ligament large mais aussi au niveau du cul de sac vésical, du dôme utérin et du dôme vésical.

L'endométriose profonde se caractérise plutôt par l'atteinte des ligaments utéro-sacrés, du torus utérin, de la cloison et de l'espace recto-vaginal ainsi que du cul de sac vaginal postérieur, de la cloison recto-sigmoïdienne, du cul de sac de douglas et rarement des uretères pelviens.

Ovaire	55%
Région postérieure du ligament large	35%
Cul de sac utéro vésical et vessie	35%
Cul de sac de Douglas	34%
Ligament utéro-sacré	28%
Vagin	69%
Intestin	10%
Vessie	6%

Tableau des pourcentages d'atteintes d'organes. [81]

Concernant l'ovaire, les trompes et les ligaments l'atteinte à gauche est la plus fréquente.

E. Classification

[64]

De multiples classifications ont été proposées du fait de la diversité des localisations ainsi que des diverses atteintes.

En 1949, Wicks & Larson sont à l'origine de la première classification qui à l'époque était basée sur l'aspect histologique.

En 1951 c'est Huffman qui crée une classification anatomique puis Acosta, Buttram et al. en 1973 qui choisissent de distinguer les stades de gravité de l'endométriose en fonction des constatations.

Kistner en 1977 décide de baser sa classification sur les effets de l'endométriose sur la stérilité.

Aujourd'hui la principale classification utilisée pour l'endométriose est celle de l'*American fertility Société révisée (R-AFS)*, qui se base sur l'évaluation per – opératoire des lésions endométriales qui fut révisée en 1985.

1. Classification AFS

[31]

On évalue le degré des lésions lors d'une coéloscopie.

A chaque type de lésion sont affectés des points en fonction de leur taille, plus elles sont importantes plus le nombre de points est important.

Le calcul de la somme de ces points permet de stadifier l'endométriose.

Cette classification permet de corréliser le type de lésions avec le pronostic d'infertilité, l'avantage est que tous les foyers sont répertoriés.

En 1996, la description des implants péritonéaux avec leurs couleurs est ajoutée à cette classification.

Cependant, cette classification ne prend pas en compte le caractère évolutif et inflammatoire des lésions retrouvées.

Stade I	minime	1-5
Stade II	modérée	6-15
Stade III	moyenne	16-40
Stade IV	sévère	> 41

Figure : tableau répertoriant les stades d'endométriose.[31]

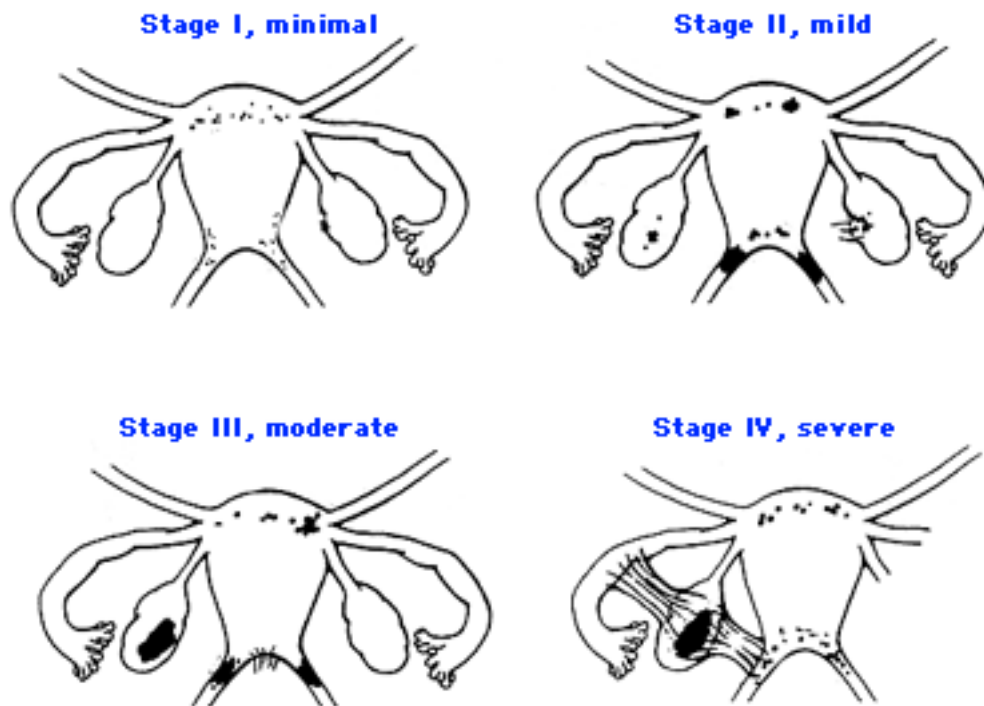


Illustration des différents stades de l'endométriose définis par la Société Américaine de médecine reproductive. [28]

Lésions péritonéales	superficielles	profondes
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	6
Lésions ovariennes		
	superficielles	profondes
Ovaire droit :		
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
Ovaire gauche :		
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
>3 cm	4	20
Adhérences		
	vélamenteuses	denses
Ovaire droit :		
> 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Ovaire gauche :		
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe droite :		
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe gauche :		
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Oblitération du Douglas		
	partielle	totale
	4	40

Noter l'aspect des implants superficiels :

Rouge (R) : points rouges, en flammèches, vésicules sombres, vésicules claires

Blanc (W) : opacification, déféctuosité péritonéale, jaune – brun

Noir (B) : noir, dépôt d'hémosidérine, bleu

Tableau représentant le score R- AFS. [75]

Ce score a malheureusement des failles car plusieurs lésions très différentes peuvent se retrouver avec le même score.

En plus de la multiplicité des foyers pelviens d'endométriose, d'autres facteurs doivent être pris en compte pour le pronostic comme l'évolutivité des lésions, les facteurs hormonaux, les facteurs immunologiques et psychiques.

2. Classification FOATI

Contrairement à la classification américaine, la classification française : FOATI, prend pour sa part le facteur inflammatoire en compte ainsi que le caractère évolutif des lésions.

Elle a été proposée par le Groupe d'Etude de l'Endométriose (GEE) en 1984.

Facteurs principaux	0	1	2	3
F (Foyer – péritoine, diamètre cumulé)	Sans lésion	< 1 cm	1-5 cm	> 5 cm
O (endométriome ovarien)	Sans lésion	< 1 cm	1-5 cm	> 5 cm ou bilatéral
A (adhérence)	Sans lésion	Mobilité trompe et ovaire conservée	Conservation partielle mobilité trompe et/ou ovaire	Absence mobilité trompe et/ou ovaire
T (localisation tubaire)	Sans lésion	Occlusion partielle (proximale ou distale)	Occlusion totale d'un côté + partielle de l'autre	Occlusion totale, bilatérale et permanente
I (inflammation)	+ si hypervascularisation + si saignement de contact + si > 50% de lésions rouges ou autres marqueurs.			
CDS (cul-de-sac)	Sans lésion	Lésions superficielles des ligaments utéro-sacrés	Lésions profondes des ligaments utéro-sacrés	Atteinte du septum rectovaginal
Autres	E : intestins U : urinaires			

- 0 : absence de lésion
- 1 : lésions minimales
- 2 : lésions moyennes
- 3 : lésions graves

Tableau reprenant la classification FOATI. [43]

Le facteur inflammatoire est basé sur l'aspect visuel du pelvis.

Cette classification est plus précise que la classification de l'AFS-R. Elle permet d'être plus proche de l'aspect IRM de l'endométriose.

Cette classification permet de traduire la topographie de toutes les lésions retrouvées et leur niveau de gravité à un moment précis de la maladie.

La classification FOATI, si elle était réalisée à deux temps différents permettrait de réaliser des comparaisons et pourrait expliquer :

- l'efficacité d'un acte thérapeutique
- l'évolution des lésions

L'inconvénient de cette classification est que les coefficients reflètent la morphologie des lésions mais ni les douleurs ni l'infertilité ne sont reliées à la dimension des lésions.

3. Classification EFI

[77]

Depuis 2010, un nouvel outil est à disposition des praticiens pour prédire un taux de grossesse spontanée chez les patientes ayant été opérées pour infertilité liée à une endométriose et ce dans les trois années qui suivent l'opération.

C'est le score EFI pour Endometriosis Fertility Index.

Il s'agit d'un score regroupant une multitude de facteurs comme le score fonctionnel minimal ou LFS : Least Function Score, qui est calculé en post opératoire.

Il résume l'aspect fonctionnel des trompes de Fallope, des franges tubaires et des ovaires après l'intervention

Le score obtenu s'ajoute à d'autres facteurs chirurgicaux mais aussi à l'interrogatoire fait de la patiente.

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI) SURGERY FORM

LEAST FUNCTION (LF) SCORE AT CONCLUSION OF SURGERY

Score	Description	Left	Right
4	= Normal	Fallopian Tube <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
3	= Mild Dysfunction	Fimbria <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
2	= Moderate Dysfunction	Ovary <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
1	= Severe Dysfunction		
0	= Absent or Nonfunctional		

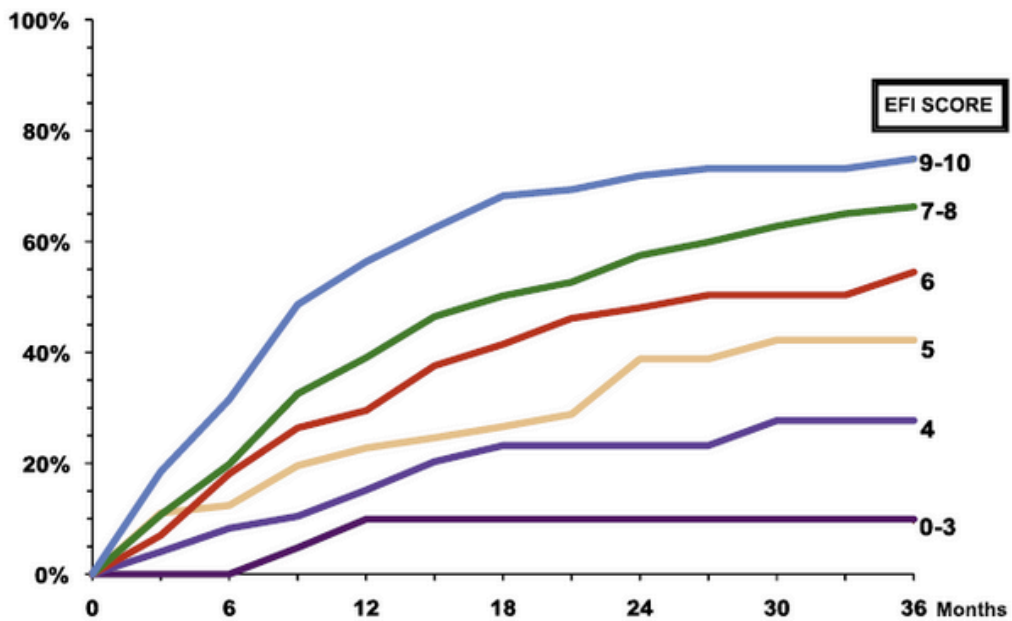
To calculate the LF score, add together the lowest score for the left side and the lowest score for the right side. If an ovary is absent on one side, the LF score is obtained by doubling the lowest score on the side with the ovary.

Lowest Score	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	+	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	=	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	LF Score
	Left		Right			

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI)

Historical Factors			Surgical Factors		
Factor	Description	Points	Factor	Description	Points
Age	If age is ≤ 35 years	2	LF Score	If LF Score = 7 to 8 (high score)	3
	If age is 36 to 39 years	1		If LF Score = 4 to 6 (moderate score)	2
	If age is ≥ 40 years	0		If LF Score = 1 to 3 (low score)	0
Years Infertile	If years infertile is ≤ 3	2	AFS Endometriosis Score	If AFS Endometriosis Lesion Score is < 16	1
	If years infertile is > 3	0		If AFS Endometriosis Lesion Score is ≥ 16	0
Prior Pregnancy	If there is a history of a prior pregnancy	1	AFS Total Score	If AFS total score is < 71	1
	If there is no history of prior pregnancy	0		If AFS total score is ≥ 71	0
Total Historical Factors			Total Surgical Factors		
EFI = TOTAL HISTORICAL FACTORS + TOTAL SURGICAL FACTORS: <input style="width: 50px; margin-left: 10px;" type="text"/> + <input style="width: 50px; margin-left: 10px;" type="text"/> = <input style="width: 50px; margin-left: 10px; border: 1px solid black;" type="text"/>			Historical Surgical EFI Score		

ESTIMATED PERCENT PREGNANT BY EFI SCORE



Score EFI et pourcentage de grossesse estimé en fonction du score EFI. [77]

A partir du score EFI, des données statistiques permettent de prédire le taux de grossesse spontanée.

Le score LFS reste cependant critiquable car il est opérateur dépendant.

Le but de cette classification est de rassurer la patiente qui a un bon score pronostic et de prendre en charge rapidement les patientes pour lesquelles ça ne serait pas le cas.

IV. Symptômes et conséquences

Les symptômes de l'endométriose sont multiples et dépendent davantage de la localisation des lésions que de leur gravité.

On dit que la symptomatologie de l'endométriose est polymorphe.

[16][52]

A. Les douleurs

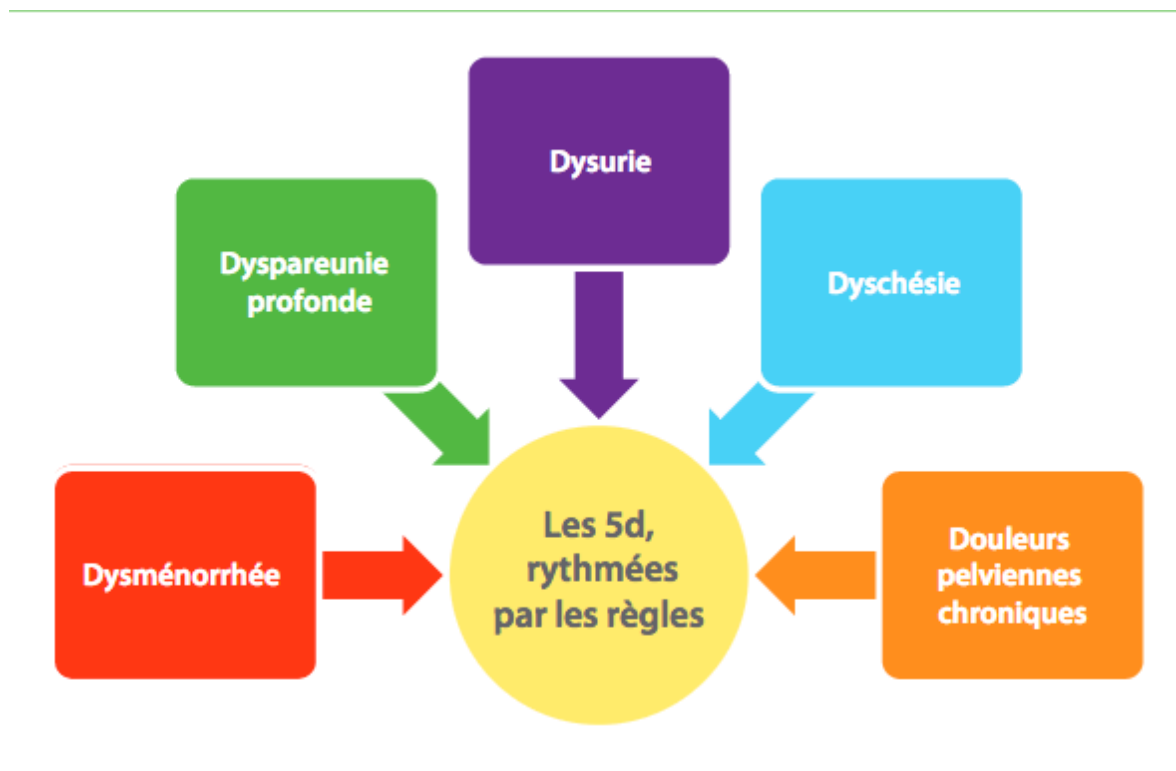


Illustration des symptômes retrouvés dans l'endométriose. [40]

On peut décrire les douleurs par les « 5D » : dysménorrhée, dyspareunie profonde, dysurie et Dyschésie ou douleurs à la défécation et douleurs pelviennes chroniques

Ces cinq douleurs sont les principales rapportées par 60 à 80 % des patientes ayant une endométriose profonde.

Il faut savoir que les douleurs sont très variables d'une femme à l'autre, l'intensité est dépendante de plusieurs facteurs comme le genre, le nombre et la localisation des

implants endométriosiques, le degré de la profondeur de l'infiltration et le stade de l'endométriose.

Les douleurs d'endométriose externe sont rythmées par les menstruations. On a une douleur pelvienne d'intensité variable, sourde et lancinante avec un phénomène de pesanteur, elle irradie vers les plis inguinaux, le coccyx et la région lombo-sacrée. Les irradiations sont fonction de la localisation de l'endométriose.

Trois mécanismes semblent expliquer ces douleurs :

- une atteinte nerveuse causée par des lésions d'endométriose,
- une réaction inflammatoire suite aux micro-saignements menstruels des lésions isolées, au niveau des implants,
- la formation d'adhérences, qui sont des lésions évoluées qui induisent des déformations algiques de l'appareil génital interne de la femme,

De ce fait les douleurs peuvent être chroniques ou cycliques.

Il existe une corrélation entre les douleurs et l'importance des adhérences ou la profondeur de l'endométriose, entre le nombre d'implants et l'intensité des dysménorrhées ou des douleurs chroniques diffuses et entre la symptomatologie et la localisation de l'endométriose profonde.

1. Douleurs abdomino-pelviennes

On parle aussi de douleurs pelviennes chroniques ou DPC.

On les retrouve dans 40% des cas d'endométriose et elles sont généralement présentes quand il y a une atteinte profonde des intestins.

Les douleurs sont pelviennes, abdominales, lombaires ou sacrées et sont exacerbées en période péri-ovulatoire ou péri-menstruelle.

Elles s'expliquent par des atteintes du tractus digestif et des adhérences.

Elles sont aspécifiques et variables et ne suffisent pas à elles seules pour le diagnostic.

Elles peuvent parfois être associées à des irradiations postérieures rectales (défécation douloureuse) ou antérieures avec dysurie.

Il est reconnu que la fréquence des douleurs n'est pas liée au stade de la maladie.

2. Dysménorrhées

Dysménorrhées : menstruations douloureuses

[17]

La présence de dysménorrhées sévères avec un EVA > 8 serait évocatrice d'endométriose.

Toutes les formes d'endométriose ne seraient pas douloureuses mais on retrouve la présence de douleurs dans 75 à 90 % des cas.

Les dysménorrhées seraient secondaires et tardives arrivant vers le 3^{ème} jour des règles, s'aggravant progressivement au cours de celles ci.

Les douleurs sont décrites comme intermittentes, précises, spasmodiques, irradiant vers les fesses et les cuisses.

Elles sont principalement expliquées par la localisation utéro-sacrée et recto-vaginale.

Elles sont secondaires aux implants endométriosiques, à la réaction inflammatoire environnante et aux processus adhérentiels.

Elles sont de ce fait rythmées par les variations hormonales du cycle.

A noter que les dysménorrhées semblent plus sévères et plus longues dans le cas de l'endométriose rectale.

Conseils du pharmacien en plus de la médication :

- utiliser une source de chaleur type bouillotte sur les zones douloureuses
- possibilité de faire des cataplasmes d'argile verte sur le bas ventre
- réalisation de massages avec des huiles végétales neutres, attention à ne pas utiliser n'importe quel produit.

[65]

3. Dyspareunie

Dyspareunie : douleurs durant les rapports sexuels

On la retrouve chez 35 à 50% des femmes endométriosiques.

On peut expliquer la dyspareunie par une atteinte sous péritonéale postérieure avec une atteinte des ligaments utéro-sacrés et de la cloison recto vaginale.

Cette douleur est retrouvée dans tous les stades de l'endométriose.

Les dyspareunies sont profondes et sont souvent déclenchées par certaines positions lors des rapports.

Elles perturbent la vie sexuelle des femmes atteintes car 40 à 52% des endométriosiques se déclarent insatisfaites de leur vie sexuelle.

La dyspareunie profonde est majorée en 2^{ème} partie du cycle et traduit généralement l'atteinte des ligaments utéro-sacrés et du cul de sac de Douglas et est aussi présente en cas de lésion profonde de la cloison recto-vaginale.

4. Dyschésie

Dyschésie : trouble de l'évacuation rectale avec douleurs

On la retrouve souvent avec un caractère cyclique mensuel et peut s'accompagner d'autres signes tels que des diarrhées ou constipations et rectorragies.

L'exacerbation menstruelle de ces signes est particulièrement évocatrice.

5. Dysurie

Dysurie : miction difficile ou douloureuse

Elles ne sont pas spécifiques de l'endométriose mais leur caractère cyclique doit faire penser à ce diagnostic.

On peut aussi retrouver une pollakiurie et parfois même des hématuries.

Ces signes urinaires sont souvent plus importants durant les menstruations et s'associent fréquemment à des douleurs pelviennes chroniques.

6. Hémorragies

On les retrouve sous la forme de métrorragies prémenstruelles ou de saignements provoqués par les rapports sexuels en cas de localisation cervicale ou vaginale.

On note aussi l'apparition parfois de ménorragies, assez fréquentes (23,6%) liées à la mauvaise contractilité du myomètre, qui de ce fait assure moins bien son action hémostatique.

Les ménorragies ou métroragies révèlent le plus souvent une atteinte utérine. Elles peuvent entraîner, du fait de leur importance une anémie ferriprive.

B. Infertilité

[10][54][66]

L'infertilité touche 10% des femmes atteintes d'endométriose, elle est d'origine multifactorielle mais souvent due aux adhérences pelviennes et lésions tubaires induites par l'endométriose.

90% des femmes endométriosiques ont eu des difficultés à procréer et 48% ont recours à la PMA.

A l'inverse, 20 à 50% des femmes infertiles ont une endométriose.

L'infertilité est d'autant plus sévère que l'endométriose est sévère en terme de classification, en effet elle est de 37% pour les stades I et II, 22% pour le stade III et uniquement de 3% pour le stade IV.

Le degré d'infertilité dépend du niveau de l'atteinte.

Le taux de fécondité (taux de grossesses par cycle) dans la population générale pour des couples de 25 ans est estimé entre 15 et 20 % alors que ce taux n'est que de 2 à 10 % chez les femmes endométriosiques

Des facteurs mécaniques secondaires aux adhérences anormales entre les organes expliquent en partie, l'infertilité : l'anatomie n'est propice ni à une fécondation ni à une nidation.

Le mécanisme de l'infertilité n'est pas uniquement dû à des phénomènes mécaniques de type blocage des ovocytes dans les trompes, il est aussi dû à des troubles de la folliculogénèse et des anomalies du liquide péritonéal.

L'infertilité peut être expliquée par des modifications anatomiques et fonctionnelles du pelvis entraînant un obstacle mécanique à la captation de l'ovocyte.

Il s'agit d'adhérences pelviennes qui favorisent une modification des rapports anatomiques entre l'ovaire pré-ovulatoire et la trompe.

Les endométriomes ovariens participent également à l'infertilité de ces patientes lorsqu'ils sont volumineux en freinant la croissance folliculaire et en diminuant la production ovocytaire.

Causes ovariennes

- altération de la folliculogénèse,
- LUF syndrome ; non rupture du follicule,
- réduction de la qualité ovocytaire,
- défaut de la phase lutéale,
- processus adhérentiel péri-tubo-ovarien gênant la captation de l'ovocyte,
- altération du pavillon,
- trouble de la physiologie ovarienne (anovulation ou dysovulation).

Causes tubaires

- déformation tubaire,
- obstruction tubaire,
- dysfonction tubaire,
- altération de la dynamique pariétale et du péristaltisme en cas de lésion tubaire,

Causes immunologiques

- auto-immunité,
- anticorps anti endomètre,

Facteurs locaux altérant les spermatozoïdes,

- diminution de la mobilité des spermatozoïdes,
- perturbation de la réaction acrosomiale,
- inhibition de l'interaction spermatozoïde – ovocyte,

Facteurs locaux altérant l'embryon précoce

- défaut d'implantation,
- blocage des divisions cellulaires.

Le liquide péritonéal est inflammatoire ce qui semble affecter le développement de l'ovocyte et de l'embryon, l'ovulation, la mobilité tubaire ou encore la qualité du sperme.

C. Atteintes digestives

L'atteinte digestive concerne 5% des femmes atteintes d'endométriose.
L'âge moyen de diagnostic de lésions digestives est situé entre 27 et 45 ans.

