Université de Lille UFR3S-Pharmacie
Année Universitaire 2024/2025

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le mardi 13 mai 2025
Par Mme VERVELLE Clotilde

Impact de l'endométriose sur la qualité de vie de la patiente et l'accompagnement par le pharmacien d'officine

---

Membres du jury :

Président :
Docteur Françoise MARTIN, Maître de conférences des Universités – Physiologie

Directeur, conseiller de thèse :
Docteur Audrey HELLEBOID, Maître de conférences des Universités – Physiologie

Membres extérieurs :
Docteur Sarah DUMINY, Pharmacien titulaire, Pharmacie Saint Maur
Docteur Estelle GRARD, Pharmacien d'officine, Pharmacie des 400 maisons

Université de Lille

Président	Régis BORDET
Premier Vice-président	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-présidente Formation	Corinne ROBACZEWSKI
Vice-président Recherche	Olivier COLOT
Vice-président Ressources Humaine	Jean-Philippe TRICOIT
Directrice Générale des Services	Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen	Dominique LACROIX
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité	Hervé HUBERT
Vice-Doyenne Recherche	Karine FAURE
Vice-Doyen Finances et Patrimoine	Emmanuelle LIPKA
Vice-Doyen International	Vincent DERAMECOURT
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires	Sébastien D'HARANCY
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie	Caroline LANIER
Vice-Doyen Territoire-Partenariats	Thomas MORGENROTH
Vice-Doyen Santé numérique et Communication	Vincent SOBANSKI
Vice-Doyenne Vie de Campus	Anne-Laure BARBOTIN
Vice-Doyen étudiant	Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen	Pascal ODOU
Premier Assesseur et Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement	Anne GARAT
Assesseur à la Vie de la Faculté et Assesseur aux Ressources et Personnels	Emmanuelle LIPKA
Responsable de l'Administration et du Pilotage	Cyrille PORTA
Représentant étudiant	Honoré GUISE
Chargé de mission 1er cycle	Philippe GERVOIS
Chargée de mission 2eme cycle	Héloïse HENRY
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche	Nicolas WILLAND
Chargé de mission Relations Internationales	Christophe FURMAN
Chargée de Mission Qualité	Marie-Françoise ODOU
Chargé de mission dossier HCERES	Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie,Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86

M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	

M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie,Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85

Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86

M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	

Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création
2.0		02/01/2022	Mise à jour
2.1		21/06/2022	Mise à jour
2.2		01/02/2024	Mise à jour
2.3		15/11/2024	Mise à jour
2.4		18/02/2025	Mise à jour

UFR3S - Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

UFR3S-Pharmacie - 3, rue du Professeur Laguesse - 59000 Lille
T. +33 (0)3 20 96 40 40 - https://pharmacie.univ-lille.fr

Remerciements

Aux membres du jury,

Madame MARTIN Françoise, de me faire l'honneur de présider mon jury et de m'accorder votre temps pour cette soutenance de thèse.

Madame HELLEBOID Audrey, d'avoir immédiatement accepté ma demande et de m'avoir fait l'honneur de m'accompagner tout au long de cette thèse. Un grand merci pour votre réactivité, votre disponibilité et vos précieux conseils tout au long de la rédaction.

Madame DUMINY Sarah, d'avoir accepté avec enthousiasme de me suivre dans ce parcours. Merci à vous, ainsi qu'à Madame FETTAK Natacha, de m'avoir accueillie dans votre officine depuis plus de 2 ans et demi maintenant. C'est un honneur de pouvoir bénéficier de votre expertise et de vos compétences durant ce stage officinal de 6ème année.

Madame GRARD Estelle, ancienne collègue et future consœur, merci pour ta précieuse présence lors de cette soutenance.

A toute l'équipe de la Pharmacie Saint Maur qui m'a guidée ces dernières années. Merci pour votre bienveillance envers moi.

A toute l'équipe de la Pharmacie de Rexpoëde, et tout particulièrement à Madame WINCKEL Hélène, merci de m'avoir accompagnée à mes débuts et d'avoir contribué à mon étude en diffusant mon questionnaire.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mes stages, officinaux et hospitaliers.

A Madame PINÇON Claire, pour son aide précieuse dans l'analyse des résultats de mon questionnaire.

A mes parents, pour votre soutien constant depuis ma tendre enfance envers ce métier que j'ai toujours rêvé de faire. Merci d'avoir toujours été une épaule sur qui je peux me reposer. Merci pour les valeurs que vous nous transmettez à Arthur, Céleste et moi, pour tout ce que vous nous apportez et ce que vous continuez à nous offrir.

A mamie Rose-Marie, ma plus grande admiratrice. Je suis fière d'avoir une grand-mère si forte que toi, source d'inspiration et de réconfort, je t'en serai éternellement reconnaissante. Une pensée est également tournée envers papy, qui veille sur nous de là-haut. Cette thèse vous est dédiée à tous les deux, car sans vous je n'aurai peut-être pas choisie cette direction.

A mes grands-parents, qui ont généreusement accepté de relire et corriger ma thèse.

A tout le reste de ma famille, ça y est c'est (presque) fini, j'y suis arrivée ! Merci pour votre patience et vos encouragements.