Les lésions digestives sont situées à divers endroits le long de l'appareil.

Localisation	Fréquence
Recto-sigmoïde	75 à 90%
appendice	11%
Iléon terminal	7%
Colon descendant et transverse	4%

Tableau répertoriant les localisations des atteintes digestives de l'endométriose

La symptomatologie de l'endométriose digestive dépend de la localisation de l'atteinte mais aussi de la profondeur et de l'envahissement de la paroi digestive. Les troubles digestifs sont dus aux phénomènes hémorragiques et inflammatoires, aux adhérences entre le rectum et la cloison recto vaginale et aux sténoses digestives.

Les symptômes digestifs sont secondaires à la réaction inflammatoire cyclique générée par les implants endométriosiques au contact de la paroi digestive.

1. Diarrhée et constipation

On retrouve ces symptômes lors d'une localisation rectale de l'endométriose.

On note un pourcentage de 24 à 40% de personnes subissant des diarrhées mais aussi 14% des personnes atteintes d'endométriose qui alternent diarrhées et constipations.

On retrouve aussi des douleurs abdominales basses spontanées ou retrouvées lors de rapports sexuels.

1. Rectorragies

[6]

Des rectorragies sont retrouvées chez 15 à 20 % des femmes présentant une endométriose.

Elles sont dues à des lésions sous muqueuses ischémiques le plus souvent, rarement à des ulcérations muqueuses.

Il s'agit le plus souvent de selles sanguinolentes qu'on retrouve durant les règles. Quelques cas de météorisme et de syndrome occlusif ont aussi été recensés.

D. Atteintes vésicales

Les localisations urinaires sont retrouvées chez 2% des patientes atteintes, principalement dans les cas où l'on retrouve de l'endométriose profonde.

L'atteinte profonde de la vessie se fait à partir d'une extension d'un nodule du cul de sac vésico-utérin au travers de la musculature de la vessie.

Une atteinte indépendante des uretères est également possible. Les symptômes urinaires sont plus fréquents en cas d'atteinte profonde de la vessie. Ils se manifestent par des dysuries, des impériosités, des ténésmes vésicaux (faux besoins) et des tableaux de cystites à urines claires avec un ECBU négatif.

On peut retrouver des brûlures mictionnelles de type cystites, ne survenant qu'en période de règles, associées à des douleurs lombaires basses ainsi qu'à des douleurs à irradiation postérieure, ce qui peut conduire à des difficultés de diagnostic.

Le caractère récidivant et cyclique de ces atteintes doit faire évoquer le diagnostic d'endométriose.

L'hématurie est évocatrice mais n'est retrouvée que dans 1/3 des cas.

Les hématuries cataméniales sont présentes en cas d'atteinte profonde, lors d'une atteinte de l'uretère qui est alors d'une extrême gravité.

On retrouve des signes cliniques mais ne se manifestant que de manière tardive ce qui entraîne un retard de diagnostic.

On peut avoir un syndrome obstructif entraînant une urétéro-hydronephrose avec destruction silencieuse du rein.

Hydronephrose : dilatation du pelvis rénal et des calices rénaux avec compression du parenchyme rénal par accumulation d'urines dans ces organes du fait de l'obstruction des voies urinaires, ce qui entraîne la formation d'une tuméfaction fluctuante plus ou moins volumineuse

Cette atteinte urétérale se manifeste par une hypertension artérielle et parfois même une oligo-anurie.

L'atteinte se retrouve au niveau de l'uretère terminal dans ce cas le traitement sera uniquement chirurgical par résection anastomose et réimplantation urétéro-vésicale.

D. Autres localisations

[25][78]

1. Endométriose thoracique

Elle peut être découverte devant des douleurs thoraciques et une dyspnée.

Les deux principales complications de l'endométriose thoracique sont le pneumothorax et l'hémithorax.

Une hémoptysie peut également être observée.

2. Endométriose musculaire

Les localisations au niveau des muscles de la paroi abdominale sont très fréquentes, ainsi qu'au niveau des muscles des membres inférieurs, principalement au niveau du muscle droit de la cuisse et du vaste latéral.

A la clinique on retrouve une tuméfaction douloureuse avec une augmentation du volume ainsi qu'une exacerbation des phénomènes douloureux en période menstruelle.

3. Endométriose cutanée

L'atteinte cutanée se développe préférentiellement au niveau des cicatrices physiologiques ou après une intervention gynécologique.

Après laparotomie, l'utérus ainsi que les trompes seraient alors attirés par les adhérences contre la paroi abdominale.

Au cours de la menstruation le sang refluant dans les trompes suivrait les replis péritonéaux et les adhérences pour imprégner les cicatrices.

4. Endométriose du système nerveux

Une toux rythmée par les règles doit faire suspecter une atteinte sur le trajet du nerf sciatique.

5. Endométriose pulmonaire

On peut retrouver des hémoptysies lors de l'atteinte pulmonaire.

F. Evolution et complications

L'endométriose est une pathologie chronique et hormono-dépendant donc évolutive.

Les implants endométriosiques peuvent croître et les kystes peuvent se rompre mais il est aussi possible que les lésions régressent.

On peut retrouver des symptômes abdominaux aigus dans le cadre de syndromes occlusifs mécaniques sur des lésions endométriosiques intra-péritonéales volumineuses ou sur des adhérences d'origine endométriosiques, associés à un hémopéritoine.

Il existe un faible risque de torsion du kyste ovarien.

Il se peut que les patientes soient contraintes de subir une colostomie et iléostomie suite aux atteintes digestives.

V. Le diagnostic

[4][23][24][47][49]

Le diagnostic peut-être difficile à poser du fait de la diversité importante des symptômes et des atteintes.

Il s'écoule en moyenne entre sept et neuf ans entre les premiers signes de la maladie et son diagnostic.

Il n'existe pas d'examen direct pouvant confirmer ou infirmer le diagnostic, il s'agit d'une observation du tissu endométrial ectopique et d'un faisceau d'arguments qui l'accompagne.

Le diagnostic est établi le plus souvent entre 20 et 40 ans avec un pic de fréquence aux alentours de 35 ans.

A. Interrogatoire

[7]

L'interrogatoire est basé sur les signes cliniques pouvant être évocateurs, surtout s'ils sont rythmés par les règles.

On cherche à déterminer la présence de :

- Disménorrhées intenses,
- Dyspareunies profondes,
- douleurs pelviennes chroniques,
- signes urinaires,
- signes digestifs,
- Infertilité,
- Altération de la qualité de vie.

On cherche à retrouver des facteurs de risque tels que des antécédents familiaux ou une particularité sur les cycles menstruels : courts, règles abondantes et date des premières menstruations.

Il sera aussi question d'évaluer la qualité de vie de la patiente à l'aide des questionnaires EHP-30 ou sa version courte EHP-5 (qu'on a utilisé durant nos entretiens, à voir partie 3) ainsi que d'évaluer sa douleur grâce aux échelles.

B. Examen physique

Dans un premier temps, la palpation abdominale recherche la présence de douleurs.

L'examen est à pratiquer de préférence en période menstruelle pour augmenter sa sensibilité.

1. Inspection au speculum

Lors de l'inspection au speculum, l'utérus est souvent douloureux, augmenté de volume avec parfois développement asymétrique d'une masse : l'adénomyome.

Ces signes sont plus nets avant les règles.

Cependant l'examen peut-être normal.

L'examen clinique concernant l'endométriose externe montre des lésions surélevées bleutées ou rougeâtres au niveau de la vulve, du col vaginal, il s'agit de petits kystes de tailles variables (1 à 5 mm).

Il se peut qu'on retrouve des lésions inflammatoires sous la forme de zone érythémateuse pouvant saigner au contact.

2. Toucher vaginal (TV)

Le toucher vaginal devra être fait en période douloureuse et sera complété d'un toucher rectal.

Divers points doivent être recherchés :

- la position et la mobilité du col,
- des douleurs à la mobilisation cervicale,
- des nodules sur les ligaments utéro-sacrés,
- une douleur à la mise en tension des ligaments utéro-sacrés,
- une rétroversion utérine possiblement fixe et douloureuse,
- la liberté du cul de sac de douglas,
- des indurations pelviennes,
- la présence de masses uni ou bilatérales,
- un utérus irrégulier et augmenté de volume.

Lors de l'examen on retrouve des granulations ou nodules douloureux, durs et fixés au niveau de la face postérieure de l'isthme ainsi que sur les ligaments utéro-sacrés et dans la cloison recto-vaginale.

Le caractère douloureux et dur le distingue des petits myomes ou des lésions de carcinose. On retrouve ces nodules dans 43% des cas.

On retrouve une rétroversion douloureuse de l'utérus du fait d'une rétractation postérieure de l'utérus par des adhérences et ou des infiltrations des ligaments utéro-sacrés.

Un gros utérus évoquera davantage une adénomyose.

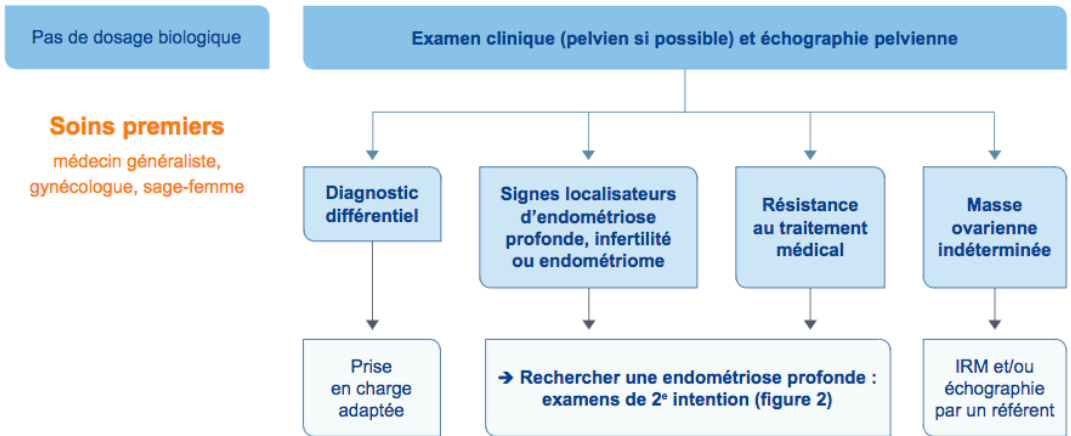
L'adénomyose et l'endométriose externe peuvent être associées.

De plus les ovaires seront augmentés de volume et douloureux

3. Toucher rectal (TR)

Le toucher rectal recherche une infiltration de la cloison recto-vaginale, il doit de ce fait être bi manuel.

Il sera pratiqué en cas de suspicion de lésions postérieures ou de troubles digestifs.

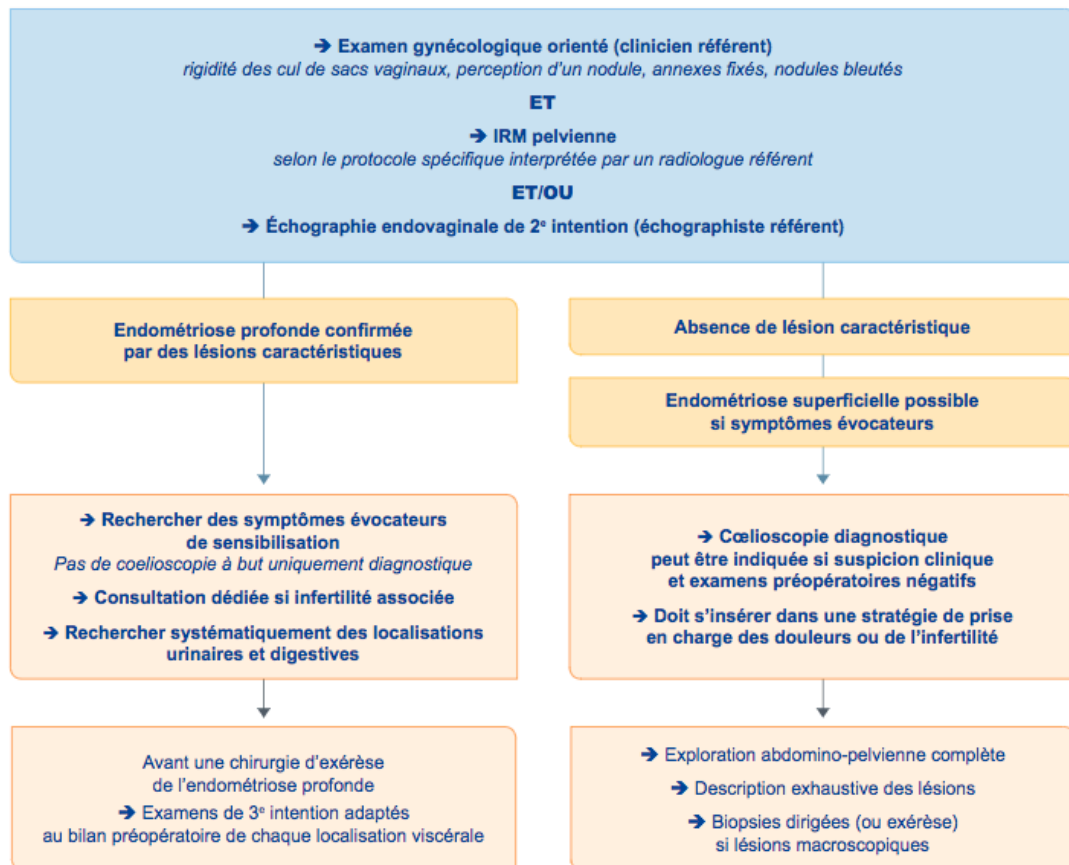


Examens de première intention à la recherche d'une endométriose selon les recommandations HAS. [55]

L'examen clinique gynécologique peut être normal dans le cas de l'endométriose et ne permet pas d'éliminer le diagnostic.

C. Imagerie

Tous les examens nécessitent des opérateurs entraînés à diagnostiquer l'endométriose.



Examens de deuxième intention dans la recherche d'une endométriose. [55]

1. Echographie

[14][56]

Cet examen constitue celui de première intention car il permet d'étudier les localisations connues des principales lésions endométriosiques tout en étant non invasif, accessible et en ayant un faible coût.

Elle se pratique plutôt en première partie du cycle.

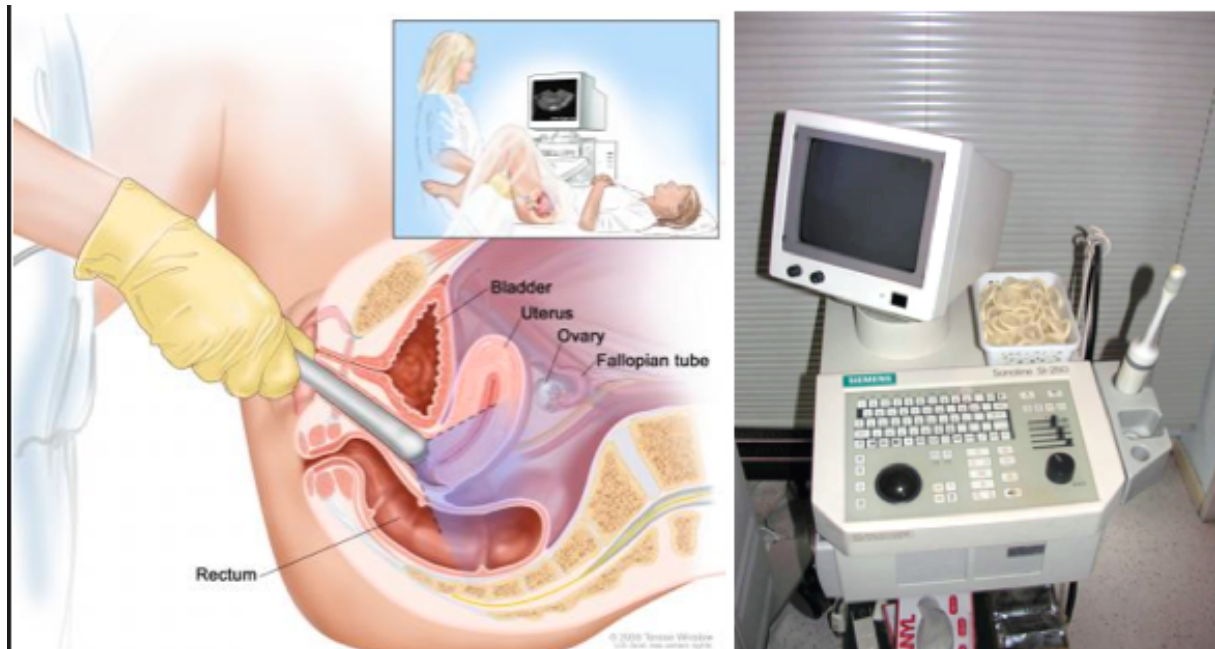
Il faut savoir que la normalité de l'échographie n'exclut pas le diagnostic d'endométriose.

Elle se pratique par voie sus-pubienne ainsi que par voie endovaginale et/ou endorectale, elle doit être pratiquée par un opérateur entraîné à reconnaître l'endométriose.

Elle est très performante pour l'endométriome puisque sa spécificité est de 90% dans sa description typique.

Le principal inconvénient de cette technique est qu'elle est opérateur dépendant.

a. Echographie endovaginale



Echographie en endo-vaginal. . [20]

[15]

L'examen se fera en transabdominal avec une vessie pleine puis en endovaginal avec cette fois-ci une vessie en semi-réplétion et vide et si possible en transrectal.

On peut observer un épaississement de la paroi postérieure de l'utérus avec des lacunes dans le myomètre ainsi que des endométriomes ovariens dans le cas d'une endométriome externe.

Le kyste ovarien va se développer en rétro-utérin, il aura un aspect arrondi, uniloculaire, une taille de 10mm à plusieurs centimètres et aura un contenu hypoéchogène homogène.

b. Echographie endorectale

L'atteinte endométriosique des ligaments utéro-sacrés se traduit à l'échographie par un épaississement et un aspect irrégulier, associés à des nodules au niveau des ligaments utéro-sacrés.

L'interprétation échographique seule est très difficile et nécessite souvent le recours à l'écho-endoscopie mais elle est très souvent utilisée dans le bilan préopératoire des atteintes digestives pour explorer les différentes couches de la paroi du recto-sigmoïde.

c. Echo-endoscopie rectale

Ce serait l'examen de choix pour l'étude de l'atteinte de la jonction recto-sigmoïdienne pour la maladie endométriosique.

A l'aide de sondes endo-cavitaires à hautes fréquences, on recherche au niveau de la muqueuse digestive, une formation nodulaire avec une face viscérale convexe, une face péritonéale plane, globalement hyperéchogène, accompagnée d'un renforcement postérieur inconstant.

Le seuil pathologique communément admis comme épaissement de la musculature rectale est de 3mm.

Cette technique est réservée aux cas sévères d'endométriose profonde digestive dans le cadre d'une intervention chirurgicale par résection rectale.

Elle nécessite parfois une anesthésie générale.

L'échographie n'est pas à elle seule suffisante pour poser le diagnostic d'endométriose. Elle est indispensable pour détecter l'endométriome et explore relativement bien les atteintes digestives, pariétales, urinaires et le cul de sac de douglas.

Elle reste l'examen à réaliser en première intention chez un femme présentant des symptômes endométriosiques car elle permet de dépister certaines lésions et d'éliminer de ce fait certains diagnostics différentiels.

2. IRM



Photographie d'une IRM. [43]

L'IRM est aussi un examen de choix dans le diagnostic de l'endométriose car il permet de détecter des lésions plus profondes mais il est utilisé en seconde intention, après avis des spécialistes pour étayer le diagnostic et définir les stratégies thérapeutiques.

Les contre-indications de l'IRM doivent être respectées soit :

- pas de pace-maker,
- pas de prothèse cardiaque,
- pas de clip vasculaire,
- pas de matériel chirurgical ferro-magnétique ou de corps étranger ferro-magnétique intra-oculaire.

L'examen est réalisé en décubitus dorsal, la meilleure résolution spatiale et en contraste est obtenue par des antennes de surface dites « phased array » dédiées au pelvis.

Les plans seront choisis en fonction de l'organe à étudier.

L'utilisation de gel rectal et/ou vaginal est utile pour la recherche de l'endométriose profonde.

L'IRM n'apporte rien de plus que l'échographie dans la caractérisation des endométriomes mais elle permet de rechercher une atteinte des ligaments utéro-sacrés ainsi qu'une infiltration sous péritonéale au niveau du septum recto-vaginal. Elle peut être utilisée aussi pour diagnostiquer les atteintes digestives et urinaires.

Cependant, étant donné la difficulté de détecter les adhérences aux stades initiaux de la pathologie, cette technique ne peut pas se substituer à la coéloscopie exploratrice.

Lorsque les règles sont très douloureuses on peut dépister la maladie dès l'âge de 10 -15 ans avec une technique d'IRM pelvienne très pointue.

L'IRM apparaît comme une technique non invasive avec une grande résolution en contraste et une capacité d'exploration en tous plans du pelvis.

3. Hystérosalpingographie ou hystérogaphie

Elle a été remplacé par l'IRM qui est plus performante et moins invasive.

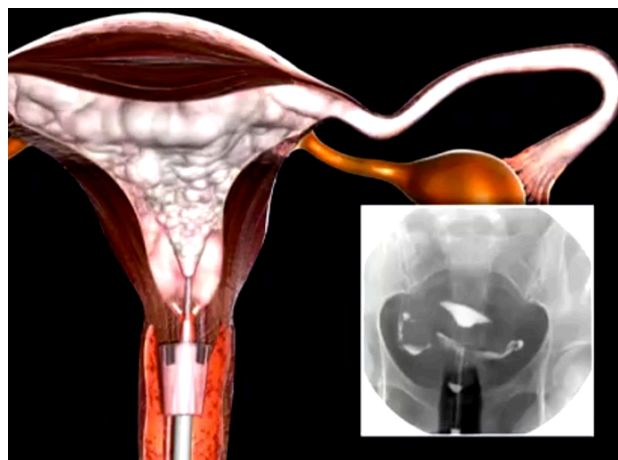
Elle est peu utile pour un diagnostic d'endométriose externe sauf en cas de stérilité car l'examen est souvent normal.

On doit suspecter une endométriose dans les cas ou on a :

- une image en parasol de l'utérus ce qui traduit la rétroversion de l'utérus fixée par des adhérences,
- une image en baïonnette de l'isthme utérin qui est due à des noyaux d'endométriose sur les ligaments utéro-sacrés,
- une rétention ampullaire plus ou moins partielle de produit de contraste liée à des adhérences annexielles ou à un fonctionnement tubaire perturbé,
- la bollonisation du cul-de-sac vaginal,
- les images diverticulaires des cornes utérines en boules de gui.



1.



2.

1.	Dans un premier temps, une aiguille est introduite dans l'utérus.
2.	Injection d'un produit de contraste, suivi à la radio pour voir si le liquide passe de l'utérus aux trompes.

Images expliquant l'hystérosalpingographie issues d'une vidéo. [70]

L'hystérosalpingographie reste un examen utile pour dépister une endométriose tubaire.

4. Colo scanner à injection d'air

Le colo scanner à air avec coloscopie virtuelle est utilisé dans l'étude des atteintes digestives.

Il consiste en une injection d'air dans le colon suivie d'une reconstruction du colon en trois dimensions.

Cette technique objective en particulier les sténoses en visualisant un rétrécissement extrinsèque ou intrinsèque de la lumière colique.

Elle permet une étude de tout le cadre colique.

5. Laparoscopie/cœlioscopie

[10][46]

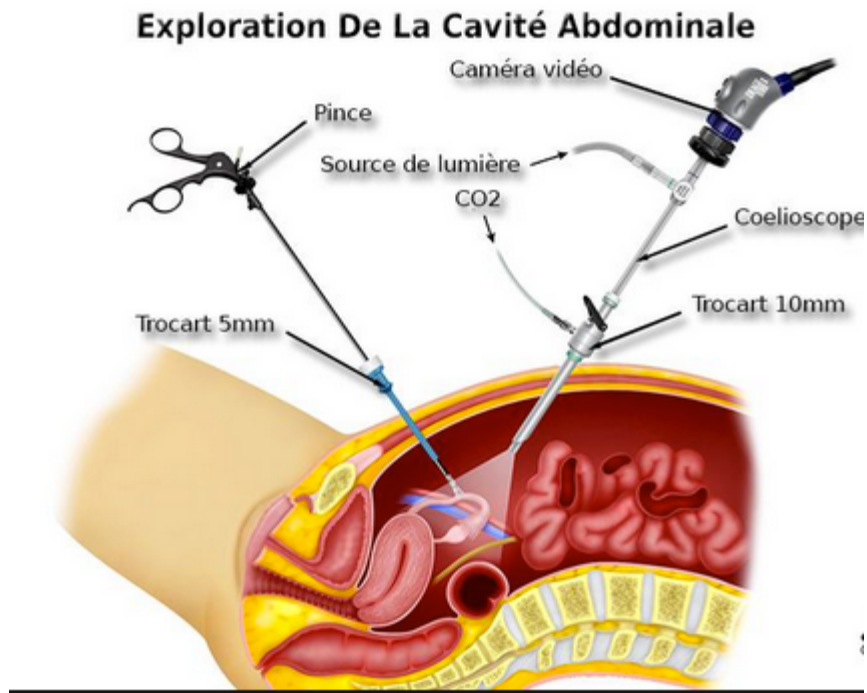


Schéma explicatif de laparoscopie.[11]

La cœlioscopie est considérée comme l'examen de référence pour le diagnostic de l'endométriose.

Elle est indiquée dans le cas d'une endométriose externe suspectée mais est inutile pour un diagnostic d'adénomyose.

Elle a à la fois un but diagnostique par visualisation ou analyse des lésions endométriosiques mais aussi un rôle thérapeutique par exérèse du tissu endométrial.

On aperçoit lors de cet examen des granulations ou des nodules bleutés, noirâtres ou rouges sur les ovaires, les ligaments utéro-sacrés et le péritoine pelvien ainsi que des lésions blanches cicatricielles correspondant à la fibrose péritonéale.

On peut aussi retrouver lors de la cœlioscopie des adhérences et des nodules à diverses localisations.

Elle permet de préciser le stade de l'endométriose à l'aide du score r-AFS.

D. Les marqueurs biologiques

1. Le CA-125

[10][13][41]

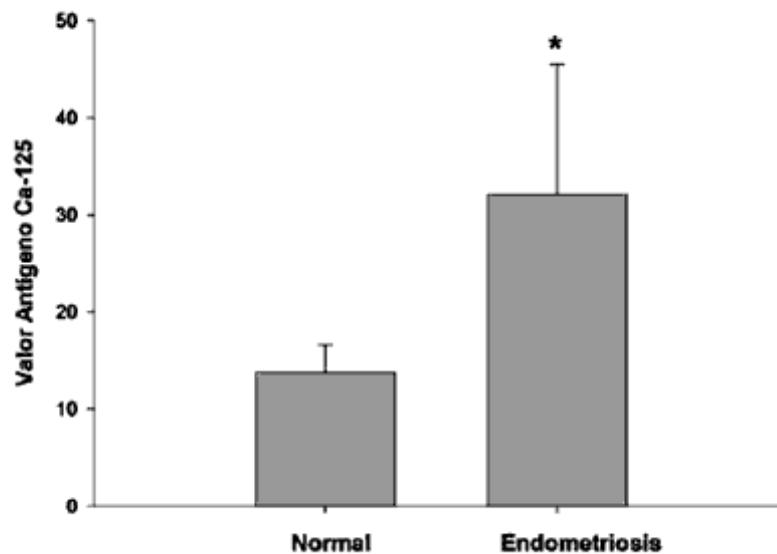
Il s'agit d'un antigène de surface retrouvé sur les tissus dérivant de l'épithélium cœlomique, du péritoine et de l'endocervix.

Le taux de ce marqueur sérique est augmenté de façon significative en période ovulatoire, chez des patientes porteuses de kystes endométriosiques ou de lésions d'endométriose profonde.

Cette élévation semble corrélée à la présence et au volume des endométriomes et des lésions profondes.

Le dosage du CA-125 isolé a une sensibilité beaucoup trop faible pour être considéré comme un marqueur de la maladie endométriosique, il doit n'être utilisé qu'en complément d'un examen clinique adapté.

L'association « perception d'un nodule » et un CA-125 > 35U/ml permet un gain de spécificité de 97,1% contre 91% contre un examen clinique isolé.



Taux de CA-125 dans le sérum de patientes saines et de patientes endométriosiques. [45]

Cette étude a été faite chez 117 femmes atteintes d'endométriose ainsi que chez 48 femmes sans pathologie.

2. Autres marqueurs

Le taux de CA-19-9 semblerait augmenter avec le stade de l'endométriose.

La mesure du taux d'IL- 6 (interleukine-6) combinée à l'IL- 8 (interleukine - 8) et de TNF- α permettrait également d'identifier certaines formes de la maladie.

E. Autres examens

Selon les douleurs et les localisations des lésions, d'autres avis de spécialistes peuvent être nécessaires.

En effet lors d'atteinte urinaire, l'intervention d'un urologue pour une cytoscopie peut être demandé, de même lors d'atteintes digestives, il pourra être demandé l'avis d'un gastro-entérologue.

Le pharmacien n'a pas les connaissances nécessaires pour diagnostiquer l'endométriose mais est néanmoins au premier plan pour orienter sa patiente lorsqu'il observe des signes cliniques qui lui semblent cohérents.

Il pourra ainsi rappeler à la patiente que les dysménorrhées sont anormales et nécessitent la consultation d'un gynécologue.

Il pourra essayer d'interroger un peu sa patiente en demandant si les dysménorrhées s'aggravent à partir du deuxième jour du cycle et s'il existe d'autres signes comme la dyspareunie ou la Dyschésie ainsi que leur fréquence cyclique ou non.

L'équipe officinale doit savoir repérer des femmes présentant les symptômes des 5D : dysménorrhée, dysurie, dyschésie, douleurs pelviennes et dyspareunies. Symptômes auxquels s'ajoute aussi une infertilité parfois exprimée au comptoir.

Il faut savoir qu'une dysménorrhée associée à d'autres symptômes tels que de la fièvre ou des nausées nécessite une consultation médicale, il sera donc du rôle du pharmacien d'orienter sa patiente.

Il faut informer la patiente sur l'existence de diverses associations auprès desquelles elle pourra se rapprocher si elle cherche des réponses.

En effet, en France il existe :

- endofrance
- endomind
- mems : Mon Endo Ma Souffrance
- ensemble contre l'endométriose
- Karuk'endo

Et certainement bien d'autres encore.

De plus il existe des groupes de paroles qui permettent de se rencontrer et de pouvoir partager avec des personnes qui comprennent la souffrance.

Ces associations sont à l'initiative de marches contre l'endométriose qui se déroulent partout en France au cours du mois de mars.

La première semaine du mois de mars est dédiée à cette pathologie.

Partie II : Prises en charge

Sans traitement, les symptômes vont s'aggraver et les lésions vont s'étendre pouvant aboutir à un blocage des organes génitaux et ceux voisins.

A l'inverse, avec la mise en place d'un traitement on note une amélioration de l'endométriose externe mais avec des récurrences toujours possibles alors que l'adénomyose elle, reste rebelle.

L'objectif est soit symptomatique, visant à supprimer les douleurs, soit étiologique par exérèse des lésions ou à visée hormono-suppressive permettant l'atrophie de l'endomètre ectopique.

Le traitement le plus efficace est chirurgical et se décide en fonction de l'intensité de la symptomatologie et du désir de grossesse de chaque patiente.

[23][62]

I. Médicamenteuse

[59][61][67][80]

Il faut noter qu'aucun traitement ne permet aujourd'hui de guérir de l'endométriose.

La stratégie thérapeutique décidée sera fonction de

- l'âge de la patiente,
- la sévérité des symptômes,
- le stade de la maladie,
- le désir éventuel de grossesse,
- le retentissement socio-professionnel de la maladie.

A. Douleurs

1. AINS

Ils sont utilisés comme traitement symptomatique de la douleur liée à l'endométriose en première intention.

Ils agissent en inhibant la production de COX-1 et COX-2 ainsi que les prostaglandines ce qui permet de soulager les douleurs de type crampes associées à l'endométriose.

Spécialité	Posologie	Indication
Acide méfénamique : Ponstyl ®	Jusqu'à 1500 mg par jour en 3 prises au moment du repas A partir de 12 ans.	Dysménorrhée
Acide tiaprofénique : Flanid ® Surgam ®	Jusqu'à 600 mg par jour en 3 prises A partir de 30 kg soit 10 ans, au cours du repas	Dysménorrhée
Diclofénac : Voltarène ® Xénid ®	Jusqu'à 100 mg par jour Au cours du repas	Dysménorrhée
Flurbiprofène : Antadys ® Cebutid ®	Jusqu'à 300 mg par jour en 3 prises A partir de 15 ans. Au cours des repas	Dysménorrhée
Ibuprofène : Advil ® Antarène ® Brufen ® Intralgis ® Nurofen ®	Jusqu'à 1200 mg par jour en 3 prises 1 prise à renouveler si nécessaire A partir de 15 ans Au cours des repas	Dysménorrhée
Kétoprofène : Toprec ®	Jusqu'à 75 mg par jour en 3 prises	Douleurs d'intensité légère à modérée ou fièvre
Naproxène : Apranax ® Naprosyne ®	Jusqu'à 1100 mg par jour en 1 ou 2 prises Au moment des repas	Dysménorrhée
Alminoprofène : Minalfène ®	900 mg par jour en 3 prises A partir de 15 ans, au cours du repas	Dysménorrhée
Nimésulide : Nexen ®	100 mg 2 fois par jour Après le repas	Dysménorrhée

Tableau : AINS ayant l'AMM pour l'endométriose pour les dysménorrhées

Leur mode d'action a pour but de diminuer la formation de prostaglandines et de thromboxane A2 grâce à une inhibition des cyclo-oxygénases.

Les AINS ont diverses propriétés :

- antalgique,
- antipyrétique,
- anti-inflammatoire,
- inhibition des fonctions plaquettaires.

Le traitement par AINS est un traitement symptomatique, il n'a pas de visée curative. En absence de contre-indication, les AINS seront utilisés en première intention dans la prise en charge de la dysménorrhée.

Ils doivent dans ce cas être administrés dès le début des douleurs et jusqu'à leur disparition.

L'ANSM recommande l'utilisation des AINS en parallèle à un traitement antigonadotrope pour traiter les douleurs de l'endométriose.

Les études n'ont pas montré de différences d'efficacité entre les divers AINS les uns par rapport aux autres.

Concernant la prise d'anti-inflammatoires, le pharmacien devra associer à sa délivrance plusieurs conseils ;

- tout d'abord la prise en milieu ou fin de repas pour réduire le risque de douleurs à l'estomac et d'ulcères
- Commencer la prise d'AINS dès le début des menstruations et la poursuivre jusqu'à 72h après celles-ci
- Ne pas associer à d'autres anti-inflammatoires ou autres médicaments à risque d'interactions.
- Respecter les intervalles de prises et les posologies maximales sur la journée.

De plus, en cas de douleurs gastriques, le pharmacien pourra conseiller d'ajouter la prise d'un anti-acide de type Alginate (Gaviscon®) ou d'un IPP de type Oméprazole (Maalox® ou Esoméprazole (Inexium®)).

En cas de douleurs rebelles, il faudra réorienter la patiente vers son médecin traitant voire son gynécologue.

2. Antalgiques de palier I

Le paracétamol reste l'antalgique de première intention, il est largement prescrit dans le cadre de l'endométriose mais aucune étude ne permet sa recommandation.

La posologie devra cependant ne jamais dépasser 4 grammes par jour, les prises devant être réparties sur la journée.

Le néfopam est lui aussi un antalgique de palier I, injectable utilisé dans le traitement de douleurs aiguës mais n'a pas fait l'objet d'étude dans l'indication endométriose.

3. Antalgiques de palier II

Les antalgiques de palier II correspondent à la codéine, utilisée seule ou en association ainsi que le tramadol, de même, utilisé seul ou en association.

Ils entraînent des effets indésirables de type constipation pour la codéine et vertiges ainsi que nausées et vomissements pour le tramadol.

Aucune étude ne permet de préciser son efficacité dans la prise en charge de la douleur dans l'endométriose.

4. Antalgiques de palier III

Les antalgiques de palier III sont de forts opioïdes, aucune étude ne permet d'évaluer l'intérêt de ces opioïdes dans l'endométriose.

Mais ils peuvent être utilisés dans le cadre d'une douleur aiguë d'intensité sévère.

On retrouve dans cette classe la morphine et ses agonistes, qui entraînent cependant une constipation, une sédation et à long terme un phénomène de dépendance. On peut aussi recenser des effets indésirables de type nausées et vomissements et parfois même des effets déresseurs respiratoires.

5. Autres thérapeutiques utilisés dans le traitement de la douleur neuropathique

On peut expliquer les douleurs pelviennes par une origine neuropathique, cette dimension neuropathique peut faire l'objet d'un traitement spécifique.

a. Antiépileptiques

Il est possible d'utiliser la gabapentine (Neurontin®) qui est un antiépileptique de deuxième génération qui aura des effets indésirables de type troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) ainsi que de la somnolence, mais aucune étude n'a été faite sur son utilisation dans l'endométriose.

La mise en place d'un traitement par gabapentine ne serait justifiée qu'après une évaluation permettant de suspecter une origine neuropathique des douleurs.

b. Antidépresseurs

Les antidépresseurs tricycliques tels que l'amitryptiline (Laroxyl ®) montrent un intérêt dans le traitement des douleurs retrouvées lors d'une endométriose.

Cependant on relève des effets indésirables de type atropiniques avec une sécheresse buccale, une constipation et de la tachycardie, des troubles de l'accommodation ainsi qu'une rétention urinaire.

c. La mélatonine

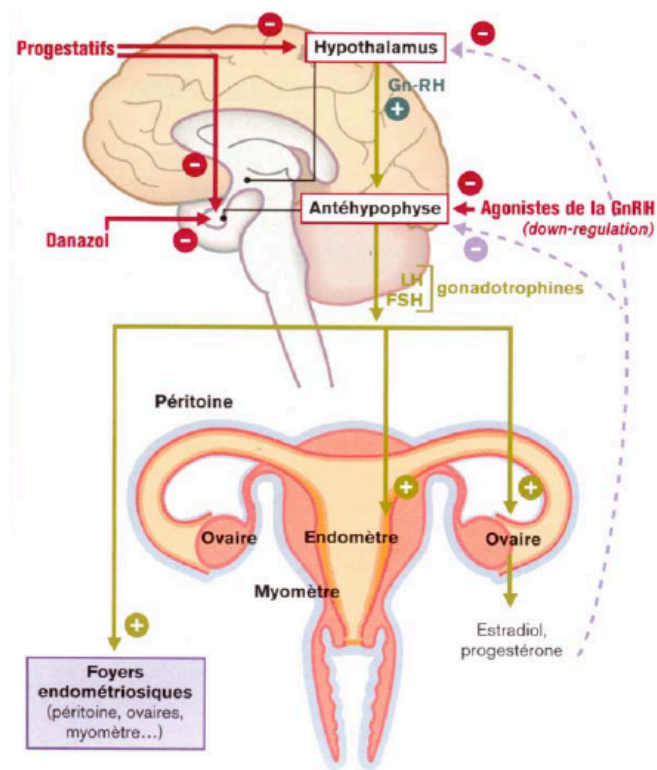
La mélatonine diminuerait l'intensité de la douleur liée à l'endométriose si elle est administrée par voie orale à une dose de 10 mg par jour pendant huit semaines.

Celle-ci permet en plus de diminuer de 80% la consommation d'antalgiques pris à côté (paracétamol, codéine, tramadol et ibuprofène).

Les antalgiques doivent être choisis en fonction de la sévérité des symptômes.

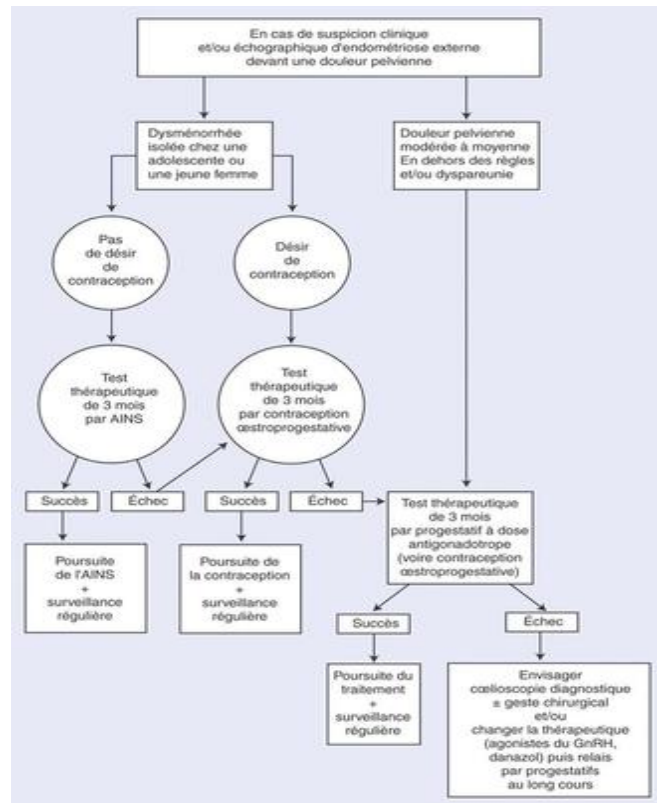
Il a été démontré une supériorité d'action concernant les AINS face au paracétamol.

B. Traitement hormonal



Sites d'action des traitements de l'endométriose. [83]

Le but est de bloquer le fonctionnement de l'ovaire pour entraîner une hyperoestrogénie et donc une atrophie de l'endomètre qu'il soit normal ou ectopique. Cela permet à l'organisme de cicatriser les îlots de muqueuses présents. [63]



Arbre décisionnel en cas de suspicion clinique et/ou échographique d'endométriose. [26]

1. Les oestroprogestatifs

L'utilisation d'une contraception liant les œstrogènes et un progestatif est le traitement de première intention pour traiter les douleurs pelviennes, même s'ils n'ont pas d'AMM dans le cadre de l'endométriose.

On opte en premier recours pour des oestroprogestatifs de manière discontinue sauf dans le cas où la personne est fumeuse de tabac, cependant les associations oestroprogestatives ne possèdent pas d'AMM dans le traitement de l'endométriose.

Les oestroprogestatifs permettent de supprimer l'ovulation ce qui entraîne une atrophie de l'endomètre en quelques mois.

L'intérêt de cette méthode est visible lorsque les oestroprogestatifs sont pris de manière continue puisqu'ils assurent de ce fait une aménorrhée, évitant le reflux tubaire et améliorant de ce fait les douleurs chez les femmes les prenant.

Le traitement de l'endométriose par contraception oestroprogestative a démontré son efficacité sur la dyspareunie profonde et la dysménorrhée ainsi que sur les douleurs pelviennes.

a. Les pilules oestroprogestatives

<p>Pilules minidosées monophasiques</p>	<p>Gestodène (60µg) + Ethinylestradiol (15µg):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melodia ® - Minesse ® <p>Gestodène (0,075 mg) + Ethinylestradiol (0,02mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meliane ® - Harmonet ® <p>Gestodène (0,075 mg) + Ethinylestradiol(0,03 mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minulet ® <p>Drospirénone (3mg) + Ethinylestradiol (0,03mg) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jasmine ® - Convuline ® <p>Drospirénone (3mg) + Ethinylestradiol (0,02mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belanette ® - Jasminelle® <p>Desogestrel (0,15mg) + Ethinylestradiol (0,03 mg):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mercilon ® Desobel 20 ® - Varnoline ® Desobel 30 ® <p>Levonorgestrel (0,1mg) + Ethinylestradiol (0,02mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leeloo ® - Lovavulo ® - Optilova ® <p>Levonorgestrel(0,15mg) + Ethinylestradiol(0,03mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ludeal ® Minidril ® - Optidril ®
<p>Pilules minidosées biphasiques</p>	<p>Levonorgestrel (0,15mg/0,20mg) + Ethinylestradiol (0,03 mg/0,04mg) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adepal ® - Pacilia gé ®
<p>Pilules minidosées triphasiques</p>	<p>Levonorgestrel (0,05 mg/ 0,075 mg/ 0,125mg) + Ethinylestradiol (0,03mg / 0,04mg/ 0,03 mg) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trinordiol ® - Amarance gé ® - Daily gé ® <p>Norgestimate (0,18mg/ 0,215mg/0,25mg) + Ethinylestradiol (0,035mg) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Triafemi ®

Tableau des associations oestroprogestatives

Le pharmacien devra expliquer à sa patiente la mise en place de la contraception soit :

- prendre le premier comprimé le premier jour des règles puis une prise tous les jours à la même heure,
- si la première prise n'est pas liée à un cycle, il faudra prévenir que le traitement mettra environ 7 jours à faire effet et nécessitera la complémentation par une méthode mécanique durant cette période,
- s'il advient que la patiente vomisse dans les 4h suivant la prise de sa contraception, la prise d'un second comprimé sera conseillée,
- si la patiente a peur d'oublier sa prise, lui conseiller de l'associer à un geste qu'elle fait tous les jours (brossage de dents, petit déjeuner etc) ou alors de mettre une alarme sur son téléphone,
De même, il sera préférable de prendre son comprimé le matin car en cas d'oubli, la patiente aura toute la journée pour reprendre son comprimé oublié,
- Expliquer la marche à suivre en cas d'oubli, soit si moins de 12h, reprendre le comprimé dès que possible et continuer sa plaquette normalement.
Dans le cas d'un oubli supérieur à 12h, il faudra reprendre le comprimé oublié et continuer la plaquette normalement mais ajouter en plus une contraception mécanique durant sept jours,
- conseiller une visite chez son gynécologue de manière annuelle.

b. L'anneau contraceptif

On peut aussi retrouver des associations oestroprogestatives dans l'anneau vaginal Nuvaring® qui contient de l'Ethinylestradiol et de l'Etonogestrel.

Chaque anneau libère 15 µg d'Ethinylestradiol et 120µg d'etonogestrel par 24H.

L'anneau Nuvaring s'insère dans le vagin avec ou sans applicateur et restera en place durant 3 semaines puis une semaine sans anneau permettra aux menstruations d'avoir lieu.



Notice de mise en place de l'anneau Nuvaring® [84]

Les effets indésirables de ce dispositif sont semblables aux autres oestroprogestatifs, on retrouve des céphalées et des migraines, des douleurs abdominales ainsi que des nausées, des tensions mammaires et dysménorrhées.

c. Le patch contraceptif : Evra®

Le dispositif transdermique Evra® contient de l'éthinylestradiol diffuse à 33,9 µg/24H ainsi que de la norelgestromine qui est à une concentration de 203 µg/24h.

Le dispositif transdermique se met le premier jour des règles pour une durée de sept jours, il faudra en mettre trois par cycle puis une semaine sans dispositif pour avoir l'hémorragie de privation.

Le dispositif transdermique devra être appliqué sur une peau propre, sèche et non lésée, les poses s'effectueront sur la fesse, l'abdomen, le haut du bras ou le haut du torse.

Ce contraceptif est cependant contre-indiqué en cas de risque de thromboembolie veineuse ou artérielle.

Il faudra préciser à la patiente les effets indésirables qui peuvent être d'ordre gynécologique avec des infections vaginales, d'ordre hormonal avec des changements d'humeur, des migraines et de l'acné et d'ordre dermatologique avec des réactions aux lieux de pose.

2. Les macro-progestatifs

Ils reproduisent artificiellement une grossesse.

Progestérone	estima ® menaelle ® utrogestan ®	300mg /J	
	dydrogestone : duphaston ® 10 mg	3/J du 5 ^{ème} au 25 ^{ème} jour du cycle ou 3/J en continu	AMM
Dérivés de la progestérone	acétate de medroxyprogestéone : depo-prodasone ® 250 mg/ml	150 à 250 mg/ mois en IM profonde	AMM
	Acétate de chlormadinone : Lutéran®	10 mg/J en continu	AMM
	Médrogestone : colprone ® 5 mg	1 à 3/J du 5 ^{ème} au 25 ^{ème} jour du cycle ou 1 à 3/J	AMM
	Acétate de cyprotérone : androcur ® 50 mg *	1 cp/J mini 20jrs/mois	
	Promegestone : surgestone® 0,5 mg	1 cp/J mini 20jrs/mois	
	Acétate de nomegestrol : Lutényl ® 5 mg	1 cp/J mini 20jrs/mois	
Dérivé de la nortestostérone	Dienogest : Visane ® 2 mg	1 cp à heure fixe en continu	AMM

* Ce progestatif est réservé aux femmes présentant de l'hirsutisme ou des signes d'hypo-oestrogénie mais il ne possède pas l'AMM pour l'endométriose.

Tableau des différents progestatifs.

Les progestatifs ont une action atrophiante sur l'endomètre en plus de leur action centrale.