A mes amis,

Camille, Zoé et Margot, mes meilleures amies. Vous avez su m'apporter un équilibre entre études et sorties. Merci d'être ma deuxième famille.

Julie, Alexine, Céline, Laura, Pauline, Léa et Elena, mes copines et futures consœurs, merci d'avoir vécu ces années d'études avec moi : nos moments en cafeteria, nos planches apéros, nos brunchs et nos sorties pour décompresser…

Hussein, à toi mon binôme de choc sans qui cette thèse n'aurait pas avancé si rapidement. Merci d'avoir été un pilier, de m'avoir toujours motivée et soutenue. Merci pour ta bonne humeur, ta simplicité et ta sincérité. Sans oublier une pensée envers notre quatuor avec Garance et Thomas.

A la communauté de Crossfit, qui m'a permis de faire de belles rencontres. Merci à cette passion, qui a été une source de motivation, d'équilibre et un réel échappatoire ces derniers mois.

Enfin, à toutes celles et ceux que je n'ai pas cités, merci d'avoir suivi mon parcours.

Table des matières

Remerciements 12
Table des matières 14
Liste des abréviations 18
Liste des figures 19
Liste des tableaux 20
Introduction 21
Partie 1 : Endométriose et impact sur la qualité de vie de la patiente 22
I/ Définition de l'endométriose 22
A) Physiologie 22
1. L'appareil reproducteur féminin 22
2. Le cycle menstruel féminin 23
2.1 Cycle de la reproduction 23
2.2 Rôle des hormones 24
2.3 Pathologie : l'endométriose 24
B) Pathogenèse de l'endométriose 26
1. Menstruations rétrogrades 26
2. Autres hypothèses 27
3. Facteurs associés 27
3.1 Les facteurs hormonaux 28
3.2 Les facteurs génétiques 28
3.3 Les facteurs environnementaux 28
C) Formes anatomo-cliniques et localisation de l'endométriose 29
1. Formes anatomo-cliniques 29
2. Localisations des lésions 30
2.1 Endométriose pelvienne 30
2.2 Endométriose extra pelvienne 31
3. Adénomyose 31
D) Les différents stades de l'endométriose 32
E) Les symptômes 33
1. Dysménorrhées 33
2. Dyspareunies profondes 34
3. Troubles urinaires 34
4. Troubles digestifs 34
5. Douleurs pelviennes chroniques 35
6. Autres symptômes 35

F) Les complications 36
1. Infertilité 36
1.1 Les facteurs pelviens 36
1. 2 Les facteurs ovariens 36
1. 3 Les facteurs utérins 36
2. Vaginisme 37
G) Diagnostics 38
1. Première intention 38
2. Deuxième intention 39
3. Troisième intention 41
4. Cœlioscopie 41
5. Biologie 41
II/ Epidémiologie et impact sur la qualité de vie de la femme atteinte d'endométriose 43
A) Epidémiologie 43
B) Les outils de mesure de la qualité de vie 44
1. Définition 44
2. Outils génériques 44
3. Outils spécifiques à l'endométriose 45
C) Impact sur la vie personnelle 46
1. Impact physique 46
2. Impact psychologique 46
3. Impact sur la vie affective et sexuelle 47
D) Impact sur la vie sociale 49
E) Impact sur la vie professionnelle 50
1. Productivité au travail 50
2. Impact économique 51
Partie 2 : Accompagnement par le pharmacien d'officine 52
I/ Le pharmacien d'officine 52
A) Une profession majoritairement féminine 52
B) Un professionnel de santé de proximité 52
C) Rôle du pharmacien d'officine 52
1. Délivrance et conseils 52
2. Communication et orientation 53
3. Acteur de santé publique 53
4. Un professionnel au cœur des nouvelles missions 53
5. Formation continue 54

II/ Conseils associés 55
A) Aux médicaments conventionnels 55
1. Stratégie thérapeutique 55
2. Les antalgiques 56
3. Les traitements hormonaux 57
3.1 Contraception oestroprogestative 57
3.2 Système intra utérin au lévonorgestrel 59
3.3 Diénogest 60
3.4 Contraception micro progestative orale au désogestrel 61
3.5 Implant à l'étonogestrel 61
3.6 Agonistes de la gonadolibérine (GnRH) 62
3.7 Danazol 63
4. Traitement chirurgical 64
5. Place des « nouveaux traitements » de l'endométriose 65
B) Aux soins de support 66
1. Nutrition et micro nutrition 66
2. Phytothérapie 67
3. Gemmothérapie 68
4. Homéopathie 69
5. Aromathérapie 70
6. Neurostimulation 72
7. Cures thermales 74
8. Méthodes douces 74
III/ Orientation des patientes 75
A) Vers d'autres professionnels de santé 75
B) Vers des associations de patients 76
Partie 3 : Etude clinique de l'impact de l'endométriose sur la qualité de vie des patientes 78
I/ Présentation de l'étude 78
II/ Population étudiée 78
III/ Les divers impacts sur la vie quotidienne des patientes 79
A) Impact physique 79
B) Impact psychologique 80
C) Impact social 81
D) Impact professionnel 82
E) Impact personnel et intime 83
IV/ Le rapport au pharmacien 83

IV/ Conclusion de l’étude clinique 85
Conclusion 87
Annexes 89
Bibliographie 94

Liste des abréviations

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien
AMM : Autorisation de mise sur le marché
AMP : Assistance médicale à la procréation
CETD : Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
DIE : Endométriose infiltrante profonde
EHP 5 : *Endometriosis health profiles-5*
EHP 30 : *Endometriosis health profiles-30*
FSH : Hormone folliculostimulante
GnRH : *Gonadotropin releasing hormone* = Gonadolibérine
HAS : Haute Autorité de Santé
HE : Huile essentielle
HV : Huile végétale
IRM : Imagerie par résonnance magnétique
LH : Hormone lutéinisante
MEMS : Mon Endométriose Ma Souffrance
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
QdV : Qualité de vie
ASRM : *American Society for Reproductive Medicine* = Société Américaine de Médecine de la Reproduction
SF 12 : *Short Form Health Survey-12*
SF 36 : *Short Form Health Survey-36*
SIU : Système intra utérin
TENS : *Transcutaneous electrical nerve stimulation* = neurostimulation électrique transcutanée

Liste des figures

Figure 1 : Vue postérieure de l'utérus et des structures adjacentes (7) 23
Figure 2: Régulation hormonale des changements survenant dans l'ovaire et l'utérus avec visualisation des variations de concentrations hormonales (6) 25
Figure 3 : Schéma de la théorie du reflux (14) 26
Figure 4 : Représentation d'une endométriose ovarienne (21) 30
Figure 5 : Coupe de profil des organes fréquemment touchés par les lésions d'endométriose (14) 31
Figure 6 : Illustration de la différence entre l'endométriose et l'adénomyose par l'association EndoFrance (14) 32
Figure 7 : Evolution des différents stades de l'endométriose (23) 32
Figure 8 : Examens de première intention à la recherche d'une endométriose (36) 39
Figure 9 : Examens de deuxième intention à la recherche d'une endométriose (36) 40
Figure 10 : Stratégie de diagnostique devant des symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhée, dyspareunies, douleurs pelviennes non-menstruelles) (36) 42
Figure 11 : Dispositif Mirena® 60
Figure 12 : Pilules Sawis® et Endovela® 60
Figure 13 : Pilules Désogestrel Biogaran® et Optimizette 61
Figure 14 : Site d'insertion de l'implant NEXPLANON® (70) 62
Figure 15 : Médicament Danatrol® 200 mg 63
Figure 16 : Illustration de la chirurgie laparoscopique de l'endométriose (73) 64
Figure 17 : Aspect visuel du dispositif URGOGYN (85) 73
Figure 18 : Répartition de l'impact professionnel 82
Figure 19 : Pourcentage des patientes ayant déjà sollicité leur pharmacien 84
Figure 20 : Pourcentage de patientes favorables ou non à une aide pharmaceutique 84
Figure 21 : Résultats de l'étude concernant les divers impacts 86
Figure 22 : Résultats de l'étude concernant le rapport au pharmacien 86

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les différentes formes anatomo cliniques de l'endométriose pelvienne 29
Tableau 2 : Les différents stades de l'endométriose 32
Tableau 3 : Liste non exhaustive des traitements hormonaux de l'endométriose..... 57
Tableau 4 : Liste des pilules oestroprogestatives commercialisées en France 58
Tableau 5 : Liste non exhaustive de plantes utilisées dans l'endométriose..... 68
Tableau 6 : Exemple d'une association possible en gemmothérapie dans le cadre de l'endométriose 69
Tableau 7 : Liste non exhaustive de souches homéopathiques utilisées dans l'endométriose 70
Tableau 8 : Liste non exhaustive d'huiles essentielles indiquées dans l'endométriose 71
Tableau 9 : Répartition des patientes par tranche d'âge 79
Tableau 10 : Répartition des divers impacts physiques..... 80
Tableau 11 : Répartition des divers impacts psychologiques 81
Tableau 12 : Répartition des divers impacts sociaux..... 81
Tableau 13 : Répartition de la fréquence des absentéismes au cours des 12 derniers mois..... 82
Tableau 14 : Répartition des divers impacts sur la vie personnelle et intime 83

Introduction

De nos jours, de nombreuses filles se plaignent du fait que leurs règles soient insupportables. Et à de nombreuses d'entre elles, on répond "c'est normal pour une fille". Or, plusieurs d'entre elles ignorent sûrement qu'elles souffrent d'une maladie gynécologique appelée **"l'endométriose"**. Il s'agit de la cause la plus courante de dysménorrhée secondaire chez les adolescentes (1).