L'utilisation est basée sur les effets anti-gonadotropes en administration prolongée et sur l'effet anti-inflammatoire.

Ils peuvent être pris de façon discontinue de J6 à J25 en conservant les règles ou de façon continue entraînant une aménorrhée avec anovulation et hypoestrogénie.

Leur efficacité sur les douleurs a été prouvée en comparaison à d'autres traitements.

[6]

Les progestatifs ont aussi un effet anti-inflammatoire par le biais d'une action sur les métalloprotéases.

Cependant les progestatifs ont des effets secondaires non négligeables : tension mammaire, nausées, troubles de l'humeur, prise de poids et risque thrombotique ce qui limite leur utilisation à long terme.

Le pharmacien aura un rôle d'information sur la prise du traitement soit

- tous les jours à la même heure et en continu,
- proscrire toute auto-médication.

Le pharmacien se devra de vérifier la prise d'autres traitements tels que des inducteurs enzymatiques comme les anticonvulsivants, le millepertuis, la rifampicine ou rifabutine, qui pourraient diminuer l'efficacité du traitement.

Le pharmacien devra aussi informer sa patiente du risque :

- d'apparition de céphalée et troubles visuels possibles,
- d'exposition au soleil pour les femmes atteintes de chloasma,
- d'hypofertilité possible durant quelques mois après un traitement.

Il faudra préciser à la patiente qu'une surveillance régulière est nécessaire, au niveau du poids ainsi que de la tension artérielle et la mesure des triglycérides, du cholestérol et de la glycémie.

De plus des examens des seins, de l'utérus et un frotti vaginal doivent être fait de manière systématique.

3. DIU hormonal

[72]

a Mirena® 52 mg

Ce dispositif intra utérin a une forme de T, il est inséré dans cavité utérine et délivre des hormones progestatives en continu, 20 µg/J de levonorgestrel.

Ce progestatif présente des effets androgéniques marqués et une faible activité mineralocorticoïde.

Son mécanisme d'action va entraîner :

- un épaissement de la glaire cervicale par effet progestatif,
- un effet mécanique sur l'endomètre et un blocage de la prolifération de l'endomètre.

Il est utilisé pour mettre le système hormonal au repos.

Mirena ® est mit en place pour une durée maximale de 5 ans.

Il a montré des bénéfices sur les dysménorrhées, les douleurs chroniques ainsi que sur les récives post opératoires dans le traitement chirurgical conservateur, cependant il n'a pas l'AMM pour l'endométriose.

Les effets indésirables du dispositif intra utérin hormonal sont parfois trop importants car on note des changements d'humeur et parfois même des douleurs abdominales et dorsales, voire des nausées ainsi qu'une modification des saignements.

b. Jaydess®

Jaydess® est un second dispositif intra-utérin hormonal qui est composé de Levonorgestrel à un dosage de 13,5 mg.

Il est préféré chez les femmes nullipares car sa taille est inférieure à celle de Mirena®, il sera mis en place pour une durée maximale de 3 ans.

Il agit de la même manière que le Mirena® et présente de ce fait des effets indésirables semblables de type maux de tête, douleurs abdominales ou dorsales, acné et peau grasse ainsi que des kystes ovariens.

On note aussi des migraines, nausées, une humeur dépressive, des pertes vaginales et infections génitales.

Jaydess® n'a pas non plus l'AMM dans le cadre de l'endométriose mais permet d'être utilisé chez un public plus jeune.

c. Kyleena®

Un troisième dispositif intra-utérin est disponible, il s'agit de Kyleena® sa concentration en Levonorgestrel est pour sa part de 19,5 mg, il est mis en place pour 5 ans.

Il doit être posé dans les sept jours qui suivent le début des règles.

Il possède cependant des effets indésirables de type céphalées, douleurs abdominales, acné et séborrhée ainsi que la présence de spotting pendant les cycles.

4. Les progestatifs en implant

L'implant sous cutané à l'etonogestrel (Nexplanon® 68 mg) est placé sous la peau pour une durée de 3 ans.

Il libère l'etonogestrel de manière continue, 60 à 70 µg/J pendant les 5 à 6 premières semaines puis diminue pour délivrer 35 à 45 µg/J la première année. Il ne délivrera plus que 30 à 40 µg/J à la fin de la deuxième année puis 25 à 30 µg/J jusqu'à la troisième année.

Il semblerait entraîner une aménorrhée donc une amélioration des symptômes de l'endométriose.

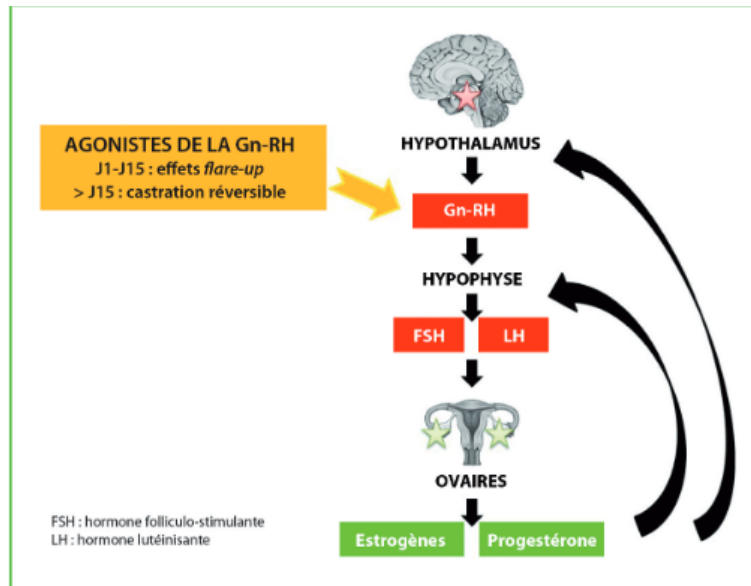
Cependant, il a des inconvénients car entraîne souvent des infections vaginales, des tensions mammaires, des céphalées ainsi qu'une prise de poids.

Il devra être posé par un praticien familiarisé. Celui-ci vérifiera sa présence par palpation car il y a un risque éventuel de migration.

5. Agonistes de la GnRH

Ils ont une action centrale, entraînant un blocage hypophysaire par mécanisme de désensibilisation.

En effet, ils inhibent la sécrétion hypophysaire de FSH et de LH ce qui entraîne une ménopause artificielle chez la femme traitée en une quinzaine de jours après la première injection.



Mécanisme d'action des agonistes de la GnRH [16]

Ils sont utilisés dans le traitement de l'endométriose génitale et extra génitale du stade I à IV.

Ils sont très efficaces sur les douleurs mais s'accompagnent d'effet de castration, semblables à ceux de la ménopause y compris l'ostéoporose ce qui oblige l'arrêt du traitement au bout de 6 à 12 mois

a. *Leuproréline* : *Enantone LP*®
[5]

Il existe deux dosages et deux schémas thérapeutiques, pour lesquels l'Enantone® a l'AMM pour l'endométriose.

L'Enantone LP® 3,75 mg en une injection en sous cutanée (SC) ou en intra musculaire (IM) tous les mois.

Le traitement doit être débuté dans les 5 premiers jours du cycle et ne devra pas excéder 6 mois, un an tout au plus.

Il est indispensable de vérifier l'absence de grossesse avant de mettre en place ce traitement.

Il faut savoir que l'administration toutes les quatre semaines d'une dose d'Enantone® entraîne une aménorrhée.

De ce fait, la survenue de métrorragies pendant le traitement n'est pas normale et doit entraîner la surveillance du taux d'estradiol plasmatique.

Il n'est pas souhaitable de faire une autre cure d'Enantone.

Il se peut qu'une dépression survienne à la prise de ce traitement, il est donc important d'en informer les patientes.

De plus, de nombreux effets indésirables sont reportés ; prise de poids, anémie, nycturie et dysurie, douleurs osseuses et faiblesses musculaires, bouffées de chaleur, fatigue, diminution de la libido.

En parallèle du traitement, une surveillance ostéoporotique sera conseillée lors du traitement.

Les modalités d'utilisation du produit devront être expliquées aux patientes :

- Mettre le pouce sur le point bleu et casser l'ampoule de solvant,
- A l'aide de la seringue et de l'aiguille rose, aspirer le contenu de l'ampoule de solvant et l'introduire dans le flacon de poudre, cela permettra de reconstituer la suspension,
- Agiter la préparation,
- Aspirer la totalité du mélange obtenu,
- Changer l'aiguille pour procéder à l'injection. On utilisera l'aiguille bleue pour une SC et l'aiguille verte pour une IM,
- Injecter la suspension immédiatement après la reconstitution.

Les ampoules se conservent à température ambiante à l'abri de la chaleur en attendant leur utilisation.

Enantone LP 11,25 mg : une injection en SC ou IM tous les 3 mois.
Il s'agit du même produit que l'enantone LP 3,75 mg, en plus dosé.

L'avantage de cette forme est sa simplicité de posologie, en effet une seule injection tous les trois mois est nécessaire.

Le traitement sera limité à 6 mois pour l'endométriose, soit deux injections au total.

Attention cependant aux interactions que ce produit peut avoir avec les médicaments :

- Quinidine,
- Procainamide,
- Amiodarone,
- Sotalol,

Ils risquent d'augmenter les troubles du rythme cardiaque si association à la méthadone ou avec la moxifloxacine.

Ses modalités de prises, de conservation et ses effets indésirables sont les mêmes que pour l'enantone LP 3,75mg.

b. Nafaréline : Synarel® 0,2mg

Le Synarel® à l'AMM pour l'endométriose à localisation génitale et extragénitale du stade I à IV.

Le traitement doit être débuté dans les cinq premiers jours des règles, la posologie est de 400µg/J soit 2 pulvérisations nasales par jour, une pulvérisation dans une narine le matin puis une pulvérisation dans l'autre narine le soir

La posologie pourra être augmentée à deux pulvérisations matin et soir si cela n'est pas suffisant.

La durée de traitement est au maximum de six mois.

Il faut expliquer à la patiente que le traitement doit être fait sans interruption même s'il y a présence d'un rhume, cependant, si un décongestionnant nasal est

nécessaire, son administration devra se faire au minimum trente minutes après l'utilisation de Synarel®.

Le pharmacien lui expliquera les modalités d'utilisation avec, avant la première utilisation un amorçage de la pompe en faisant plusieurs pressions rapides et fermes.

De préférence, se moucher avant l'utilisation du produit.

- placer les deux doigts sur la bague de chaque cote de l'embout et le pouce sur le fond du flacon,
- la tête légèrement en avant, introduire l'embout dans le nez en gardant le flacon à la verticale,
- fermer l'autre narine avec le doigt,
- inspirer doucement et réaliser une pression rapide et ferme sur le fond du flacon,
- après la pulvérisation, maintenir la tête légèrement en arrière pour améliorer la répartition du produit.

On conseillera de nettoyer l'embout avant et après chaque utilisation en le plaçant sous un filet d'eau, tout en gardant le flacon en position horizontale.

Si la patiente vient à éternuer pendant ou juste après l'administration, une seconde pulvérisation sera nécessaire.

L'utilisation de nafaréline, inhibe l'ovulation, en cas d'oubli de plusieurs prises, une ovulation peut se produire, il faut conseiller une contraception non hormonale en parallèle.

Il faut savoir que la mise en place d'un traitement par nafaréline peut dans un premier temps s'accompagner d'une exacerbation des symptômes d'endométriose, le traitement prolongé entrainera une ménopause artificielle chez les femmes en préménopause.

Il faudra mettre en garde la patiente des effets indésirables susceptibles d'apparaître lors de son traitement : prise de poids, labilité émotionnelle et diminution de la libido, céphalées, bouffées de chaleur, rhinite et œdèmes de la muqueuse nasale, atrophie mammaire et sécheresse vulvovaginale.

c. Triptoréline Decapeptyl LP®

3 mg : une injection IM tous les mois ou 11,35 mg 1 injection IM tous les 3 mois

Il a l'indication pour l'endométriose de localisation génitale et extragénitale du stade I à IV.

Le traitement est fait en injection intramusculaire tous les mois ou tous les trois mois selon la dose, et devra être débuté dans les cinq premiers jours du cycle.

Il est nécessaire de vérifier l'absence de grossesse avant d'entamer un traitement par Decapepeptyl®.

Les effets indésirables les plus fréquemment retrouvés sont des paresthésies des membres inférieurs avec des sensations vertigineuses et des céphalées.

On retrouve aussi des bouffées de chaleur, une hyperhidrose, des douleurs au niveau du dos, et une asthénie ainsi que des troubles du sommeil et de l'humeur.

On note aussi des dyspareunies, des dysménorrhées et des hémorragies génitales avec une perte de libido, hypertrophie ovarienne, des douleurs pelviennes et une sécheresse vulvovaginale.

L'injection sera effectuée dans le muscle fessier, pour cela il faudra le désinfecter auparavant.

Il faudra ensuite :

- casser l'ampoule,
- visser l'aiguille sur la seringue et retirer le capuchon, grâce à l'aiguille, prélever la totalité du solvant,
- injecter le solvant lentement dans le flacon en traversant le bouchon en plastique,
- balancer le flacon pour remettre en suspension le mélange,
- aspirer la suspension une fois que celle-ci est homogène et d'aspect laiteux,
- enlever l'aiguille utilisée pour la reconstitution et placer la suivante,
- injecter immédiatement la suspension réalisée dans le muscle fessier,
- Jeter les aiguilles dans les containers adaptés.

La durée fréquente du traitement est d'au moins trois mois et au plus de six mois.

d. Gonapeptyl 3,75 mg

Le gonapeptyl a l'AMM pour l'endométriose chez la femme symptomatique dont le diagnostic a été confirmé par une laparoscopie, pour laquelle une suppression de l'hormonogénèse ovarienne est indiquée dans la mesure où un traitement chirurgical n'est pas indiqué en première intention.

Une injection en IM ou SC tous les mois.

Il s'agit d'une seringue à usage unique, jetable, l'injection devra être effectuée dans le bas ventre.

Les effets indésirables retrouvés fréquemment avec le gonapeptyl sont des maux de tête, des saignements vaginaux, pertes sanguines, une inflammation au point d'injection, des douleurs abdominales, ainsi que des nausées.

Une hormonothérapie estro-progestative de substitution est parfois ajoutée à partir du 3^{ème} mois de traitement consistant en 2 mg d'oestradiol et 0,5 mg de promegestone par jour en voie orale.

On parle de « add back therapy » qui améliore la qualité de vie des patientes en diminuant les bouffées de chaleur, préservant la libido et diminuant les sécheresses des muqueuses.

En cas de récurrence des douleurs, une deuxième thérapie par ces agonistes peut de nouveau être mise en place mais sera de ce fait hors AMM dans ce contexte.

Les GnRHa (agonistes de la GnRH) représentent une option thérapeutique en 2^{ème} intention après les progestatifs dans l'endométriose profonde en dehors d'une infertilité.

Ils peuvent être utilisés en pré-opératoire pour diminuer l'extension des lésions et ainsi faciliter les interventions chirurgicales.

Ils peuvent aussi être utilisés en post-opératoire pour réduire le taux de récurrence.

Conseils pharmaceutiques :

- Prévenir des effets indésirables lors de la première quinzaine du traitement de type aggravation des effets indésirables déjà présents (dysménorrhées, douleurs pelviennes et métrorragies),
Cependant, une persistance des saignements devra être considérée comme anormale.
- Une contraception mécanique devra être maintenue le premier mois de traitement .

Pour contrer aux effets indésirables, le pharmacien pourra amener certains conseils :

- l'utilisation de gels lubrifiant lors des rapports sexuels,
- l'utilisation de gels lubrifiants hydratants au quotidien,
- l'utilisation d'un produit de toilette intime adapté, respectant le pH physiologique vulvaire étant proche de 5,
- Pratiquer maximum 2 toilettes intimes par jour en proscrivant les douches vaginales,
- Si apparition de bouffées de chaleur, la prise de complexes homéopathiques type Acthéane® ou Abufène ®,
- Privilégier une alimentation riche en calcium et vitamine D pour éviter le risque d'ostéoporose.

6. Danazol

La danazol (Danatrol® 200mg gélule) ou 17-ethinyl-testostérone a été le premier traitement hormonal utilisé dans l'endométriose depuis 1971.

Il agit directement sur l'ovaire en inhibant la fonction gonadotrope hypophysaire, il a une action antigonadotrope puissante.

La prescription se fait à des doses comprises entre 200 et 800mg/j durant 6 mois.

L'affaiblissement des taux de FSH entraîne une insuffisance gonadique et un effondrement des taux d'oestradiol.

Le danazol a un effet anabolisant et androgénique indirect : il augmente la fraction libre de la testostérone plasmatique ainsi que l'effet de la testostérone libre en activant ses récepteurs.

Les effets indésirables du danazol sont cependant fréquents et nombreux dépendant de la dose, il entraîne des prises de poids, des myalgies, de l'acné ce qui en limite l'observance.

Les agonistes de la GnRH lui sont aujourd'hui préférés car aussi efficaces et présentant moins d'effets secondaires.

Conseils lors de la dispensation :

- expliquer la survenue des possibles effets androgéniques qui peuvent être irréversibles,
- ne pas arrêter le traitement sans avis médical,
- une méthode de contraception non hormonale est conseillée avec la prise de Danazol ®,
- la réalisation de contrôles biologiques pour surveiller la fonction hépatique ainsi qu'une NFS sera à prévoir en cas de traitement de plus de six mois ou de traitements répétés,
- Il faudra préciser à la patiente sportive que son traitement peut positiver les tests antidopage,
- Vérifier les interactions médicamenteuses (simvastatine, anti-diabétique etc..).

L'efficacité des différentes options thérapeutiques est prouvée sur les douleurs et les dysménorrhées mais l'effet n'est pas démontré sur les dyspareunies. Certains de ces traitements entraînent une aménorrhée ce qui améliore les douleurs. Cependant cela ne dure que le temps du traitement et n'a pas d'action curative sur ces douleurs.

Nous n'avons pas de bénéfices sur la fertilité avec ces traitements étant donné qu'ils ont une visée plutôt contraceptive.

C. Prise en charge de l'infertilité

[66]

Avant tout, le bilan d'infertilité doit être exhaustif pour ne pas oublier une autre cause de l'infertilité, il s'agira ici d'une prise en charge globale du couple.

En premier lieu, le passage par la coéloscopie augmente les chances d'avoir un enfant.

Dans un second temps, une prise en charge entrant dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation (AMP) peut être nécessaire.

Dans le cadre de la prise en charge de l'infertilité, la chirurgie aura pour but la restauration de l'anatomie et un traitement des lésions intra-péritonéales pour avoir une cavité intra-péritonéale normale.

Un des buts de cette prise en charge est d'éviter la récurrence des adhérences, qui se fera en utilisant des antibiotiques et des corticoïdes en prévention.

II. Chirurgicale

[9][10][69]

Le traitement chirurgical ne sera proposé qu'en cas d'échec de traitement médicamenteux.

Le traitement chirurgical de l'endométriose nécessitait autrefois une laparotomie, il est maintenant plus souvent réalisé par coélio-scopie, cependant c'est la localisation des lésions d'endométriose profonde qui indique la technique chirurgicale.

Le traitement se veut avant tout conservateur et a pour but la destruction ou l'excision d'un maximum de lésions endométriosiques.

Cependant le traitement par chirurgie n'est pas une solution définitive et curative car des récurrences sont possibles.

En plus du traitement d'exérèse, on a parfois aussi recours à une chirurgie réparatrice, on parle d'adhésiolyse pour retirer toutes les adhérences voire parfois même une plastie tubaire.

On va rencontrer deux types de chirurgie, d'une part la chirurgie totale ou radicale et d'autre part une chirurgie conservatrice.

Le choix des techniques va dépendre de l'âge de la patiente, de ses symptômes et de son éventuel désir de grossesse.

A. Coélio-scopie

[35][68]

Il s'agit d'une coélio-scopie ayant pour but la destruction ou l'exérèse des lésions visibles.

Ce traitement est souvent réalisé en même temps que la coélio-scopie diagnostique qui affirme ce dernier.

Localisation Des Incisions Abdominales

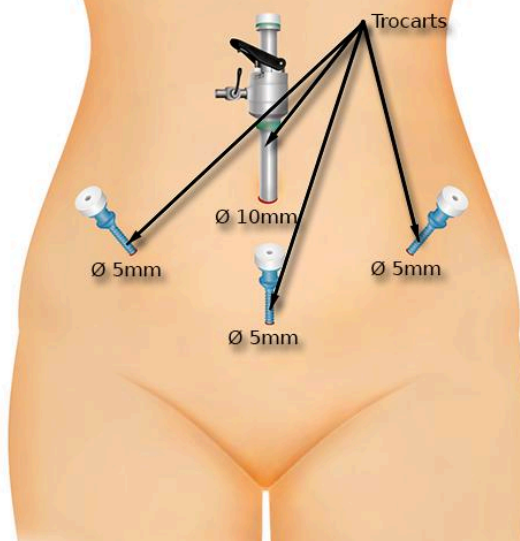


Figure : Schéma d'une coelioscopie. [11]

Il a été démontré que le traitement chirurgical de l'endométriose permet d'espérer le doublement des chances de grossesse dans les mois qui suivent.

En cas d'infertilité le traitement chirurgical devient évident pour détruire les lésions péritonéales d'endométriose, restaurer, après une adhésiolyse la plus complète possible, une anatomie fonctionnelle normale et réduire par une kystectomie la contrainte ovarienne imposée par l'existence d'endométriose.

La destruction des implants endométriosiques péritonéaux se fait généralement en utilisant la coagulation bipolaire.

L'exérèse de ces lésions peut également être réalisée par vaporisation laser au CO₂.

La dissection des adhérences endométriosiques est complexe et minutieuse. Elle permet de redonner une anatomie normale au pelvis et une souplesse fonctionnelle aux annexes.

Dans certaines situations de pelvis « gelé », quand la dissection commence à être difficile et ou hémorragique, un traitement par les agonistes de la GnRH pendant trois mois peut permettre une réduction de l'état inflammatoire du pelvis due à l'endométriose et facilite parfois l'adhésiolyse.

Lors d'une délivrance de produit antiseptique pré-opératoire dans le cadre d'une coelioscopie, le pharmacien pourra compléter sa délivrance de certains conseils :

- porter des vêtements amples et ne serrant pas le ventre ainsi que des sous-vêtements confortables,
- se raser le pubis au préalable pour éviter que ça soit fait à sec le jour de l'intervention,
- prévoir des serviettes périodiques,
- ne pas s'inquiéter si des douleurs dans l'abdomen, pouvant irradier jusqu'aux épaules apparaissent, cela peut s'expliquer par l'utilisation de gaz durant la coelioscopie.

B. Hystérectomie

Dans certains cas, chez les patientes ayant obtenues les grossesses désirées et pour lesquelles les différents traitements médicaux ne sont plus efficaces, l'hystérectomie pourra être envisagée afin d'améliorer leur qualité de vie.

On est dans ce cas, dans une chirurgie dite radicale, elle sera uniquement réservée aux cas d'endométrioses sévères et rebelles à une chirurgie conservatrice réalisée au préalable.

C. Sclérothérapie à l'éthanol (EST)

Des études ont testé une technique d'aspiration transvaginale guidée par échographie suivie par de la sclérothérapie à l'aide d'éthanol.

En effet, après une anesthésie orale de la patiente, le vagin sera stérilisé à l'aide de povidone iodé.

La sonde d'échographie permet un contrôle de la taille et de la position de l'endométriose.

Une aiguille de ponction est insérée au niveau du cul de sac vaginal et ce jusqu'à l'endométriome, le contenu du kyste est alors aspiré. Il sera pour sa part envoyé en contrôle en anatomopathologie.

Le kyste est ensuite rincé au sérum physiologique puis à l'aide d'éthanol pur stérile, ce dernier sera laissé dans le kyste pour une durée d'environ dix minutes puis sera réaspiré.

Après cette manœuvre on note très peu de récurrences.

De plus, on observe une réserve folliculaire en amélioration de par son nombre ce qui permet d'envisager une grossesse.

Cette méthode serait une bonne alternative à la kystectomie.

Cette méthode est utilisée chez les patientes présentant des kystes récidivants et qui sont prises en charge dans le cadre d'une procréation médicalement assistée.

III. Autres traitements

[14]

Certaines autres classes de médicaments n'ont pas encore l'AMM pour l'indication endométriose ou sont en cours d'étude pour le traitement de cette pathologie.