En effet, bien que cette pathologie ait connu une émergence ces dernières années, elle reste encore largement méconnue pour une partie de la population générale, ainsi que chez certains professionnels de santé. L'endométriose est une **maladie gynécologique chronique,** affectant l'appareil reproducteur féminin. Elle est caractérisée histologiquement, par la présence anormale de fragments de tissus semblables à la muqueuse utérine, appelé l'endomètre, en dehors de la cavité utérine (2). Pour une partie de la population atteinte, cette pathologie peut rester asymptomatique, mais à l'inverse, peut provoquer chez certaines patientes une inflammation locale à l'origine de douleurs chroniques intenses. L'endométriose touche entre 1,5 et 2,5 millions de femmes en France, soit environ une femme sur dix en âge de procréer, et elle constitue notamment la première cause **d'infertilité** féminine en France (2). Il s'agit d'une pathologie bénigne. Elle n'impacte donc pas le pronostic vital de la patiente, sans pour autant dire qu'elle est bien vécue par celle-ci. De ce fait, de nombreuses femmes font de leur maladie un réel combat. En effet, cette dernière **altère leur quotidien,** dans leur rapport avec elle-même, car il s'agit d'une charge physique et mentale difficile à supporter, mais aussi dans leurs rapports avec autrui, à travers le monde professionnel et social.

Le pharmacien d'officine possède un rôle majeur. Il s'agit d'un professionnel de santé accessible et à l'écoute de ses patientes. Grâce à ses compétences en conseil et en soutien, il peut apporter une aide précieuse aux patientes atteintes d'endométriose. Par ailleurs, il sait analyser chaque situation et orienter, lorsqu'il le juge nécessaire, ses patientes vers des professionnels de santé adaptés (3).

Enfin, un grand nombre **d'associations de patientes** existent de nos jours, dont certaines sont dédiées à l'endométriose. Elles ont pour rôle d'accompagner les patientes tout au long de leur parcours de soin, en leur offrant un soutien moral, une reconnaissance de la maladie et en permettant le partage d'expérience entre patientes(4). Ces associations possèdent également un rôle crucial auprès du grand public, à travers la diffusion d'informations et la sensibilisation de la population aux enjeux de ces maladies.

Cela nous amène à la réflexion suivante : comment ces patientes, atteintes d'endométriose, vivent avec cette maladie au quotidien et quel est l'impact de celle-ci sur leur vie, autant personnelle que professionnelle ou sociale.

On amènera ainsi le fait que le pharmacien d'officine reste un professionnel de santé de proximité que les patientes peuvent facilement solliciter.

Partie 1 : Endométriose et impact sur la qualité de vie de la patiente

I/ Définition de l'endométriose

A) Physiologie

1. L'appareil reproducteur féminin

L'appareil génital féminin, étant l'appareil reproducteur, est composé d'organes génitaux externes : la vulve et les glandes mammaires, et d'organes génitaux internes : ovaires, trompes utérines, utérus et vagin (Figure 1).

Les **ovaires** sont deux glandes paires et symétriques qui constituent les gonades féminines. Ces dernières ont un rôle endocrine, dans la sécrétion d'hormones sexuelles, ainsi qu'exocrine, dans la production des ovules. Les ovaires sont maintenus par le biais de plusieurs ligaments tels que (5) :

- le ligament utéro-ovarien, étant le ligament propre de l'ovaire, le reliant à la corne utérine
- le ligament lombo-ovarien, ou ligament suspenseur de l'ovaire, le reliant à l'infundibulum de la trompe
- le ligament tubo-ovarien, représentant en réalité le faisceau latéral du ligament suspenseur
- et le ligament rond, connectant la corne utérine au canal inguinal, situé dans la région de l'aine.

Les **trompes utérines, ou trompes de Fallope**, sont des organes pairs et symétriques. Elles permettent le transport des ovocytes, depuis les ovaires vers l'utérus et sont le siège habituel de la fécondation. A leurs extrémités, se trouve une portion ouverte en forme d'entonnoir, correspondant à l'infundibulum qui est bordé de franges (6).

Ensuite, **l'utérus** est un organe divisé en trois parties qui sont respectivement de haut en bas : le fundus, le corps et le col de l'utérus. Il se compose de trois couches de tissus, bordant la **cavité utérine** qui correspond à l'intérieur du corps (6) : le périmétrium (couche externe séreuse appartenant au péritoine viscéral), le myomètre (couche musculaire intermédiaire, correspondant à la plus grande couche) et **l'endomètre** (couche interne, muqueuse).

Enfin, **le vagin** quant à lui est un conduit musculo membraneux, qui s'étend du col de l'utérus jusqu'à la vulve, c'est-à-dire vers l'extérieur du corps féminin.

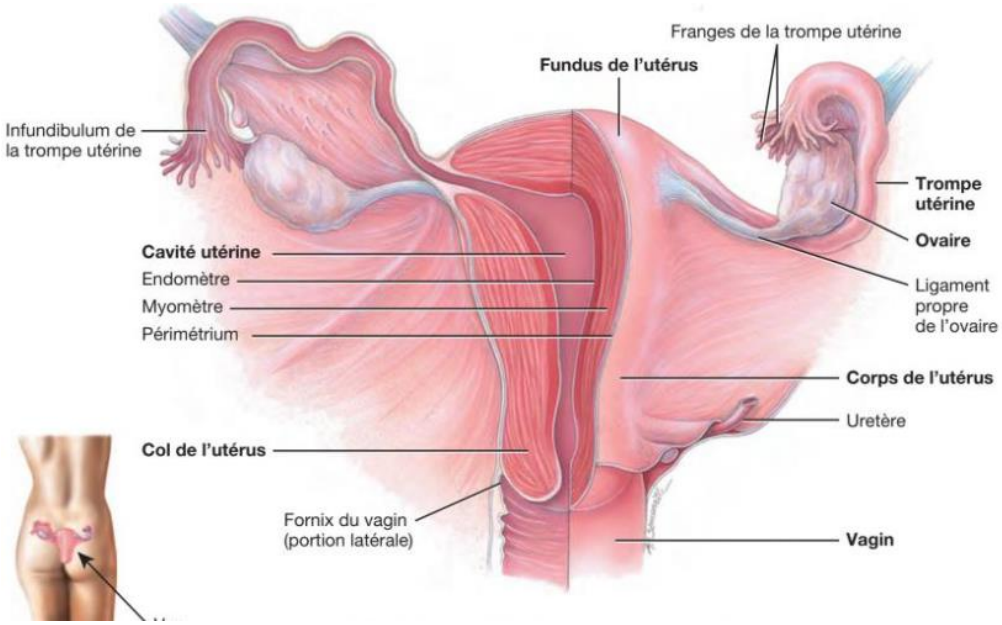


Figure 1 : Vue postérieure de l'utérus et des structures adjacentes (7)

2. Le cycle menstruel féminin

2.1 Cycle de la reproduction

Le cycle de la reproduction féminine présente en parallèle, le cycle ovarien, se produisant dans les ovaires, et le cycle menstruel, se produisant dans l'utérus. Le cycle de la reproduction correspond à l'ensemble des phénomènes physiologiques visant à préparer l'organisme féminin à une éventuelle fécondation. Il débute à la puberté, lors des premières règles, appelées les **ménarches,** et se termine à la **ménopause** (8).

Chaque cycle menstruel dure environ 28 jours, cependant il est possible d'avoir des cycles dit « longs » (supérieurs à 35 jours), ou des cycles plus courts (inférieurs ou égaux à 21 jours).

Il peut être réparti en quatre phases anatomiques et fonctionnelles, selon l'activité de l'ovaire : à commencer par la phase menstruelle, puis de la phase folliculaire, de la phase ovulatoire, et enfin de la phase lutéale (9).

La phase folliculaire dure entre 12 à 16 jours, elle correspond à la maturation d'un follicule ovarien, destiné à devenir le follicule ovulatoire pendant la deuxième phase du cycle. Ensuite, après **l'ovulation** qui a lieu vers le 14ème jour, vient la **phase lutéale** qui dure entre 10 à 16 jours. Elle est marquée par la présence d'un corps jaune sécrétant des hormones, l'œstradiol et la progestérone, qui vont modifier l'épaisseur de l'endomètre en vue d'accueillir un embryon. Arrivé à l'échéance, si l'ovocyte libéré lors de l'ovulation n'est pas fécondé, le corps jaune régresse en 9 à 11 jours. On entre alors dans la phase de règles, avec le **reflux menstruel** qui dure 3 à 7 jours, traduisant la desquamation de l'endomètre, et le début d'un nouveau cycle (9).

Pour résumer, le cycle ovarien permet le passage du follicule primaire à l'ovulation et à la formation du corps jaune. Le cycle menstruel, permet l'épaississement de l'endomètre, afin d'accueillir un embryon (Figure 2).

Le premier jour du cycle équivaut au premier jour des règles. Dès le 5ème jour, l'endomètre recommence sa croissance allant de 0,5 mm à la fin des menstruations, 3 mm au moment de la période ovulatoire et enfin 5 mm au 28ème jour du cycle (8).

2.2 Rôle des hormones

Le cycle de la reproduction féminine est régi par **quatre hormones** principales, à savoir : l'hormone folliculostimulante **(FSH),** l'hormone lutéinisante **(LH), l'œstrogène** et **la progestérone** (Figure 2).

Tout d'abord, ce cycle fait intervenir un axe appelé **« axe hypothalamo hypophysaire »** dans lequel l'hypothalamus sécrète la gonadolibérine **(GnRH)** qui va faciliter la libération de l'hormone folliculostimulante **(FSH)** et de l'hormone lutéinisante **(LH)** par l'adénohypophyse (6). Au premier jour des règles, a lieu la sécrétion de la **FSH** par le cerveau. Celle-ci a pour objectif de stimuler les ovaires pendant la phase folliculaire, afin de permettre la croissance et le développement des follicules ovariens. Aux alentours de la période d'ovulation, c'est au tour de la **LH** d'être sécrétée par le cerveau. Cette sécrétion atteint un pic vers le 14ème jour du cycle, marquant le déclenchement de **l'ovulation**, et la formation du corps jaune libérant de la **progestérone**, qui va favoriser l'épaississement de l'endomètre pour le préparer à une éventuelle fécondation. Simultanément à cette sécrétion, la production des autres hormones (FSH, LH et œstrogènes) baisse. Puis en l'absence de fécondation, la production de progestérone diminue en fin de cycle. La chute des taux sanguins de l'ensemble des hormones engendre le déclenchement des menstruations(10).