A. Inhibiteurs de l'aromatase

[36]

Il a été observé une activité importante de l'aromatase dans le tissu endométrial ectopique retrouvé chez les patientes atteintes d'endométriose. Ce tissu ectopique produirait de manière autonome des oestrogènes qui viendraient stimuler la synthèse de la PGE2 qui est impliqué dans le mécanisme de la douleur.

Les inhibiteurs de cette aromatasase auraient pour objectif de bloquer l'aromatation des androgènes.

Ils n'ont pas d'AMM pour l'endométriose mais le but thérapeutique serait d'induire une hypoestrogénie.

Ils entraîneraient une diminution des lésions ainsi qu'une amélioration des symptômes comme les douleurs.

On peut retrouver deux types de molécules.

Inhibiteur irréversible stéroïdien	Exemestrane : Aromasine ® à 25 mg
inhibiteur réversible non stéroïdien	Anastrozole : Arimidex ® 1mg
	Létrozole : Femara ® 2,5mg

Ces molécules sont déjà utilisées dans le cancer du sein hormono-dépendant chez les femmes ménopausées.

Ces molécules seraient utilisées seules ou en association à un progestatif, oestroprogestatif ou un analogue de la GnRH pour assurer un blocage ovarien complet.

Des études ont démontré une amélioration des douleurs lors de la prise d'anastrazole à 1 mg/J et d'un oestroprogestatif (20 µg d'EE + Levonorgestrel) de manière quotidienne pendant six mois.

B. Les SPRMs : Modulateurs sélectifs du récepteur de la progestérone

[14]

Les *selective progesterone receptor modulators* (SPRM) sont des molécules stéroïdiennes dérivées de la noréthindrone, agonistes et/ou antagonistes du récepteur de la progestérone.

Ils entraînent de ce fait une anovulation, une aménorrhée et une diminution des prostaglandines, ce qui conduit à une amélioration des douleurs et une diminution des lésions dans l'endométriose.

Actuellement utilisés au long cours pour le traitement des fibromes utérins ainsi que des cancers hormono-dépendants mais aussi en administration ponctuelle pour la contraception d'urgence.

De plus, une étude de phase II était en cours pour le Proellex® dans l'indication endométriose mais cette étude a dû être suspendue car une cytolysse hépatique a été repérée à forte dose.

Différentes études ayant évalué la mifépristone ont montré que cette molécule soulageait les dysménorrhées chez les femmes atteintes d'endométriose.

Il a été montré qu'une dose de 50 mg par jour pris en continu pendant 6 mois, on obtient une amélioration des douleurs et un contrôle des saignements.

Les SPRMs ne sont pour le moment, pas recommandés dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse.

C. Les SERMs : Modulateurs sélectifs du récepteur aux œstrogènes

Le bazedoxifène est un SERM qui a des effets œstrogéniques antagonistes endométriaux et des effets œstrogéniques sur le tissu osseux et au niveau du système nerveux central.

Ses modalités d'actions sont actuellement étudiées dans l'indication endométriose.

La molécule est déjà utilisée dans la spécialité Duavive® en association avec des œstrogènes chez les femmes ménopausées non hystérectomisées.

Les SERM sont actuellement utilisés dans la prévention ainsi que dans le traitement du cancer du sein et de l'ostéoporose post ménopausique.

Une étude travaillait sur le raloxifène pris à 180 mg de manière quotidienne semblerait avoir un effet anti-œstrogène qui permettrait une diminution des lésions d'endométriose.

Celle-ci a été arrêtée car les patientes avaient des recrudescences de douleurs et présentaient des effets indésirables invalidants de type céphalées, syndrome dépressif, apparition de kystes ovariens.

D. Les antagonistes de la GnRH

[49]

Les antagonistes de la GnRH bloquent les récepteurs de la GnRH sans mécanisme de désensibilisation, ils agissent donc plus rapidement que les agonistes et permettent de ce fait une amélioration des symptômes plus rapidement.

Il existe déjà des molécules sur le marché dont les indications ne sont pas compatibles avec la nôtre ;

- le Degarelix (Firmagon®) utilisé dans le cancer hormonodépendant de la prostate
- le Cetrorelix (Cetrotide®) indiqué pour prévenir l'ovulation prématurée dans les protocoles de stimulation ovarienne contrôlée dans le cadre d'une PMA.

Des essais de phase III viennent de se terminer pour la molécule Elagolix qui démontrent qu'il s'agit d'un traitement réduisant efficacement les douleurs chez les femmes atteintes d'endométriose.

L'étude Abbvie a étudié la molécule à deux dosages, d'une part 150 mg en une prise quotidienne et d'autre part 200 mg en deux prises par jour.

Face à un placebo on a noté que pour le bas dosage, 46,4% des femmes avaient moins de douleurs menstruelles pour 75,8% prenant le gros dosage.

De même 50,4% des femmes prenant le faible dosage et 57,8% de celles ayant le fort dosage ont noté une diminution des douleurs en péri-menstruel et ce pendant six mois.

On note aussi une amélioration de leur qualité de vie.

Il vient d'être commercialisé aux Etats-Unis le 2 août 2018 sous le nom d'Orilissa®. Il a pour but de remplacer les injections et leurs nombreux effets indésirables.

Les effets secondaires sont cependant importants et comparables à ceux retrouvés avec les agonistes de la GnRH ;

- on a un risque de fausse couche important,
- une baisse de la densité osseuse entraînant un risque d'ostéoporose,
- des bouffées de chaleur,
- des céphalées,
- des insomnies.

E. Utilisation des anti-COX₂

On sait que dans l'endométriose on a une surexpression des cyclooxygénases (COX) de type 2 qui entraîne une production de prostaglandines qui sont les médiateurs de l'inflammation.

On peut donc en déduire qu'en inhibant cette enzyme, on diminuerait l'inflammation des îlots ectopiques d'endométriose.

Actuellement sont disponibles deux molécules sur le marché mais elles n'ont pas l'AMM pour l'endométriose :

- Celebrex® : celecoxib 100 et 200 mg
- Arcoxia® : etoricoxib 30 et 60 mg

F. Utilisation de gestrinome

La gestrinome est une molécule dérivée de la 19-nortestostérone.

Elle a des effets androgéniques, antiprogestatifs et antioestrogéniques.

Elle a une action au niveau hypothalamique et hypophysaire sur les récepteurs aux stéroïdes ce qui entraîne une diminution des taux de LH et FSH circulant.

La gestrinome agit directement au niveau des implants endométriosiques ectopiques et peut inhiber la croissance folliculaire et l'ovulation.

On note cependant quelques effets indésirables de type prise de poids, acné, séborrhée et raucité de la voix mais la gestrinome est tout de même mieux tolérée que le danazol.

La gestrinome est utilisée en Australie sous le nom de Dimestriose® en gélules de 2,5mg pour une posologie de 2 gélules par semaine, ses indications sont les douleurs pelviennes liées à l'endométriose.

Elle n'a cependant pas encore d'AMM en France.

G. Danazol en voie locale

Des études sont en cours sur l'utilisation de danazol en applications vaginale et intra-utérine, qui agiraient au niveau de l'aromatase.

Il serait utilisé via des systèmes d'application telles que l'anneau vaginal ou des dispositifs intra-utérins qui seraient imprégnés de danazol.

En comparaison à l'administration par voie orale, les doses sont moins fortes ce qui entraîne moins d'effets indésirables.

Le danazol agirait directement sur les lésions d'endométriose ainsi que sur celle d'adénomyose, en les atrophiant.

Il semblerait que les dysménorrhées, les dyspareunies profondes et les douleurs pelviennes seraient diminuées de manière significative voire deviendraient insignifiantes après six mois de traitement.

De plus, le danazol n'inhiberait pas l'ovulation.

H. Inhibition de l'angiogénèse

Les implants ectopiques d'endométriose sont très vascularisés, l'angiogénèse y est très développée d'où l'idée d'utiliser des inhibiteurs pour empêcher la formation des implants.

L'endostatine est un inhibiteur de l'angiogénèse, c'est une protéine naturelle, elle est produite par une scission protéolytique des molécules de collagène de la lame basale tapissant l'endothélium des vaisseaux sanguins.

Elle vient donc inhiber la croissance des vaisseaux.

Il semblerait que l'endostatine empêche le développement de nouvelles lésions mais n'aurait pas d'efficacité sur les lésions déjà préexistantes.

Le bevacizumab est un anticorps monoclonal de type IgG1 qui se lie au VEGF, il est utilisé en cancérologie et étudié sur les souris sur lesquelles on observe une apoptose des lésions endométriosiques, cependant nous n'avons pour le moment pas de données humaines.

I. Anti-TNF- α

Le TNF- α est une cytokine impliquée dans le phénomène d'inflammation et en particulier l'inflammation retrouvée dans l'endométriose.

Le TNF- α sécrété par les macrophages est surexprimé dans le liquide péritonéal des femmes atteintes d'endométriose.

De plus, il est produit en excès dans les cellules de la granulosa des femmes atteintes d'endométriose.

Cette cytokine est capable d'induire l'adhésion des cellules endométriales ainsi que leur prolifération, de même elle entraîne une stimulation dès l'expression des métalloprotéases ce qui favorise l'invasion péritonéale et modifie aussi la régulation de l'IL-8 qui est un facteur d'angiogénèse.

Le TNF- α est reconnu comme cytotoxique pour les gamètes ce qui pourrait expliquer l'infertilité liée à l'endométriose.

Il existe actuellement des anti-TNF- α tels que l'etanercept ou l'infliximab utilisés dans le traitement de pathologies inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde ou la maladie de Crohn.

Il existe aussi la pentoxifylline qui a un rôle inhibiteur du facteur inflammatoire, mais elle est utilisée comme vasodilatateur périphérique.

D'après les études, il semblerait que les anti-TNF- α réduiraient la taille des foyers endométriosiques chez la souris et la babouin mais rien n'a encore été prouvé chez l'homme.

Cependant ces molécules ne joueraient pas sur les symptômes de l'endométriose ; dysménorrhée, dyspareunies, douleurs pelviennes et hypofertilité.

J. Inhibiteurs de NF- κ B

Une voie de recherche sur l'inhibition d'un facteur de transcription ubiquitaire qu'est le Nuclear Factor Kappa-B (Nf- κ B) est en cours d'étude.

En effet le NF- κ B est à l'origine de l'inflammation des cellules endométriales.

Son inhibition peut se faire de deux manières :

- une inhibition directe du facteur,
- une inhibition de protéasomes qui sont les précurseurs des Nf- κ B.

Une étude a comparé l'efficacité de la molécule PDTC (Pyrrolidine dithiocarbamate) qui est un inhibiteur de NF- κ B à l'efficacité du bortezomide (Velcade®) qui lui est un inhibiteur de protéasome.

L'étude a prouvé que l'inhibition du NF- κ B a permis une régression des implants endométriosiques chez le rat, ce qui pourrait représenter une voie de recherche chez la femme.

K. Inhibiteurs des metalloprotéases matricielles (MMP)

Les metalloprotéases ont un rôle dans le processus d'invasion des tissus par les tissus endométriosiques lors de la formation des îlots ectopiques.

Inhiber ces MMP permettrait de diminuer le phénomène d'invasion des tissus par les cellules endométriales.

La doxycycline est un inhibiteur de certaines MMP, chez l'animal il a été prouvé qu'elle permettrait une régression de l'endométriose.

La curcumine que l'on retrouve dans le curcuma retarderait le développement de l'endométriose en inhibant l'activité de certains sous-types de ces MMP.

L. Inhibiteurs de la dopamine

Il a été montré chez un modèle animal que les inhibiteurs de dopamine pourraient réduire l'angiogénèse ainsi que la taille des lésions endométriosiques.

Ceci s'expliquerait par l'interaction des inhibiteurs de la dopamine avec des sous-types de récepteurs de cette dopamine présents dans le tissu endométriosique ectopique et eutopique.

M. La metformine

La metformine aurait une action sur les MMP et sur les TIMP qui aurait une activité angiogénique au niveau des lésions ce qui permettrait la réduction des implants endométriosiques.

N. Les statines

Les statines sont connues pour leur effet hypocholestérolémiant. Cependant, de récentes études ont montré que les statines diminuent la prolifération des cellules endométriales.

En effet une étude menée chez la souris a montré que la simvastatine réduisait le nombre et la taille des foyers endométriosiques par inhibition sur les MMP-3.

IV. Autres prises en charges

A. Aromathérapie

[53]

Lors des règles douloureuses, un mélange d'huile essentielle de menthe poivrée, clou de girofle et sauge sclérée (30%) peut être diluée dans de l'huile d'amande douce (70%).

A utiliser en massage sur le bas ventre trois fois par jour.

L'huile essentielle de lavande officinale et la rose de mai peuvent aussi être utilisées car agissent sur la congestion pelvienne.

La menthe poivrée a des vertus antispasmodiques, on l'utilise en voie cutanée directement en massage sur la zone douloureuse ou une goutte sur un sucre ou encore dans une cuillère de miel.

La camomille romaine est antispasmodique et antalgique, 3 gouttes 3 fois par jour sur un morceau de sucre roux ou une cuillère de miel.

Une étude a évalué l'intensité des dysménorrhées chez des femmes réalisant un massage abdominal de dix minutes avec des huiles essentielles face (n=184) à des femmes réalisant le même massage avec une huile neutre (n=178).

Il en résulte une amélioration du score de douleur dès les premiers jours des règles chez les femmes du groupe expérimental. [17]

B. Phytothérapie

[19][20][31][39][50][80]

- plantes à visée antispasmodique :
 - Fenouil : *foeniculum vulgare*
 - en tisane : 1,5 à 2,5g de fruits écrasés en infusion dans 150 ml d'eau à boire 3x/J
 - en décoction : 30g de racines dans 1 litre d'eau, boire 1 tasse 3x/J

- Valériane : *valeriana officinalis* 250 à 300 mg d'extrait 2 à 3 X/J aident à diminuer les douleurs.
Attention cependant au risque de somnolence du à l'effet sédatif
 - Angélique : *Angelica archangelica*
 - en tisane : 10 g de racine dans 200 ml d'eau
 - en décoction : 1 à 2 cuillère à café dans 250 ml d'eau à raison d'une tasse trois fois par jour.
 - Achillée millefeuille : *achillea millefolium* elle a un rôle antispasmodique et anti-inflammatoire.
 - En tisane : 2 g de sommités fleuris dans 200 ml d'eau
 - En Teinture mère : 15 à 20 gouttes dans un peu d'eau trois fois par jour.
- Plantes progestatives
- Gattilier : *agnus castus* en tisane 1 cuillère à café de fruits séchés dans 200 ml d'eau
- Plantes agissant sur la congestion pelvienne
- Marronnier d'inde : *aesculus hippocastanum*
 - Vigne rouge : *vitis vinifera* ; elle possède des vertues circulatoires, hémostatiques et astringentes qui permettent de diminuer les règles abondantes.
 - Alchémille : *alchemilla vulgaris*, plante à propriétés astringentes et hémostatiques qui permettent une meilleure régulation du cycle et relance la production de progestérone.
On l'utilisera en tisane, 2 à 4,5 g de feuilles dans 200 ml d'eau à une posologie d'une tasse deux à trois fois par jour.
Attention au risque de constipation.
- plantes anti-inflammatoires :
- Gingembre : *Zingiber officinale*, 250mg à 1g de poudre de racine en infusion ou en extrait 3x/J deux jours avant et pendant les trois premiers jours du cycle aident à diminuer les douleurs
 - Actée à grappes noires : *actea racemosa*, on utilise les racines séchées et broyées pour en faire un extrait.
La posologie est de 40 mg/J, mais il faut en moyenne 4 à 6 semaines pour voir les effets.
 - Saule blanc : *salix alba*, sa composition en flavonoïdes et composés salicylés lui donnent ses effets anti-inflammatoires et antalgiques.
On utilisera 5g de fleurs femelles en infusion dans de l'eau bouillante à raison de 3 tasses par jour.
Attention cependant déconseillé lors de règles abondantes car à un effet hémorragique.

Une étude publiée dans la revue Cochrane a prouvé que le fénugrec, le gingembre, la valériane et le zataria entraînaient une diminution de l'intensité des dysménorrhées.

Une étude réalisée sur 1736 patients a prouvée que l'utilisation de décoctions améliorerait les symptômes de dysménorrhées primaires. [48]

Des études ont été faites en chine, prouvant que l'utilisation de décoctions regroupant plusieurs plantes (XZD : Xue Fu Zhuyu Decoction) soulageait les dysménorrhées. [50]

C. Homéopathie

- sépia
 - 9 CH si irritabilité : 3 granules 2x/J, 4 à 5 jours avant les règles et pendant celles-ci.
 - 15 CH pour les dysménorrhées : 1 dose par mois 3 jours avant la date des règles.
- magnesia phosphorica en 15CH si anxiété : 5 granules toutes les deux heures
- borax en 5 CH si règles abondantes et crampes : 5 granules 3x/J avant et pendant les règles
- viburnum opalus pour les dysménorrhées
 - 30 CH si règles peu abondantes toutes les dix minutes jusqu'à accalmie des symptômes
 - 9 CH si règles abondantes toutes les dix minutes pendant une heure.
- colocynthis 7 ou 9 CH en cas de dysménorrhées avec douleurs type crampe : 5 granules toutes les demi-heures à heure.
- Discorea villosa : 7 ou 9 CH en cas de douleurs de règles violentes : 5 granules toutes les demi-heures.
- Caulophyllum thalictroides 9 CH : 5 granules au rythme des douleurs pour les dysménorrhées du premier jour des règles.

D. Acupuncture

[1]

L'acupuncture est une alternative thérapeutique très fréquemment utilisée.

Elle doit être associée aux thérapeutiques déjà mises en place, mais permet en complément d'améliorer la douleur et la qualité de vie des patientes.

Ceci a été démontré par une étude crossover menée chez des adolescentes atteintes d'endométriose, on retrouve une diminution de l'intensité des douleurs à partir de quatre semaines, pour un protocole de deux séances d'acupuncture par semaine.

E. Ostéopathie

Durant sa séance, l'ostéopathe va pouvoir travailler au niveau du système gynécologique mais aussi digestif ainsi qu'au niveau des lombaires.

L'ostéopathe devra dans un premier temps établir un bilan précis du cas de la patiente pour mieux adapter sa pratique.

Le travail de l'ostéopathe sera de décoller les adhérences.

Il s'attardera aussi à relancer la circulation sanguine et à lever les tensions ligamentaires qui se sont accumulées, surtout au niveau du bassin pour redonner plus de mobilité aux tissus internes.

Le praticien pourra aussi faire un travail cranio-sacré dans le but d'enlever les tensions rachidiennes.

Le soulagement sera rapide car le corps va sécréter des endorphines ce qui entraînera un sentiment d'apaisement puis les techniques réalisées auront un effet qui perdurera dans le temps.

F. Naturopathie

Le naturopathe donne de nombreux conseils, surtout au niveau de l'alimentation, en effet il sera conseillé de :

- éviter le gluten qui favorise l'inflammation ce qui entraîne un inconfort au niveau digestif avec des ballonnements,
On remplacera donc les céréales (blé, seigle, orge et avoine) par des farines de maïs, châtaigne ou riz,
- cuisiner soit même, ne pas manger de plats préparés ni surgelés, en général éviter les produits transformés,
- Limiter les produits laitiers car pro-inflammatoires, privilégier les laits de chèvre ou de brebis ainsi que les laits végétaux,
Mais attention aux produits contenant du soja, de la sauge et du lin qui sont des phytoestrogènes, non compatibles avec l'endométriose,
- Privilégier les sucres naturels en évitant le sucre blanc raffiné qui entretient l'inflammation et donc favorise la prolifération de l'endomètre car l'insuline est un facteur de croissance dans l'endométriose,
- Limiter les crucifères, produits de la famille du chou qui entraînent un inconfort digestif,
- Eviter les produits acidifiants comme le café ou le thé noir,
- Consommer moins de viande, pour limiter le phénomène inflammatoire,
- Favoriser les sources d'oméga 3 qui sont anti-inflammatoires mais éviter les huiles à base d'oméga 6 (tournesol, arachide) qui elles sont inflammatoires.
 - Consommer des petits poissons gras type sardines, maquereaux, foie de morue ou anchois deux fois par semaine
 - Consommer de l'huile de colza ou de noix à hauteur d'une à deux cuillères à soupe par jour
- Eviter le sel qui entraîne une rétention d'eau, des ballonnements et des tensions mammaires,
- Consommer des légumes pour leur richesse en fibres et en minéraux,
- S'hydrater convenablement.

G. Mésothérapie

La mésothérapie a pour but de soulager la douleur. Elle consiste à pratiquer des injections au niveau des zones douloureuses, peu profondes à faible dose de deux produits :

- un anesthésique local qui a pour but d'anesthésier les nerfs,
- un myorelaxant pour détendre les muscles et inhiber la douleur.

La piqûre permet de sécréter des endomorphines qui vont avoir un rôle antalgique.

Cela permet d'atténuer immédiatement la douleur et ce pendant plusieurs jours après l'injection.

H. La neurostimulation transcutannée (TENS)

Une étude a été réalisée, en disposant les électrodes sur les sites de projection des douleurs, la durée et la fréquence de la stimulation était patiente-dépendante. Cependant après huit semaines de stimulation, on note une diminution significative des douleurs pelviennes chroniques avec une utilisation du TENS à haute fréquence.

I. Micro-nutrition

L'approche de la micro-nutrition va être de vérifier les carences avec un bilan pour ensuite compléter s'il faut en sélénium, cuivre, zinc, fer ou anti-oxydant voire en vitamines B9 ou B12.

Le but étant de rééquilibrer les ions pour qu'il n'y ait pas d'oxydation pro-inflammatoire.

Des études ont été menées sur la supplémentation en anti-oxydants, en effet le stress oxydatif jouerait un rôle dans le développement de l'endométriose.

Un groupe de femmes a reçu 1200 UI de vitamine E ainsi que 1g de vitamine C durant huit semaines, en comparaison aux patientes n'ayant reçu que le placebo, les femmes du groupe expérimental ont perçu pour 1/3 l'amélioration des douleurs.

On note aussi qu'une supplémentation en vitamines B6, A, C, E ainsi qu'en sels minéraux, ferments lactiques et oméga 3 et 6 durant 6 mois entraîne une amélioration semblable aux traitements hormonaux dans l'endométriose profonde opérée.

J. Pratique du yoga

[18][42]

Une étude a prouvé l'intérêt du yoga dans l'amélioration de la qualité de vie des patientes grâce à l'EHP-30 chez des patientes réalisant deux séances de yoga de manière hebdomadaire sur huit semaines.

On peut constater que les thérapeutiques non pharmacologiques utilisées en complément permettent d'améliorer la qualité de vie des patientes.

La prise en charge de la douleur doit de ce fait toujours se faire par une approche pluridisciplinaire.

Il est important de réaliser une évaluation de l'intensité, la fréquence, la typologie et les retentissements qu'ont ces douleurs sur la vie des patientes pour adapter au mieux la thérapeutique.

Partie III : Enquête clinique

I. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé auprès de patientes d'une part de mon entourage personnel et d'autre part rencontrées lors de ma pratique professionnelle. J'ai pu réaliser vingt et un entretiens en quelques mois.

Après avoir expliqué ma recherche et l'envie de comprendre le parcours de femmes atteintes d'endométriose, nous prenions rendez vous, parfois en tête à tête, parfois téléphonique car la distance ne permettait pas toujours de se voir.

Dans un premier temps je laissais les femmes m'exprimer librement leur vécu, qu'il s'agisse de leurs symptômes, de la découverte de ce qu'est cette pathologie et de leur parcours de soin.

J'avais réalisé un questionnaire en deux parties, tout d'abord des questions personnelles qui me permettaient de comprendre le parcours différent de chacune des patientes.

- âge actuel
- âge d'apparition des premiers symptômes
- symptômes retrouvés :
- parcours médical
- quels examens vous ont été pratiqués ?
- stade déclaré et ou atteintes
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ?
- traitements mis en place
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ?
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?)
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ?
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?

Puis en seconde partie d'entretien, je me basais sur un questionnaire existant qu'est l'EHP-5 (Endometriose Health Profile).

Il s'agit d'un outil destiné aux femmes atteintes d'endométriose qui permet d'apprécier leur qualité de vie de manière reproductible et standardisé.

Cet outil est issu de l'EHP-30 qui a été traduit en français et raccourci pour une meilleure utilisation dans la pratique clinique.

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez-vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?					
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?					
Eu des changements d'humeur ?					
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?					
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?					

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?					
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?					
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?					
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?					
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					
Vous-êtré vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?					