Les œstrogènes quant à eux, possèdent un rôle majeur dans l'apparition et le développement des organes féminins lors de la puberté ainsi que leur maintien au cours de la vie d'une femme: utérus, seins et épaississement de la paroi du vagin (10). Ils sont sécrétés par les ovaires, principalement pendant la phase folliculaire du cycle. L'œstradiol représente l'œstrogène principal de l'organisme, c'est le plus actif.

De ce fait, dans le cycle de la reproduction féminine, les hormones provenant de l'adénohypophyse **(FSH et LH)** régissent les ovaires, qui eux-mêmes produisent des hormones **(œstrogènes et progestérone)** régissant le cycle menstruel de l'utérus(6).

2.3 Pathologie : l'endométriose

L'endométriose est caractérisée comme « **œstrogèno-dépendante** ». En effet, dans le cas d'une patiente atteinte d'endométriose, les lésions formées en dehors de l'utérus vont réagir, à l'instar du cycle menstruel féminin, aux fluctuations hormonales notamment des œstrogènes et de la progestérone. Le tissu endométrial anormal va ainsi se développer et engendrer des saignements. Néanmoins, l'impossibilité d'élimination du sang et des cellules induira chez les patientes, une **inflammation locale** à l'origine des symptômes douloureux ressentis par les patientes, mais également à la formation d'adhérences intra pelviennes et intra-abdominales (6).

Après la ménopause, les ovaires cessent de fonctionner entrainant une chute des taux d'œstrogènes et de progestérone. De ce fait, les manifestations douloureuses de l'endométriose tendent alors à diminuer voire à disparaitre, même si les lésions ne disparaissent pas forcément (11).

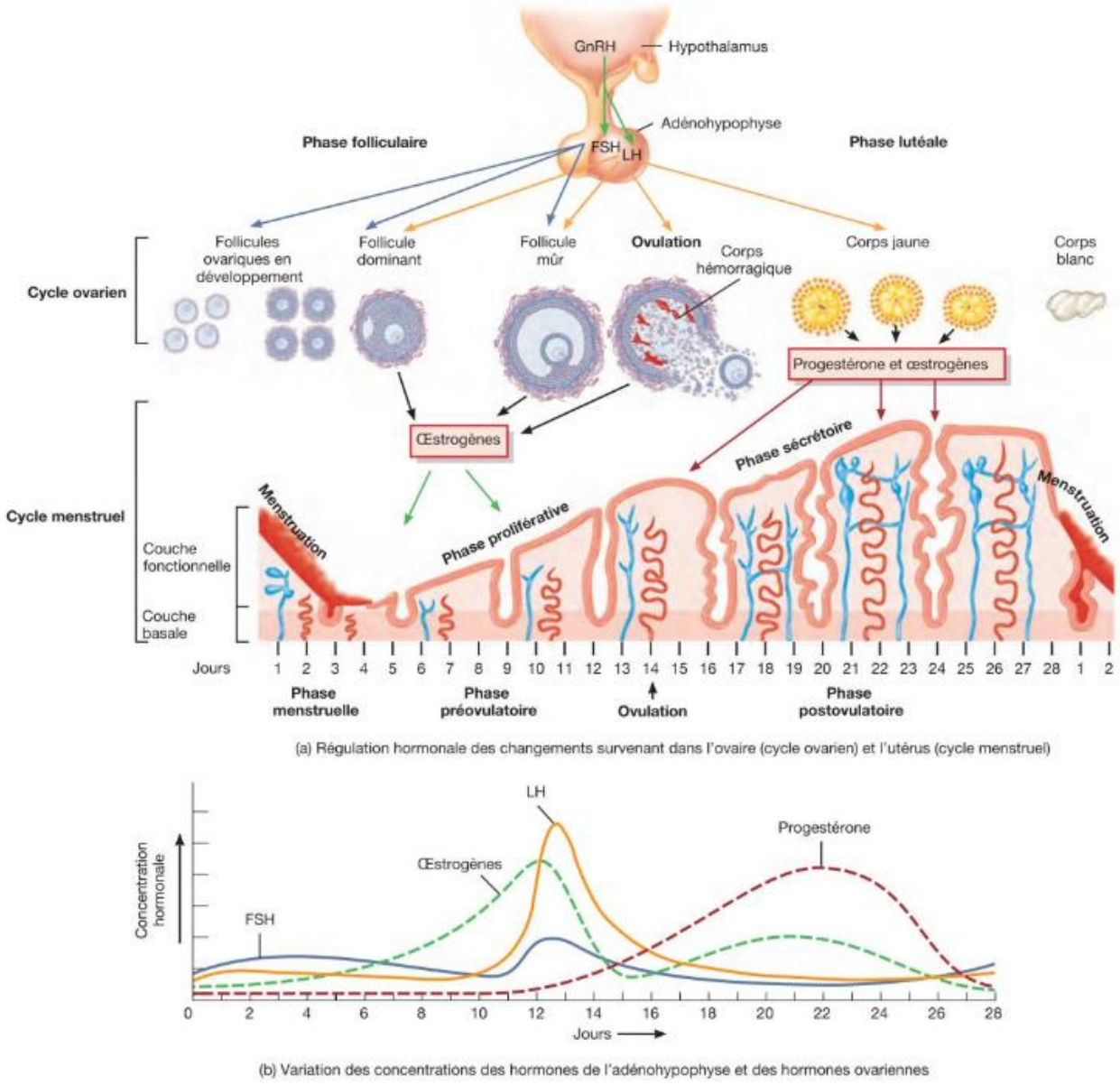


Figure 2: Régulation hormonale des changements survenant dans l'ovaire et l'utérus avec visualisation des variations de concentrations hormonales (6)

B) Pathogenèse de l'endométriose

Aucune théorie unique n'explique à ce jour l'origine de la pathologie ni l'ensemble de ses manifestations. Toutefois, une hypothèse principale émerge. Il s'agit de **la théorie du reflux menstruel** décrite par le gynécologue américain **John Sampson** en 1927. Cette théorie est la plus plausible et la plus soutenue, elle expose la dissémination des cellules endométriales. Cependant l'explication exacte à la survie et l'implantation ultérieure des fragments d'endomètres n'a pas encore été clairement définie (12). Divers facteurs et autres théories sont décrits. Il est vraisemblable que l'endométriose s'explique par la survenue de plusieurs phénomènes.

1. Menstruations rétrogrades

Lors des menstruations féminines, a lieu un écoulement naturel de sang périodique et temporaire au travers de l'utérus (vers le bas). Dans le cas de l'endométriose, cet écoulement s'évacuerait en remontant par les trompes de Fallope, entraînant ainsi la présence anormale de fragments similaires à l'endomètre dans la cavité péritonéale (12). Ces derniers vont s'accumuler, se fixer et adhérer à la surface du péritoine et des organes du pelvis, entraînant des lésions, adhérences, kystes et/ou nodules. Le péritoine représente la membrane séreuse qui recouvre les organes abdominaux.

Cette théorie du reflux menstruel, aussi nommée de « l'implantation » permettrait ainsi d'expliquer la répartition anatomique des lésions sur des sites ectopiques (13). Cependant, elle ne peut à elle seule, constituer l'unique explication de cette pathologie car il s'avère que 90% de la population féminine présente des menstruations rétrogrades, sans pour autant développer une endométriose.

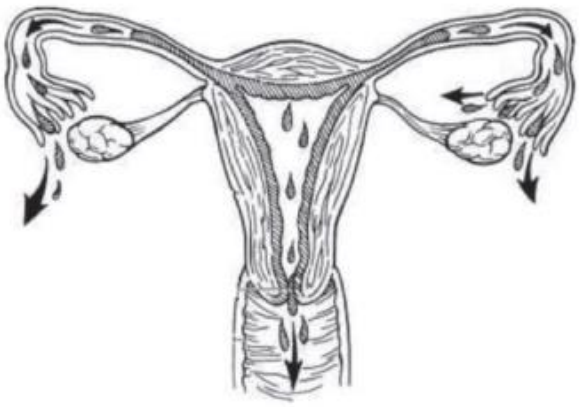


Figure 3 : Schéma de la théorie du reflux (14)

2. Autres hypothèses

D'autres théories physiopathologiques sont également proposées.

La théorie de la **métaplasie müllerienne**, ou théorie des **restes embryonnaires** développée par Meyer en 1919, avance que des cellules endométriales se développeraient sous l'influence de divers stimuli, à partir de cellules mullériennes embryologiques résiduelles (11).

La théorie de **la métaplasie cœlomique,** quant à elle, suggère que la transformation du tissu péritonéal normal en tissu endométrial ectopique se fait sous l'influence de divers stimuli (12), bien qu'elle ne puisse expliquer que la présence de fragments au niveau du péritoine (15).

La théorie **métastatique**, ou théorie des **« emboles »,** postule que les fragments d'endomètre ectopiques sont en fait le résultat d'une dissémination des cellules endométriales via les réseaux lymphatiques et/ou vasculaires. Cette théorie expliquerait les rares localisations extra péritonéales telles que pulmonaires, ou péricardiques par exemple.

Plus récemment, certaines théories ont mis en avant le rôle des **cellules souches** issues de la moëlle osseuse, dont certaines auraient la capacité de se différencier en tissu endométriosique (12).

Enfin, la **théorie de l'induction**, qui découle de celle de la métaplasie cœlomique, a pour hypothèse qu'un tissu se transformerait en un autre sous l'influence de facteurs biochimiques et immunologiques, initiant ainsi cette métaplasie. Il s'agit d'une théorie récente, en expérimentation chez l'animal mais encore non confirmée chez l'homme.

3. Facteurs associés

L'état actuel des connaissances ne démontre pas de cause(s) précise(s) à l'endométriose. Pour autant, certaines pistes d'explication existent. Grâce à un large panel d'études, il est désormais reconnu qu'il s'agit d'une pathologie **multifactorielle**, disposant d'un dénominateur commun entre des facteurs hormonaux, immunologiques, génétiques et environnementaux. Ces derniers peuvent avoir une influence positive ou négative sur le développement de l'endométriose.