On prend ensuite en considération chaque réponse de la patiente et on fait un score total, en sachant que les réponses valent un certain nombre de points :

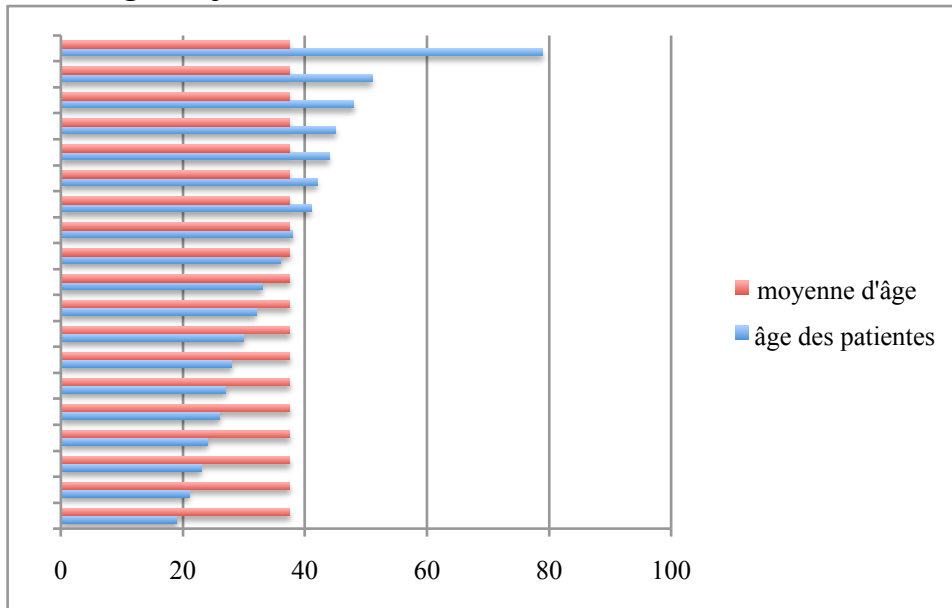
- Jamais = 0 point
- Rarement = 25 points
- Parfois = 50 points
- Souvent = 75 points
- Toujours = 100 points

0 étant la meilleure qualité de vie envisageable
1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

II. Analyse des données

A. Age des patientes

1. Age au jour de l'entretien



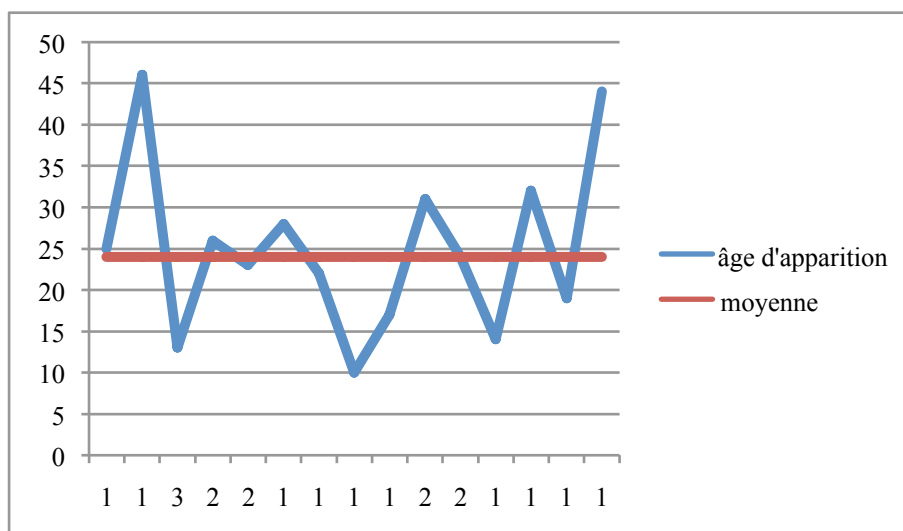
Histogramme de l'âge de nos patientes et leur moyenne

Nous voyons à travers ce graphique que la moyenne d'âge de nos patientes est de 37,5 ans.

Parmi nos patientes certaines sont très jeunes (moins de 20 ans).

D'autre part nous avons des patientes d'âge avancé dont le diagnostic a été posé il y a plus de trente ans, ce qui nous permet de voir que certains médecins sont déjà au fait depuis plusieurs dizaines d'années.

2. Age des premiers symptômes

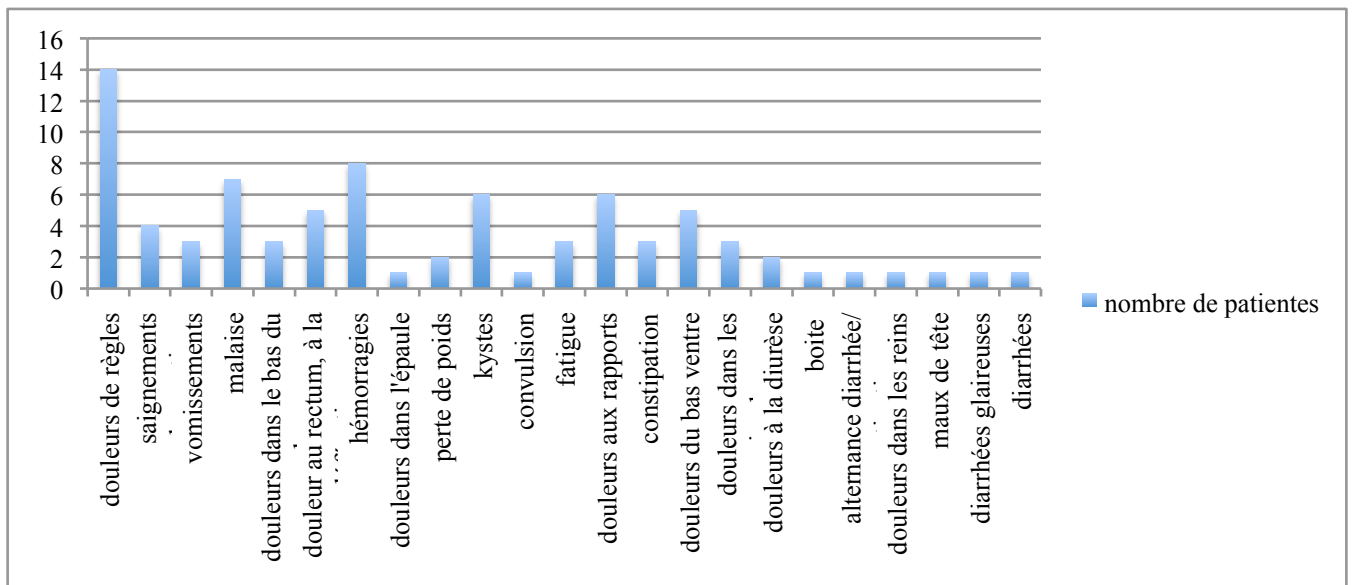


Graphique de l'âge d'apparition des symptômes chez nos patientes en comparaison à la moyenne

La moyenne d'âge de l'apparition des premiers symptômes est ici de 24 ans.

Or parmi les patientes incluses dans l'étude, pour certaines les premiers symptômes sont apparus dès leurs premières règles (entre 10 et 14 ans), pour d'autres au moment où elles voulaient concevoir un enfant (entre 25 et 30 ans). Une dernière catégorie de patientes a présenté les symptômes après avoir eu leurs enfants (à un âge plus avancé).

B. Symptômes



Histogramme des différents symptômes retrouvés chez nos patientes

Comme on peut le voir sur cette figure, les principaux symptômes retrouvés chez nos patientes sont :

- les douleurs de règles entraînant des malaises,
- les règles abondantes voire hémorragiques,
- les douleurs aux rapports où dyspareunies.

On retrouve aussi chez beaucoup de femmes, la présence de kystes ovariens.

Ces premiers symptômes devraient alerter sur un risque d'endométriose lorsqu'ils sont présents chez une femme.

C. Diagnostic

1. Examens nécessaires au diagnostic

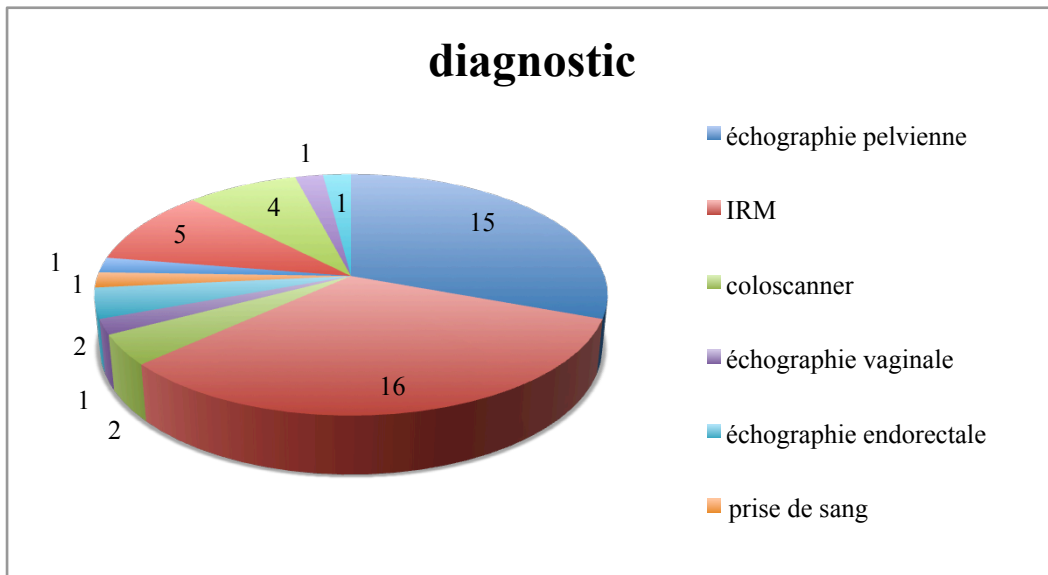
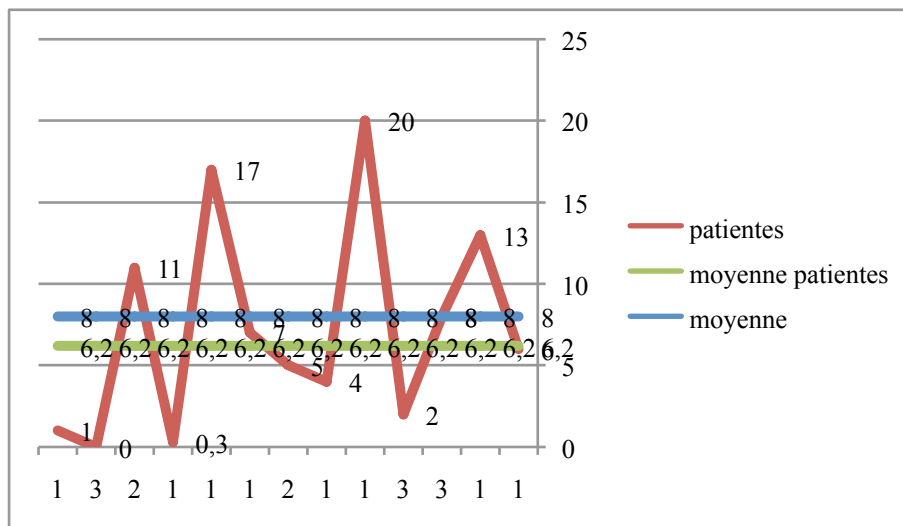


Diagramme représentant les différents examens réalisés par nos patientes en vue du diagnostic d'endométriose

On peut voir que pour la plupart des patientes le diagnostic a été posé suite à la réalisation d'une échographie pelvienne couplée à une IRM.

Pour certaines, il a fallu des examens plus poussés du type coloscanner voire cœlioscopie pour attester du diagnostic.

2. Temps nécessaire au diagnostic



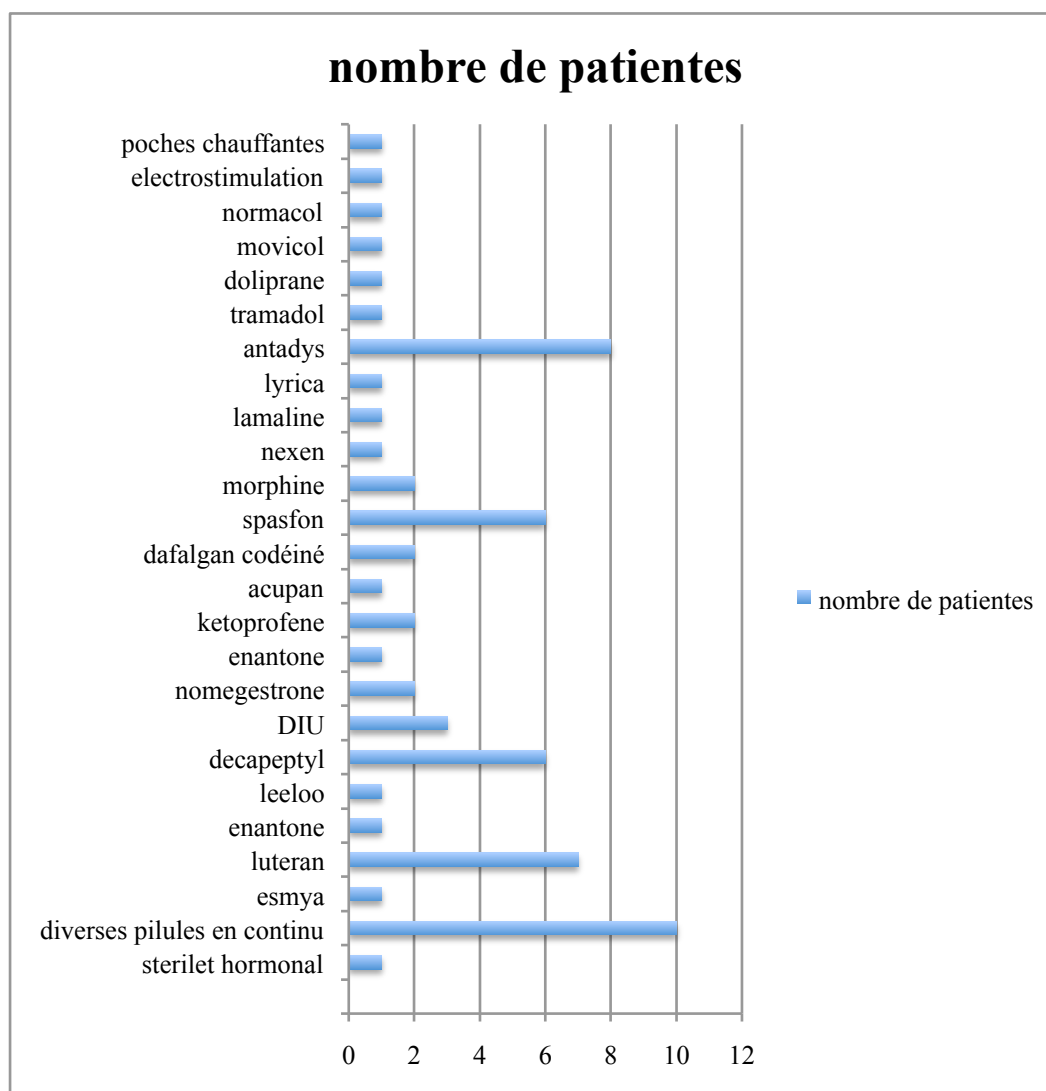
Courbe représentant la moyenne de temps nécessaire à diagnostiquer l'endométriose, en moyenne nationale, chez nos patientes et la moyenne de nos patientes.

La durée moyenne entre l'apparition des symptômes et le diagnostic d'endométriose est en général de 8 ans.

En ce qui concerne nos patientes nous sommes à une moyenne de 6,2 ans. En effet il existe de grandes disparités, en particulier un certain nombre de nos patientes ont été découvertes de manière fortuite, par exemple l'endométriose a été découverte de manière immédiate suite à différentes pathologies de type péritonite, explosion d'un kyste ou autre...

D. Prise en charge

1. Traitements de la douleur et des symptômes



Histogramme de différents traitements utilisés par les patientes

On voit que nos patientes ont pour la plupart essayé diverses prises en charge pour tenter de supporter les douleurs ainsi que les symptômes de l'endométriose.

Dans un premier temps, pour la douleur les patientes sont mises sous phloroglucinol Spasfon®, qui ne leur fait aucun effet.

On passe ensuite à un anti-inflammatoire (Nexen®, Antadys®, ketoprofène...) mais également à des antalgiques de palier II voire III.

Chez certaines on utilise des traitements antiépileptiques (prégabaline, Lyrica ®) pour agir sur les douleurs neuropathiques.

On observe chez toutes nos patientes, un traitement à base d'hormones qui met souvent du temps à être adapté, en passant par diverses pilules oestro-progestatives en continu, le DIU ainsi que des dérivés de la progestérone puis des inhibiteurs de GnRH.

Certaines patientes utilisent aussi des traitements à visée symptomatique, tels que les lavements ou laxatifs pour traiter la constipation ainsi que l'utilisation de poche de chaud ou le recours à l'électrostimulation pour atténuer les douleurs pelviennes

2. Traitement par chirurgie

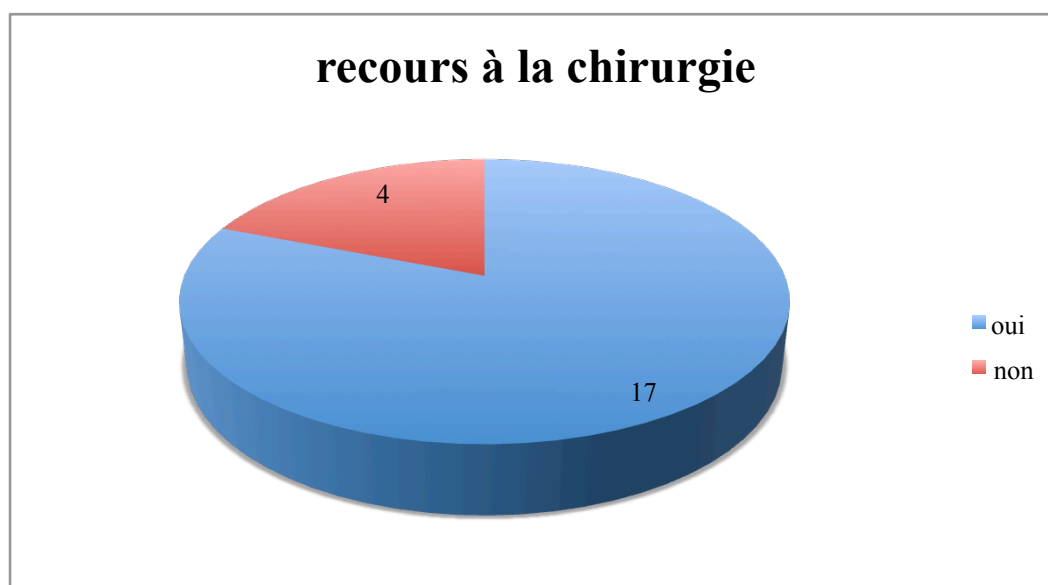


Diagramme répertoriant les patientes ayant eu recours à la chirurgie pour leur endométriose.

La plupart de nos patientes ont du subir une chirurgie.

Il s'agit pour la plupart soit d'une coelioscopie exploratrice, soit d'un retrait de kyste ovarien.

Cependant, on a aussi certaines patientes qui ont perdu des morceaux d'intestins et de rectum du fait de la prolifération du tissu endométriosique.

D'autres se sont fait retirer l'utérus pour ne plus avoir de douleurs, une autre s'est même fait retirer une côte pour supporter des douleurs lancinantes qui étaient dues à de l'endométriose sur le diaphragme.

E. Médecines alternatives

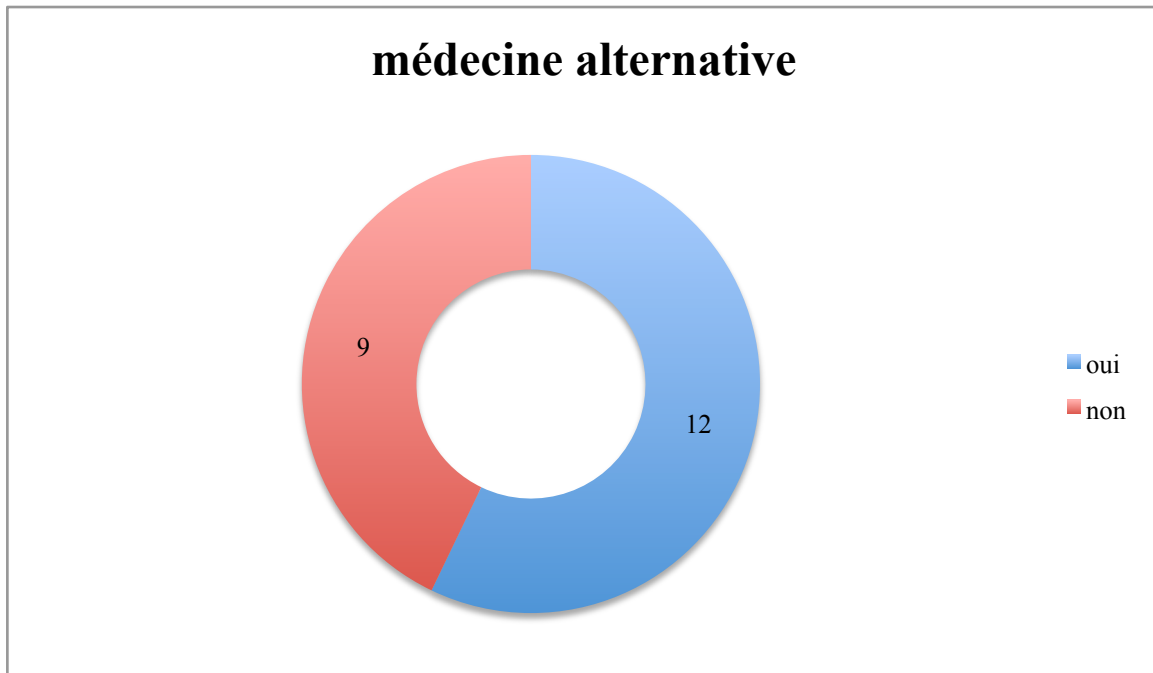


Diagramme présentant le nombre de patientes ayant eu recours à des médecines dites alternatives.

La majorité de nos patientes essaie des alternatives à la médecine dite classique. Il n'est jamais question de traiter l'endométriose en elle-même mais plutôt ses conséquences.

Les patientes rapportent faire des séances d'ostéopathie pour jouer sur la constipation ou les douleurs dorsales.

D'autres expliquent avoir recours à la sophrologie ou à l'acupuncture pour apprendre à respirer correctement et supporter la douleurs pendant les crises.

Certaines patientes ont vu un naturopathe qui leur a fait modifier leur alimentation pour éviter les douleurs voire favoriser la réalisation d'une FIV.

F. Maternité

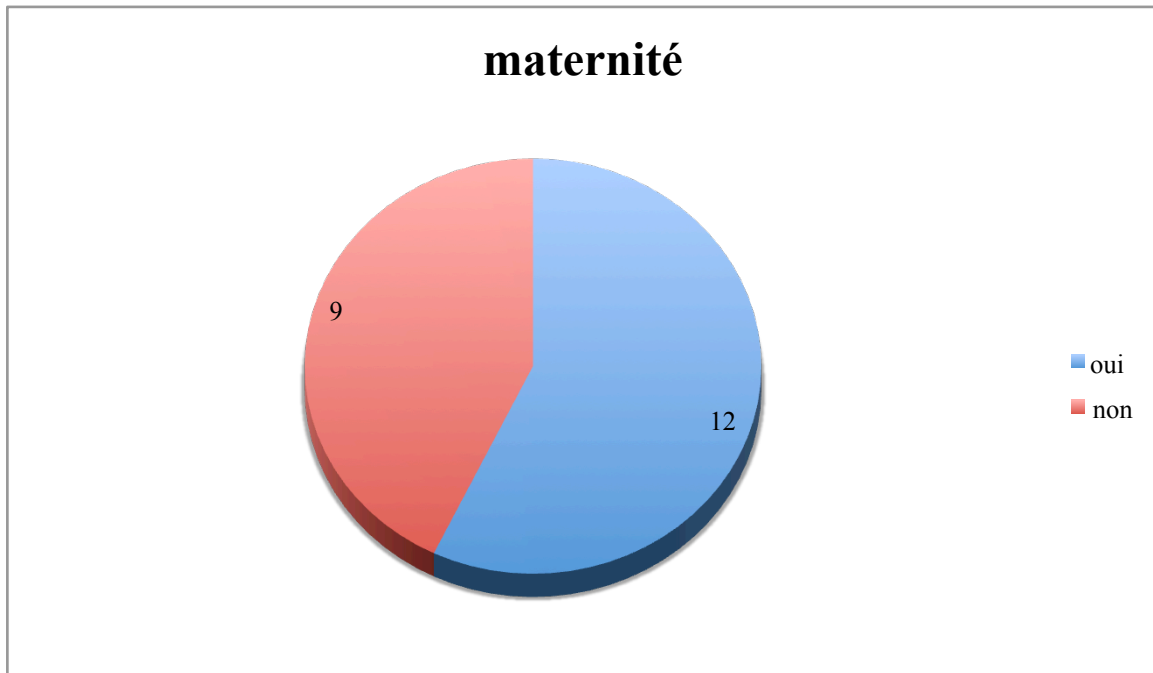


Diagramme présentant les patientes ayant eu des enfants.

Au sein de notre échantillon de patientes, douze sont maman, dont cinq ont eu recours à la PMA, les autres ont eu leurs enfants naturellement.

Parmi les neuf femmes n'ayant pas d'enfant, deux sont en cours de PMA, les autres ne souhaitent pour le moment pas avoir d'enfant.

G. Ressenti

Nous avons demandé aux femmes leur ressenti par rapport à leur pathologie en trois mots.

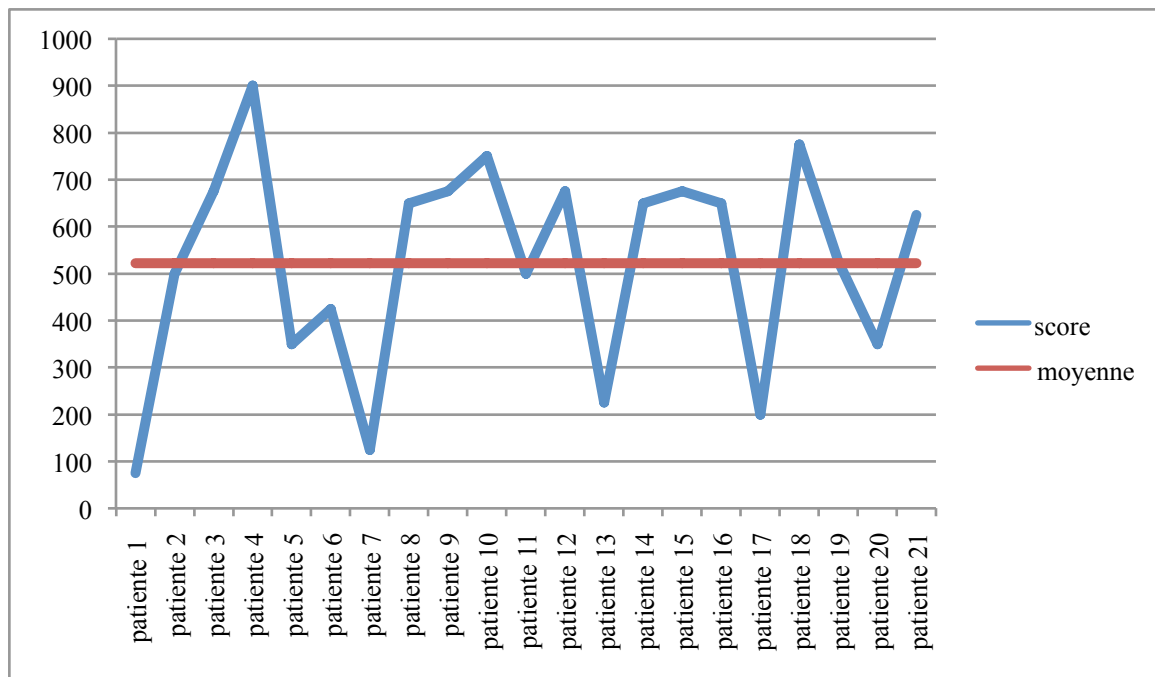


Nuage de mots représentant les différentes représentations de la pathologie pour les patientes.

Les mots qui reviennent le plus souvent sont les douleurs (n=10) et la souffrance (n=5) que cela entraîne, beaucoup d'inquiétude (n=5), d'incompréhension (n=6) face à cette maladie. Vient ensuite la notion d'infertilité (n= 4) et, de peur (n=4) et de stress (n=2).

On retrouve beaucoup de questionnement sur l'avenir mais aussi de l'espoir et de l'optimisme.

H. Score de l'EHP-5



Graphique comparant le score EHP-5 de chaque patiente et leur moyenne

Avec cette évaluation de la qualité de vie, on se rend compte que chaque patiente vit sa pathologie de manière différente.

Pour certaines, les douleurs vont être plus handicapantes pour certains gestes de la vie quotidienne ce qui ne sera pas le cas pour d'autres.

Ceci nous permet de constater que pour une même pathologie qu'est l'endométriose, chaque patiente va avoir des symptômes et atteintes différentes et de ce fait un vécu différent face à la maladie.

Conclusion

L'endométriose apparaît donc comme une pathologie ayant une entité plurielle, complexe, hormono-dépendante et multifactorielle dont la prise en charge doit se faire de manière pluridisciplinaire et adaptée à chaque femme.

Il est important de se poser la question d'une endométriose devant la présence de dysménorrhées sévères résistantes aux antalgiques simples (AINS) et ayant un retentissement sur la vie socioprofessionnelle, s'aggravant avec le temps, suspendues ou atténuées par les périodes d'aménorrhées.

Seule la coelioscopie avec biopsie permet d'affirmer le diagnostic en cas de symptômes.

Actuellement, il n'y a pas de traitement entraînant la guérison mais nous avons un arsenal important pour soulager les symptômes décrits par les patientes. L'instauration de traitement se fait au cas par cas au vu de la complexité des symptômes et des atteintes patientes-dépendantes.

Etant donné que l'endomètre ectopique provoquant les symptômes d'endométriose est régi par l'influence des hormones ovariennes au cours des cycles et tout au long de la vie génitale, comme l'endomètre classique il desquame pendant les règles. Une période de grossesse peut entraîner sa désuétude donc la guérison temporaire. De même la ménopause entraînant un arrêt des sécrétions ovariennes, provoque aussi une disparition de cet endomètre ectopique.

Il faut savoir que l'endométriose ne devient jamais cancéreuse.

En effet, actuellement nous sommes capables de mieux évaluer les symptômes et donc de poser le diagnostic plus précisément et plus précocement avec des outils accessibles à l'hôpital.

De plus, au niveau des traitements, aucun ne permet de guérir la maladie mais de nombreux médicaments permettent une amélioration de la vie quotidienne.

Certains sont utilisés dans l'endométriose dans le cadre de leur AMM, d'autres n'ont pas l'AMM mais sont utilisés dans le but de soulager les symptômes rencontrés.

Enfin, de nombreuses études sont en cours pour tenter de trouver des remèdes efficaces et soulager ces femmes atteintes par cette pathologie.

Bibliographie

- [1]. Ma Y-X, Ye X-N, Liu C-Z, Cai P-Y, Li Z-F, Du D-Q, et al. A clinical trial of acupuncture about time-varying treatment and points selection in primary dysmenorrhea. *Journal of Ethnopharmacology*. 2013; 148(2):498-504.
- [2]. al YA et. A prospective cohort study of meat and fish consumption and endometriosis risk. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/29870739>
- [3]. Becker CM, Bartley J, Mechsner S, Ebert AD. Angiogenesis and endometriose. *Zentralbl Gynakol*. 2004;126(4):252-258.
- [4]. Mori T, Ito F, Koshiba A, Kataoka H, Tanaka Y, Okimura H, et al. Aromatase as a target for treating endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2018; 44(9):1673-1681.
- [5]. ENANTONE - AVIS DE LA COMMISSION DE TRANSPARENCE, juin 2004
- [6]. Tsankov T, Zlatkov V. BOWEL ENDOMETRIOSIS - CASE OF RECTAL LOCALISATION. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2016; 55(4):56-58.
- [7]. BREF HISTORIQUE DE L'ETUDE DE L'ENDOMETRIOSE [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <http://endometriosemaladie.e-monsite.com/blog/bref-historique-de-l-etude-de-l-endometriose.html>
- [8]. Sadoul G, Beuret-Sadoul T, Benifla J-L, Madelenat P. Chapitre 27. In: Atlas de gynécologie. Masson. p. 285-302.
- [9]. Masson E. Chirurgie pour endométriase annexielle [Internet]. EM-Consulte. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/224561/chirurgie-pour-endometriose-annexielle>
- [10]. CNGOF - RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE – ENDOMÉTRIOSE.
- [11]. Coelioscopie [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <http://www.dr-safia-taieb.tn/specialites/chirurgie/chirurgie-endoscopique/coelioscopie/>
- [12]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005; 34(5):513.

- [13]. Bianchi P M, Macaya P R, Guillermo DV, Manzur Y. A. Correlación entre valores del marcador Ca-125 con la presencia y severidad de endometriosis pelviana. *Revista médica de Chile*. 2003 ;131(4):367-372.
- [14]. Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. *Fertility and Sterility*. 2017; 108(6):886-894.
- [15]. Galazis N, Raza A. Diagnosis of deep infiltrating endometriosis with transvaginal ultrasonography. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2018; 465(10):701-760;
- [16]. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, Lambert A, Kennedy S, Zondervan K, et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil Steril*. 2008; 89(3):538-545.
- [17]. Sut N, Kahyaoglu-Sut H. Effect of aromatherapy massage on pain in primary dysmenorrhea: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2017;27:5-10.
- [18]. Chien L-W, Chang H-C, Liu C-F. Effect of Yoga on Serum Homocysteine and Nitric Oxide Levels in Adolescent Women With and Without Dysmenorrhea. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2012;19(1):20-23.
- [19]. Rahnama P, Montazeri A, Huseini HF, Kianbakht S, Naseri M. Effect of Zingiber officinale R. rhizomes (ginger) on pain relief in primary dysmenorrhea: a placebo randomized trial. *BMC Complement Altern Med*. 2012;12:92.
- [20]. Mirabi P, Dolatian M, Mojab F, Majd HA. Effects of valerian on the severity and systemic manifestations of dysmenorrhea. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011; 115(3):285-288.
- [21]. Endocrinologie [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.gynecologue-vaud.ch/index.php/fr/infos-medicales/endocrinologie/17-infos-medicales/endocrinologie>
- [22]. Endométrie - Gynécologie et andrologie - Cliniques universitaires Saint-Luc [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <https://www.saintluc.be/services/medicaux/gynecologie/documentation/endometrie.php>
- [23]. SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. Endométrie : diagnostic et prise en charge, recommandations de la société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 2010 ; 32.
- [24]. Endométrie : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique. *La Presse Médicale*. 2017; 46(12):1156-1165.
- [25]. Merlot B, Ploteau S, Abergel A, Rubob C, Hocke C, Canis M, et al. Endométrie extra-génitale : atteinte pariétales, thoraciques, diaphragmatiques

- et nerveuses. RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018; 46(3):319-325.
- [26]. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *The Lancet*. 2004; 364(9447):1789-1799.
- [27]. Zondervan KT, Becker CM, Koga K, Missmer SA, Taylor RN, Viganò P. Endometriosis. *Nat Rev Dis Primers*. 2018; 4(1):9.
- [28]. Endometriosis [Internet]. Rocky Mountain Fertility Center. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.rockymountainfertility.com/endometriosis/>
- [29]. Épidémiologie de l'endométriose. *Imagerie de la Femme*. 2016; 26(3-4):196-198.
- [30]. Fauconnier A, Borghese B, Huchon C, Thomassin-Naggara I, Philip C-A, Gauthier T, et al. Épidémiologie et stratégie diagnostique, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2018; 46(3):223-230.
- [31]. European Medicines Agency - Find medicine - Herbal medicines for human use [Internet]. [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages%2Fmedicines%2Flanding%2Fherbal_search.jsp&mid=&searchkwByEnter=false&alreadyLoaded=true&isNewQuery=true&keyword=Enter+keywords&searchType=Latin+name+of+herbal+substance&startLetter=F&taxonomyPath=&treeNumber=
- [32]. Zhang F, Liu X-L, Wang W, Dong H-L, Xia Y-F, Ruan L-P, et al. Expression of MMIF, HIF-1 α and VEGF in Serum and Endometrial Tissues of Patients with Endometriosis. *Curr Med Sci*. 2018; 38(3):499-504.
- [33]. Paul PG, Gulati G, Shintre H, Mannur S, Paul G, Mehta S. Extrauterine adenomyoma: a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018; 228:130-136.
- [34]. Isidor B, Latypova X, Ploteau S. Familial deep endometriosis: A rare monogenic disease? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2018; 221:190-193.
- [35]. Hedon B, Madelenat P, Dargent D, al. *Gynécologie*. Ellipses. 1998. p.602.
- [36]. Papiernik E, Rozenbaum H, Belaisch-allart J. *Gynécologie*. Flammarion. 1990. p. 787.
- [37]. GOURBAIL L. Haute Autorité de santé. 2017; p 399.
- [38]. Jo J, Leem J, Lee JM, Park KS. Herbal medicine (Hyeolbuchukeo-tang or Xuefu Zhuyu decoction) for treating primary dysmenorrhoea: protocol for a systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2017; 7(6):150-156.
- [39]. Baldi A, Lanza A, Menicagli F, Signorile PG, Spugnini EP. Histological and Immunohistochemical Characterization of a Case of Endometriosis in a Guinea

- Pig (*Cavia tschudii*). *Case Rep Vet Med.* 2017; (2017):459-460.
- [40]. Oliveira MAP, Raymundo TS, Soares LC, Pereira TRD, Demôro AVE. How to Use CA-125 More Effectively in the Diagnosis of Deep Endometriosis [Internet]. *BioMed Research International.* 2017 [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/9857196/>
- [41]. Rani M, Singh U, Agrawal GG, Natu SM, Kala S, Ghildiyal A, et al. Impact of Yoga Nidra on Menstrual Abnormalities in Females of Reproductive Age. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2013 ;19(12):925-929.
- [42]. Tran DK, Belaisch J. Is it time to change the ASRM classification for endometriosis lesions? Proposal for a functional FOATlaRVS classification. *Gynecological Surgery.* 2012 ;9(4):369.
- [43]. Belaisch J, Audebert A, Brosens IA, al. *L'endométrie.* Masson; 2003. P 329.
- [44]. *L'endométrie ou les endométrioses ? Actualités Pharmaceutiques.* 2014; 53(538):16-19.
- [45]. La coélio-scopie [Internet]. *Aide Cancer du sein.* [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <http://soutien-cancer-dusein.eklablog.fr/la-coelioscopie-a119676754>
- [46]. Roman H, Chanavaz-Lacheray I. Le Centre expert de diagnostic et de prise en charge multidisciplinaire de l'endométrie de Rouen : une expérience pilote française. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* 2018 ;46(7):563-569.
- [47]. Surrey E, Taylor HS, Giudice L, Lessey BA, Abrao MS, Archer DF, et al. Long-Term Outcomes of Elagolix in Women With Endometriosis: Results From Two Extension Studies. *Obstet Gynecol.* 2018 ;132(1):147-160.
- [48]. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, et al. Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines - Short version. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2018 ;47(7):265-340
- [49]. Pellow J, Nienhuis C. Medicinal plants for primary dysmenorrhoea: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine.* 2018;37:13-26.
- [50]. Sampson JA. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. *Am J Pathol.* 1927 ;3(2):93-110.43.
- [51]. More Than Just Menstrual Cramps: Symptoms and Uncertainty Among Women With Endometriosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 2004 ;33(1):71-79.
- [52]. Ou M-C, Hsu T-F, Lai AC, Lin Y-T, Lin C-C. Pain relief assessment by aromatic essential oil massage on outpatients with primary dysmenorrhea: A randomized, double-blind clinical trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research.* 2012 ;38(5):817-822.

- [53]. Pathogenesis of deep endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2017 ;108(6):872-885.
- [54]. Thomassin-Naggara I, Bendifallah S, Rousset P, Bazot M, Ballester M, Darai E. Performances et critères de qualité de l'IRM, du colo-scanner, de l'entéroIRM/CT pour le diagnostic d'endométriose pelvienne, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2018;46(3):177-84.
- [55]. Philip C-A, Dubernard G. Performances et place de l'échographie dans le diagnostic de l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2018 ;46(3):185-199.
- [56]. Velemir L, Krief M, Matsuzaki S, Rabischong B, Jardon K, Botchorishvili R, et al. Physiopathologie de l'endométriose. EMC- Gynecologie. 2008. p. 1-16.
- [57]. Physiopathologie et anatomopathologie de l'endométriose. *Imagerie de la Femme*. 2017 ;27(1):41-44.
- [58]. Place des nouveaux traitements médicaux dans l'endométriose douloureuse, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2018 ;46(3):256-263.
- [59]. De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, et al. Primary Dysmenorrhea in Adolescents: Prevalence, Impact and Recent Knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2015 ;13(2):512-520.
- [60]. prise_en_charge_de_l'endometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_l'endometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf
- [61]. Quelle prise en charge pour l'endométriose? *Actualités Pharmaceutiques*. 2014 ;53(538):20-26.
- [62]. Abdul Karim AK, Shafiee MN, Abd Aziz NH, Omar MH, Abdul Ghani NA, Lim PS, et al. Reviewing the role of progesterone therapy in endometriosis. *Gynecol Endocrinol*. 2018 ;32 (3)1-7.
- [63]. Medicine AS for R. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertility and Sterility*. 1997 ;67(5):817-821.
- [64]. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'endométriose. *Actualités Pharmaceutiques*. 2014 ;53(538):27-32.
- [65]. Role of medical therapy in the management of deep rectovaginal endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2017 ;108(6):913-930.

- [66]. SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. Endométriose : diagnostic et prise en charge, recommandations de la société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Canada : JOGC (Journal of obstetrics gynaecology Canada, 2010.
- [67]. Talreja D, Salunke V, Pande S, Gupta C. Successful management of ureteric endometriosis by laparoscopic ureterolysis - A review and report of three further cases. Arab J Urol. 2018 ;16(3):342-349.
- [68]. Surgery for endometriosis: beyond medical therapies. Fertility and Sterility. 2017 ;107(3):549-554.
- [69]. Docteur Safia Taieb. Technique De L'Hystérosalpingographie [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=S55ZNZZEI6Y>
- [70]. Cramer D, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. SCI. 2002. p. 11-22.
- [71]. The evaluation of the effectiveness of an intrauterine-administered progestogen (levonorgestel) in the symptomatic treatment of endometriosis and in the staging of the disease. Human reproduction. 2004. p. 179-84.
- [72]. Benagiano G, Brosens I, Lippi D. The history of endometriosis. Gynecol Obstet Invest. 2014 ;78(1):1-9.
- [73]. The link between immunity, autoimmunity and endometriosis: a literature update. Autoimmunity Reviews [Internet]. août 2018 [cité 29 août 2018]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S1568997218301757>
- [74]. Rock JA, ZOLADEX Endometriosis Study Group. The revised American Fertility Society classification of endometriosis: reproducibility of scoring **Supported by a grant from ZENECA Pharmaceuticals, Wilmington, Delaware. Fertility and Sterility. 1995 ;63(5):1108-1110.
- [75]. The role of the B lymphocytes in endometriosis: A systematic review. Journal of Reproductive Immunology. 2017 ;123:29-34.
- [76]. Cook AS, Adamson GD. The Role of the Endometriosis Fertility Index (EFI) and Endometriosis Scoring Systems in Predicting Infertility Outcomes. Curr Obstet Gynecol Rep. 2013 ;2(3):186-194.
- [77]. Suwatanapongched T, Boonsarngsuk V, Amornputtisathaporn N, Leelachaikul P. Thoracic endometriosis with catamenial haemoptysis and pneumothorax: computed tomography findings and long-term follow-up after danazol treatment. Singapore Med J. 2015 ;56(7):120-123.
- [78]. Blanc B, C Jamin, Sultan C. Traité de gynécologie médicale. Paris : Springer Editions. 2004; p 608.

- [79]. Traitement médicamenteux de l'endométriose (adénomyose exclue). EMC - Gynécologie-Obstétrique. 2005 ;2(4):312-328.
- [80]. Gao L, Jia C, Zhang H, Ma C. Wenjing decoction (herbal medicine) for the treatment of primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2017; 296(4):679-689.
- [81] REDWINE D.B, the distribution of endometriosis in the pelvis. Fertil. Steril. 1987 ;47(1) :173-175
- [82]. Quelle prise en charge pour l'endométriose ? Actualités Pharmaceutiques. 2014 ;53(538):20-26.
- [83]. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0288788.htm>

Annexes

Questionnaires

Patiente 1

- âge actuel : 26 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 25 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs
 - saignements discontinus
- parcours médical
 - gynécologue ?
Découverte par le gynécologue au moment du changement d'un implant du fait d'une dérégulation des menstruations
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - une échographie où ont été retrouvés des kystes
 - une IRM qui a confirmé 2 kystes dont un de 4 cm à droite
- stade déclaré et ou atteintes : stade non déclaré car diagnostic trop récent mais atteinte de zones profondes
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ?
pas de symptômes « typiques »
- traitements mis en place
 - minidril® : pilule continue pendant 4 mois
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) : Non
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Non
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
Non mais envisagée en fonction de l'évolution des kystes
- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?

Inquiétude, inquiétude, inquiétude

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?	x				
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?	x				
Eu des changements d'humeur ?	x				
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				x	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?	x				

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?	x				
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?					
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?	x				
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	x				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?	x				
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?				x	

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable

1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a ici 75 points

Patiente 2 :

- âge actuel : 51 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 46 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs à se plier en deux allant jusqu'à la perte de connaissance
 - douleurs liées au stress et à la fatigue
 - poids dans le bas ventre
 - sensation de descente d'organes, de déchirure
 - vomissements

- parcours médical
 - Prise en charge directement aux urgences, orienté vers un gynéco
 - suivi gynécologique

- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie tous les 3 mois
 - IRM

- stade déclaré et/ou atteintes : atteintes intestinales
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 0

- traitements mis en place
 - morphine pour les douleurs
 - stérilet hormonal depuis 4 ans avec contrôle tous les ans
 - spasfon ®
 - poches chauffantes sur les zones lors des crises

- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Sophrologie avec apprentissage de la respiration pour résister aux crises.

- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Oui deux enfants eux par césarienne

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
Pas pour le moment, l'hystérectomie est envisagée.

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Douleurs déchirantes et atroces
 - Chance (d'être tombé sur le bon médecin et d'avoir été prise en charge de suite)
 - Incompréhension

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ? Remède : pliée en position fœtus			X		
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ? Angoisse de faire des choses				X	
Eu des changements d'humeur ?	X				
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ? De la part du corps infirmier				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ? perte d'indépendance				X	

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?			X		
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?				X	
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?		X			
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	X				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?				X	
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?	X				

Jamais = 0 point
 Rarement = 25 points
 Parfois = 50 points
 Souvent = 75 points
 Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable et 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Notre patiente à ici un indice à 500 points

Patiente 3 :

- âge actuel : 24 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 13 ans, dès les premières règles

- symptômes retrouvés :
 - évanouissement
 - douleurs pelviennes intenses
 - douleurs dans le bas du dos
 - douleur au niveau du rectum

- parcours médical
 - médecin traitant a orienté vers un gynécologue
 - gynécologue

- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - frottis dès l'âge de 15 ans
 - échographie pelvienne montrant un utérus retro versé des kystes ovariens
 - IRM en mars 2017

- stade déclaré : stade I, atteinte des ligaments soutenant l'utérus
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 11 ans

- traitements mis en place
 - diverses pilules

- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non

- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Non

- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Non

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
Cœlioscopie en septembre 2017

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
- Incomprise
- Douleur
- peur

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?		X			
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?			X		
Eu des changements d'humeur ?				X	
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?			X		
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?				X	

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?				X	
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?			X		
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?					X
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?				X	
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?					X

Jamais = 0 point
 Rarement = 25 points
 Parfois = 50 points
 Souvent = 75 points
 Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable
 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a ici une note de 675 points

Patiente 4 :

- âge actuel : 27 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 26 ans
- symptômes retrouvés :
 - opération en urgence d'un kyste à l'ovaire gauche 3 mois après un accouchement
 - règles douloureuses antérieures
- parcours médical
 - médecin traitant, suivi régulier sans affolement
 - gynécologue, suivi à l'hôpital
 - suivi par le chirurgien à l'hôpital
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie pelvienne, vaginale et endorectale
 - IRM
 - coloscanner
- stade déclaré : pas de stade déclaré mais atteinte des ovaires, adhérences au niveau du pelvis et au niveau digestif.
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? Aucun
- traitements mis en place
 - dafalgan codéiné
 - acupan
 - esmya pendant 3 mois
 - luteran pendant 3 mois
 - enantone 11,25 mg, 1 injection tous les 3 mois.
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Non
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Oui une fille de 11 mois
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
- Ablation d'un kyste par cœlioscopie en mai 2017
- Ablation du même kyste par alcoolisation voie basse en juin 2017
- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
Eprouvant moralement et physiquement

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?				X	
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?				X	
Eu des changements d'humeur ?			X		
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?					X

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?					X
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?				X	
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?					X
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?				X	
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					X
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?				X	

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable

1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Cette patiente a un total de 900 points

Patiente 5 :

- âge actuel : 28 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 26 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs bas ventre
 - grosseur en dessous de la cicatrice de césarienne
 - cycle irrégulier

- parcours médical
 - gynécologue

- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - prise de sang
 - échographie
 - IRM

- stade déclaré : début de la maladie

- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ?
4 mois

- traitements mis en place
 - opération afin de retirer la grosseur

- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ?
Non

- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Non

- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Oui un

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Oui

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - stress
 - peur
 - optimiste

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?	X				
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?				X	
Eu des changements d'humeur ?				X	
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?	X				
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?	X				

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?	X				
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?			X		
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?				X	
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	X				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?	X				
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?				X	

Jamais = 0 point
 Rarement = 25 points
 Parfois = 50 points
 Souvent = 75 points
 Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable
 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a ici un score de 350 points.

Patiente 6 :

- âge actuel : 35 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 17 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs d'épaule liées à de l'endométriose sur le diaphragme
 - hémorragies
 - syncopes
- parcours médical
 - médecin traitant sans succès
 - médecine de la douleur
 - gynécologue, différents gynécologues jusqu'à un suivi à l'hôpital
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie
 - IRM
- stade déclaré :
 - atteinte du diaphragme
 - endométriose au niveau du ligament utéro-sacré
 - adénomyose
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 17 ans
- traitements mis en place
 - différentes pilules : mercilon ® puis optimizette ® puis leelo continu
 - nexen pour les douleurs
 - lamaline
 - électrostimulation
 - chlormadinone en continu
 - lyrica ®
- avez-vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ?
Non
- avez-vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?)
 - ostéopathe
 - naturopathe qui a proposé de réduire les céréales, éviter le gluten et la viande
 - magnétiseur
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? oui une fille
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ?
pas de parcours de PMA mais un an et demi pour avoir un enfant.
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - Ablation de la première cote dans le but de réduire les douleurs en 2001.
- En 3 mots, comment résumeriez-vous votre vécu ?
 - Souffrance
 - Incompréhension
 - Solitude

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?		X			
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?				X	
Eu des changements d'humeur ?				X	
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?				X	

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?			X		
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?			X		
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?	X				
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	X				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					X
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?	X				

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable

1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a ici un score de 425 points

Patiente 7 :

- âge actuel : 32 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 28 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs de règles
 - malaises
- parcours médical
 - médecin traitant
 - gynécologue de ville

- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - hysterosalpingoscopie
 - échographie sus et endopelvienne
 - IRM abdominopelvienne
 - coloscanner

- stade déclaré : atteinte profonde du sigmoïde et des deux ovaires

- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? diagnostic rapide, en environ 1 mois.

- traitements mis en place
 - luteran
 - leeloo
 - decapeptyl 1x/mois + duphaston+estreva
 - antadys pour les douleurs

- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ?
Non

- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Acupuncture pour essayer de gérer le stress.

- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Non

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ?

- 2 FIV ayant donné des échecs.

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - 1^{ère} opération des ovaires par cœlioscopie
 - 2^{ème} opération en 07/2017 pour le sigmoïde avec un shaving
- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
Infertilité

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?	X				
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?	X				
Eu des changements d'humeur ?	X				
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?	X				
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?	X				

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?		X			
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?	X				
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	X				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?				X	
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?					X

Jamais = 0 point
 Rarement = 25 points
 Parfois = 50 points
 Souvent = 75 points
 Toujours = 100 points

2 étant la meilleure qualité de vie envisageable
 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a ici un score de 125 points.

Patiente 8 :

- âge actuel : 27 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 23 ans mais kystes sur les ovaires dès l'âge de 15 ans.
- symptômes retrouvés :
 - douleurs de règles dès 11 ans non régulières
 - règles hémorragiques
 - vomissements
 - syncopes
 - perte de 12 kgs
- parcours médical
 - médecin traitant à redirigé vers un gynécologue
 - gynécologue a fait pratiquer les examens et a donné pleins de conseils, grande part de discussion
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie
 - scanner
 - IRM
- stade déclaré : stade 4
atteinte digestives, sur les cicatrices et adhérences entre les organes.
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 7 ans
- traitements mis en place
 - pilule continue pendant 1 an
 - ménopause artificielle : decapeptyl pendant 7 mois entre les opérations
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ?
 - psychologue pour le parcours FIV
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?)
 - ostéopathie pour douleurs de dos et cuisses
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
Enceinte depuis octobre 2017
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ?
FIV en mars 2016 mais les hormones ont augmentées les signes d'endométriose.
Arrivée naturelle de la grossesse
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - 1^{ère} opération en 2015
 - 2^{ème} opération en 2016
 - 3^{ème} opération : remise en continuité en 2017
- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Souffrance
 - Délivrance
 - courage

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?				X	
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?				X	
Eu des changements d'humeur ?				X	
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?			X		
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?			X		

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?				X	
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?				X	
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ? Plutôt les proches	X				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					X
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?				X	

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

- 1 étant la meilleure qualité de vie envisageable et 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a un score à 650 points

Patiente 9 :

- âge actuel : 23 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 22 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs atroces
 - vomissements
 - convulsion
 - douleurs ovariennes
 - fatigué
 - douleurs aux rapports
 - règles douloureuses dès le premier jour
 - constipation
 - réveils nocturnes pour uriner
- parcours médical
 - médecin traitant n'a rien vu
 - gynécologue du pôle médical du CHU après la rupture d'un kyste
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - scanner
 - IRM pelvien
- stade déclaré : pas de stade mais atteinte des ovaires avec présence de kystes, adhérence des trompes, lésions de l'utérus, de l'intestin et du rectum.
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 4/5 ans
- traitements mis en place
 - pilule en continu : optimizette
 - retrait du stérilet
 - spasfon sans efficacité
 - antadys

- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ?
Consultation d'une sage-femme pour les pics de douleurs ovariennes.

- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?)
 - acupuncture
 - relaxation
 - guérisseur

- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Non
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Envisageable

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
En juillet 2017, coelioscopie au laser d'un kyste au ovaires.

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Douleurs
 - Solitudes
 - angoisse

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?				X	
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?	X				
Eu des changements d'humeur ?			X		
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?					X
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?				X	

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?			X		
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?					X
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?				X	
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?			X		
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?					X

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable

1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a ici un score de 675 points.

Patiente 10 :

- âge actuel : 30 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 13 ans puis stoppé par la pilule, retour à 20 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs de règles, 3 jours avant et les 3 premiers jours
 - règles hémorragiques
 - constipation
 - dyspareunies
 - douleurs à la défécation
- parcours médical
 - médecin traitant qui ne savait pas qui a orienté vers une gynécologue
 - gynécologue qui n'a rien vu, disait que Mr. Allait trop fort etc
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie
 - scanner
 - coloscanner
 - IRM pelvienne
- stade déclaré et atteintes : stade 4
 - atteinte digestive
 - utérus
 - intestin
 - sigmoïde
 - ovaire gauche
 - trompe gauche
 - adhérence entre le vagin/utérus
 - adhérence entre l'utérus/colon
 - myome à l'utérus.
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 4 ans
- traitements mis en place
 - antadys
 - varnoline continue
 - 2 à 4 movicol par jour
 - decapeptyl
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?)
 - massages
 - plantes
 - homéopathie pour la constipation
 - ostéopathe pour la constipation
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Non
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ?
Début du parcours avec spermogramme.
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
En mai 2017 cœlioscopie avec résection de 17 cm d'intestin obligeant une stomie de protection.

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Douleurs
 - Attente
 - Infertilité

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?				X	
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?					X
Eu des changements d'humeur ?					X
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?				X	

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?			X		
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?				X	
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?				X	
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?			X		
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?				X	

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

1étant la meilleure qualité de vie envisageable et 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a ici un score 750 points

Patiente 11 :

- âge actuel : 32 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 10 ans
- symptômes retrouvés :
 - constipation
 - douleurs du dos, du bas-ventre et des jambes
 - douleurs anales
 - douleurs de diurèse pendant les règles
 - douleurs de règles des les première règles
 - douleurs au rapport
 - règles abondantes

- parcours médical
 - médecin traitant, pas de réaction
 - gynécologue, pas de réaction

- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie qui a montré une masse sur les seins
 - IRM

- stade déclaré :
 - kyste ovarien

- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 22 ans

- traitements mis en place
 - lavement et médicaments pour la constipation
 - antadys 8 à 10/J
 - ketoprofène LP
 - tramadol
 - pilule

- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non

- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Non

- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Non

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ?
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - Coelioscopie avec produit de contraste

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Douleurs
 - Peur
 - Inquiétude

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?			X		
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?			X		
Eu des changements d'humeur ?				X	
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?				X	

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?		X			
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?				X	
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	X				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?	X				
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?				X	

Jamais = 0 point
 Rarement = 25 points
 Parfois = 50 points
 Souvent = 75 points
 Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable
 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a un score de 500 points

Patiente 12 :

- âge actuel : 19 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 17 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs de ventre
 - malaise vagal
 - règles discontinues
 - perte de poids

- parcours médical
 - médecin traitant au courant des règles douloureuses
 - divers passages aux urgences
 - gynécologue a prescrit les examens
 - gynécologue spécialisé dans l'endométriose

- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie
 - IRM

- stade déclaré : non déclaré mais présence de kystes

- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ?
2 ans

- traitements mis en place
 - spasfon
 - nomegestrone après 5 pilules car saignements
 - ibuprofène

- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non

- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?)
 - Tisanes

- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Non

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - Coelioscopie en juillet 2017

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Souffrance
 - Déprime
 - incompréhension

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?			X		
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?			X		
Eu des changements d'humeur ?				X	
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?				X	

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?			X		
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?				X	
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?			X		
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?				X	
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?					X

Jamais = 0 point
 Rarement = 25 points
 Parfois = 50 points
 Souvent = 75 points
 Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable
 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a un score de 675 points.

Patiente 13 :

- âge actuel : 45 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 31 ans
- symptômes retrouvés :
 - règles douloureuses
 - douleurs entre les règles et à la fin des règles
- parcours médical
 - directement l'hôpital de Seclin
 - suivi à Jeanne de Flandres

- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie a deux reprises

- stade déclaré : pas déclaré mais localisation à l'endomètre, présence de reflux.

- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 5 à 10 ans.

- traitements mis en place
 - decapeptyl, une injection deux fois pendant 6 mois
 - lutenyl 1/J
 - traitements bloquant l'ovulation

- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non, pas ressenti le besoin

- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?)
 - plantes pour la douleur
 - graines de pavot

- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? 2 enfants

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - Coéloscopie après premier accouchement en 2003
 - 2^{ème} opération avant le 2^{ème} enfant en 2007 pour un curetage

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Difficile
 - Douloureux
 - Jouable
 - inquiétude

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?	X				
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?			X		
Eu des changements d'humeur ?		X			
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?	X				
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?	X				

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?				X	
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?			X		
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?			X		
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	X				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?	X				
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?	X				

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable
1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Cette patiente a un score de 225 points.

Patiente 14 :

- âge actuel : 44 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 24 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs après miction et défécation
 - marcher en boitant, douleurs dans les cuisses
 - douleurs par phases
 - douleurs de jambes immobilisantes
 - légères dyspareunies
 - douleurs à l'effort
 - fatigue
 - nausée
- parcours médical
 - médecin traitant, comme les règles étaient normales n'a pas fait de lien avec les cycles
 - gynécologue
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie suite à une hernie crurale
- stade déclaré : atteinte profonde.
 - Ligaments utéro-sacré
 - Ligament recto-vaginal
 - Rectum
 - Présence de nodules
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 10 à 12 ans.
- traitements mis en place
 - 2 injections de decapeptyl qui ont entraînées le MCS syndrome et un dérèglement de l'hypothyroïdie.
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?)
 - magnétiseur
 - acupuncture
 - hypnose par un psychologue
 - médecin ostéopathe
 - homéopathie
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Non, fait une fausse couche en 2008
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - 3 opérations par coelioscopie en 2009 et 2010
- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Douleurs
 - déprime
 - Manque d'écoute

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?			X		
Eu l'impression que vos symptômes réglait votre vie ?					X
Eu des changements d'humeur ?			X		
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?			X		
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?			X		

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?					X
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?			X		
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?				X	
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?			X		
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?				X	

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

1 étant la meilleure qualité de vie envisageable
1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

La patiente a un score de 650 points

Patiente 15 :

- âge actuel : 33 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 14 ans
- symptômes retrouvés :
 - règles douloureuses
 - règles hémorragiques
 - douleurs à la défécation avec alternance de diarrhées et constipation
 - fatigue
- parcours médical
 - médecin traitant qui n'a rien fait car disait qu'à 14 ans c'était normal
 - gynécologue à l'âge de 16 ans qui disait que tant que Mme était vierge on ne pouvait rien faire
 - deuxième avis gynécologue qui a mis en place une pilule
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - IRM pelvien suite aux difficultés pour avoir un enfant
- stade déclaré : stade 4, atteintes gynécologiques
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 8 ans, diagnostic à l'âge de 21 ans.
- traitements mis en place
 - lutenyl entre les opérations
 - spasmon et antadys pour les douleurs
 - actuellement sous luteran 5 mg, après avoir pris du 10 mg
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Oui une séance avec la psychologue de l'hôpital
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Régulières séances d'ostéopathie pour gérer le stress
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Oui une fille

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ?
Oui
Après une stimulation hormonale classique rien ne prenait donc première FIV qui n'a rien donné puis 2^{ème} FIV qui a fait resurgir de nouveaux kystes endométriosiques ce qui a nécessité une nouvelle opération.

Second parcours de PMA qui a permis de tomber enceinte rapidement.

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - 1^{ère} opération pour retirer une trompe qui a explosée dur à un kyste qui a grossis dedans
 - 2^{ème} opération pour enlever les kystes s'étant développer du fait de la stimulation hormonale mais n'ont rien pu faire
 - 3^{ème} opération pour retirer les kystes après une mise au repos pendant 3 mois.

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Douleur
 - Long
 - Perte d'ambition dans la vie privée et la vie professionnelle

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?			X		
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?				X	
Eu des changements d'humeur ?				X	
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?				X	

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?			X		
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?		X			
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?			X		
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?			X		
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?				X	
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?					X

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

2 étant la meilleure qualité de vie envisageable

1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Cette patiente a un score de 675 points.

Patiente 16 :

- âge actuel : 38 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 13 ans
- symptômes retrouvés :
 - règles douloureuses et abondantes
 - péritonite
 - douleurs d'estomac
 - transit perturbé
 - fatigue
 - rapports sexuels douloureux

- parcours médical
 - découverte suite à une péritonite de présence d'adhérences
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie non significative
 - IRM

- stade déclaré : stade 4, sévère
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 8 ans, diagnostic à l'âge de 21 ans.
- traitements mis en place
 - antadys
 - spasfon
 - doliprane
 - codéine + alcool
 - decapeptyl pendant 1 an
 - mettre du chaud sur le ventre
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?)
 - sophrologie
 - naturopathie pour préparer l'endomètre aux FIV
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Enceinte de jumeaux

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ?
Oui 5 FIV avec transfert d'embryons congelés

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - Retrait d'une trompe, d'un bout du vagin et d'un bout de colon et rectum avec iléo-stomie
 - 5 opérations au total, gastro et gynéco avec dialyse du à une insuffisance rénale

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Souffrance
 - Incompréhension
 - courage

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?				X	
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?				X	
Eu des changements d'humeur ?			X		
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?			X		
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?		X			

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?				X	
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?				X	
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?				X	
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?			X		
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?				X	

Jamais = 0 point
 Rarement = 25 points
 Parfois = 50 points
 Souvent = 75 points
 Toujours = 100 points

3 étant la meilleure qualité de vie envisageable
 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Cette patiente a un score de 625 points.

Patiente 17 :

- âge actuel : 79 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 31 ans
- symptômes retrouvés :
 - douleurs avant et après les règles
 - kyste ovaire droit et d'autres kystes
 - douleurs au ventre et aux reins, obligée de se coucher
 - règles hémorragiques
 - maux de tête
 - dyspareunies
- parcours médical
 - médecin traitant et gynécologue
 - chirurgien
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - radiologie
 - contrôle gynéco
- stade déclaré : ∅
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 3 ans
- traitements mis en place
 - pilules
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Non
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? 3 enfants

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - Hystérectomie, bien mieux depuis

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Douleur

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?				X	
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?				X	
Eu des changements d'humeur ?			X		
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?		X			

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?				X	
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?			X		
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?				X	
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?			X		
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?				X	
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?		X			

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

4 étant la meilleure qualité de vie envisageable

1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Cette patiente a un score de 650 points.

Patiente 18 :

- âge actuel : 36 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 32 ans
- symptômes retrouvés :
 - règles douloureuses et abondantes
 - douleurs ventre
 - douleurs pendant les rapports, pliée en deux
 - malaises
- parcours médical
 - gynécologue spécialiste à l'hôpital
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - IRM
- stade déclaré : ∅
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 2 ans
- traitements mis en place
 - decapeptyl 11,25
 - stérilet aux hormones
 - antadys
 - soasfon
 - danatrol
 - provames
 - diphaston
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Oui suivi psychologue
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Non
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Oui trois enfants
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - Hystérectomie avec conservation ovarienne et tubaire
- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - souffrance
 - dépression

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?				X	
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?				X	
Eu des changements d'humeur ?				X	
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?				X	

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?			X		
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?			X		
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?			X		
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	X				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?				X	
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?	X				

Jamais = 0 point
 Rarement = 25 points
 Parfois = 50 points
 Souvent = 75 points
 Toujours = 100 points

5 étant la meilleure qualité de vie envisageable
 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Cette patiente a un score de 600 points.

Patiente 19 :

- âge actuel : 21 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 14 ans
- symptômes retrouvés :
 - dyspareunies
 - cycles irréguliers
 - règles hémorragiques et douleurs les 4 premiers jours
 - alternance de diarrhées et constipation
- parcours médical
 - médecin traitant
 - gynécologue
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie
 - scanner
 - IRM
- stade déclaré : adénomyose, atteinte de l'utérus
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 2 ans
- traitements mis en place
 - pilules : optilova, optidril...
 - luteran 5 puis 10 puis 5
 - morphine
 - antadys pour les douleurs
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) ostéopathie
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Non
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Non
- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Pénibilité
 - Angoisse
 - Renfermement sur soi
 -

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?		X			
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?			X		
Eu des changements d'humeur ?			X		
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?		X			

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?			X		
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?				X	
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?				X	
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?				X	
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?				X	

Jamais = 0 point
 Rarement = 25 points
 Parfois = 50 points
 Souvent = 75 points
 Toujours = 100 points

6 étant la meilleure qualité de vie envisageable
 1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Cette patiente a un score de 575 points.

Patiente 20 :

- âge actuel : 48 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 42 ans
- symptômes retrouvés :
 - diarrhées avec présence de glaires dans les selles
 - perte de poids
 - douleurs avant, pendant et après les règles
 - contractions utérines
 - douleurs dans les jambes
 - douleurs dans le bas du dos
- parcours médical
 - médecin traitant qui a envoyé vers Jeanne de Flandres
- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - coloscopie
 - scanner
 - échographie pelvienne avec diagnostic sur l'utérus
 - IRM
- stade déclaré : ∅
- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 2 ans.
- traitements mis en place
 - pilule
 - enantone qui a entraîné un problème au niveau du système nerveux, déclaration de bipolarité
 - stérilet hormonal
 - luteran + thymorégulateur
 - doliprane
- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non
- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Non
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Oui deux enfants
- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Non
- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - Annulée due aux problèmes psychologiques
- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Ancrée
 - handicap
 - stress
 - incompréhension
 - vie basculée

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?					X
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?				X	
Eu des changements d'humeur ?				X	
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?				X	
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?			X		

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?					X
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?	X				
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	x				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?			X		
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?	X				

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

7 étant la meilleure qualité de vie envisageable

1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Cette patiente a un score de 525 points.

Patiente 21:

- âge actuel : 42 ans
- âge d'apparition des premiers symptômes : 31 ans

- symptômes retrouvés :
 - problèmes intestinaux
 - règles hémorragiques
 - douleurs pendant les règles
 - diarrhées

- parcours médical
 - gynécologue pour un fibrome puis dirigée vers Jeanne de Flandres

- quels examens vous ont été pratiqués ?
 - échographie
 - IRM pelvienne de diagnostic
 - IRM de contrôle

- stade déclaré : stade 4

- combien de temps s'est écoulé entre vos premiers symptômes et le diagnostic ? 13 ans

- traitements mis en place
 - decapeptyl
 - Mirena

- avez vous été orienté vers d'autres professionnels de santé (sage – femme, psychologue) ? Non

- avez – vous été consulter des médecines dites alternatives ? (acupuncture, hypnose ?) Non

- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Oui une fille

- Avez-vous eu recours à la PMA ? Quel a été votre parcours ? Essai d'avoir un second enfant avec des stimulations ovariennes mais ça n'a pas pris, pas d'acharnement.

- Avant ou depuis avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
 - 2013 : cœlioscopie exploratrice et retrait d'une fibrome

- En 3 mots, comment résumeriez vous votre vécu ?
 - Incompréhension de la maladie
 - Interrogation sur l'avenir
 - Peur des opérations à venir
 - résignée

Elaboré à partir du questionnaire de l'EHP-5

Partie 1 :

Au cours des quatre dernières semaines, du fait de votre endométriose, avez – vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Eprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?		X			
Eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?		X			
Eu des changements d'humeur ?		X			
Eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?		X			
Eu l'impression que votre apparence avait changée ?			X		

Partie 2 :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer les obligations professionnelles à cause des douleurs ?		X			
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de vos enfant(s) ?	X				
Vous êtes senti inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?	X				
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	X				
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?				X	
Vous –être vous sentie déprimée face à l'éventualité de na pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?					X

Jamais = 0 point

Rarement = 25 points

Parfois = 50 points

Souvent = 75 points

Toujours = 100 points

8 étant la meilleure qualité de vie envisageable

1110 étant la pire qualité de vie envisageable.

Cette patiente a un score de 350 points.

Résumé

Nom : LECLERCQ LEGRAND

Prénom : Alexia

Titre : Endométriose : physiopathologie, prise en charge et conseils en officine

Mots clés : endométriose, femme, endomètre, pathologie chronique, inflammation, douleurs, diagnostic, cœlioscopie, hormones, chirurgie, infertilité, conseils

Résumé :

L'endométriose est une pathologie gynécologique touchant de nombreuses femmes, encore méconnue du grand public.

C'est une maladie invisible qui cependant fait des ravages tant au niveau de la douleur physique qu'au niveau mental, l'impossibilité d'avoir des enfants met même en péril certains couples voire brise des vies.

Le rôle du pharmacien d'officine étant d'être à l'écoute des plaintes de ses patientes, diagnostiquées ou non, dans le but de les réorienter ou de les conseiller dans leur vie de tous les jours.

Presque chaque jour, nous rencontrons au comptoir des femmes atteintes de cette maladie, savoir répondre à leurs questions, tant au niveau du diagnostic que d'un traitement est important pour notre pratique.

L'objectif de ce travail de thèse est de faire le point sur les connaissances actuelles tant au niveau de la pathologie en elle-même que sur ses traitements et prises en charge.

Le travail actuel est porté sur un meilleur diagnostic, avec une prise en charge dès les premiers symptômes.

De plus, de nombreuses recherches sont en cours pour mettre en place des traitements efficaces.

D'autre part, ce travail a abouti à de nombreuses rencontres de femmes atteintes d'endométriose, dans le but de mieux comprendre leur quotidien face à la pathologie afin de mieux les accompagner et ainsi savoir répondre au mieux à leurs besoins.

Membres du jury :

Président: Monsieur Thierry Dine
Professeur de Pharmacie Clinique (PU-PH) de la Faculté de Pharmacie - Université de Lille
Praticien Hospitalier au CH de Loos-Haubourdin.

Directeur de thèse : Monsieur Bernard Gressier
Professeur de pharmacologie (PU-PH) de la Faculté de Pharmacie - Université de Lille.
Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier d'Armentière

Assesseur(s) : Madame Laurence Heuls
Docteur en pharmacie