Ainsi, les facteurs associant **un risque augmenté** d'endométriose comprennent : l'origine ethnique asiatique, la nulliparité, l'exposition prolongée aux œstrogènes, des ménarches précoces, des cycles menstruels courts (soit inférieurs à 27 jours), des règles abondantes, un faible indice de masse corporelle, une obstruction du canal utérin et des antécédents familiaux de parents de premier degré atteints d'endométriose (16). Ils sont globalement en corrélation avec un risque augmenté de reflux menstruel. A contrario, des facteurs sont associés à une **diminution** du risque d'endométriose, tels que les grossesses multiples, les périodes d'allaitement prolongées, des ménarches tardives, une utilisation à long terme de contraceptifs oraux à faible dose, ou encore la pratique d'activité physique régulière (de par son action anti-oestrogénique) (17).

Le tabagisme aurait également sa place parmi les facteurs protecteurs (16).

D'autres facteurs pourraient également jouer un rôle dans la pathologie, tels que des facteurs hormonaux, génétiques ou encore environnementaux.

3.1 Les facteurs hormonaux

Chez une femme non atteinte d'endométriose, l'endomètre possède des récepteurs se liant aux œstrogènes (ERa, ERb et GPER1), aux androgènes (AR), aux progestérones (PRA et PRB) ou aux glucocorticoïdes (GR et MR). L'expression de ces récepteurs est à la fois spécifique aux cellules et dépendante de la phase du cycle menstruel. Il se trouve qu'une dérégulation de l'expression des récepteurs à la progestérone a été mise en avant dans l'endomètre et les lésions chez les patientes atteintes d'endométriose. De plus, une augmentation de l'expression d'ERb chez ces patientes est largement soulignée (15).

3.2 Les facteurs génétiques

Sur le plan de la génétique, il semblerait qu'une tendance à l'agrégation familiale existe. En effet, les apparentés d'une femme atteinte ont un risque supérieur de développer la maladie par rapport à la population générale. Selon des études concernant des jumeaux, la part d'héritabilité dans le développement de la maladie est estimée à environ 50% (18).

De plus, des études de liaison pangénomiques menées au début des années 2000, avaient pour objectif de déterminer si des gènes majeurs de susceptibilité existaient au sein des familles de patientes atteintes d'endométriose. Deux régions chromosomiques ont été identifiées comme contenant des gènes impliqués (18). Dans les années 2010, des études d'association pangénomiques *(Genome wide association study* = ***GWAS***) ont identifié neuf régions significativement associées au risque d'endométriose. Ces dernières abritent des gènes impliqués dans les voies des hormones stéroïdes sexuelles, voies ayant un rôle dans le développement de l'endométriose (16).

3.3 Les facteurs environnementaux

En tant que pathologie **«œstrogeno dépendante**», l'implication des **perturbateurs endocriniens** dans l'apparition et le développement de l'endométriose s'avère fortement plausible. Ces polluants environnementaux interagiraient avec le système hormonal de la patiente (19).

Aucune preuve concrète n'est établie mais il s'avère qu'un lien existe entre une exposition aux dioxines, selon une certaine quantité à un instant donné, et le déclenchement d'une endométriose. Cela pourrait résulter d'une interaction avec les récepteurs aux œstrogènes ou une suppression de l'expression des récepteurs à la progestérone. Des divergences dans les études existent concernant l'implication du polychlorobiphényle **(PCB)** et du tétrachlorodibenzo-p-dioxine **(TCDD)** dans l'apparition de l'endométriose.

De nombreux autres facteurs sont également relevés tels que des facteurs **nutritionnels, le stress** ou encore l'exposition à certains **agents chimiques** en début de vie, même si aucune certitude les concernant n'est établie (20).

C) Formes anatomo-cliniques et localisation de l'endométriose

1. Formes anatomo-cliniques

Il est couramment évoqué qu'il existe une endométriose, mais en réalité trois formes distinctes de la maladie sont différenciées, en fonction de l'histopathologie et de la localisation anatomique des **lésions d'endométrioses** (19). Ces lésions correspondent aux fragments de tissu semblables à la muqueuse utérine (15), qui migrent en dehors de l'utérus, donnant lieu aux différentes déclinaisons de la maladie présentées dans le tableau ci-dessous.

Forme de la maladie	Type de lésions	Caractéristiques
Endométriose superficielle ou péritonéale	**Lésions superficielles ou péritonéales**	Il s'agit des lésions les plus fréquentes. Elles sont localisées à la surface du péritoine et possèdent la caractéristique d'être petites, ne dépassant pas les 5 mm de profondeur.
Endométriose ovarienne	**Lésions kystiques des ovaires**	Dans ce cas, les lésions évoluent sous la forme d'un kyste endométriosique de l'ovaire, appelé endométriome. Ce kyste contient du sang, qui va sécher avec le temps, d'où le contenu liquidien couleur « chocolat ».
Endométriose profonde ou sous péritonéale	**Lésions profondes ou sub-péritonéales**	Ces lésions s'infiltrent en profondeur, à plus de 5 mm dans l'espace rétro péritonéal et peuvent s'étendre jusqu'aux viscères tels que le cul de sac vaginal, l'intestin grêle, la vessie et le rectum. L'endométriose profonde affecterait **20 à 35%** de la population de patiente endométriosique (20).

Tableau 1 : Les différentes formes anatomo cliniques de l'endométriose pelvienne

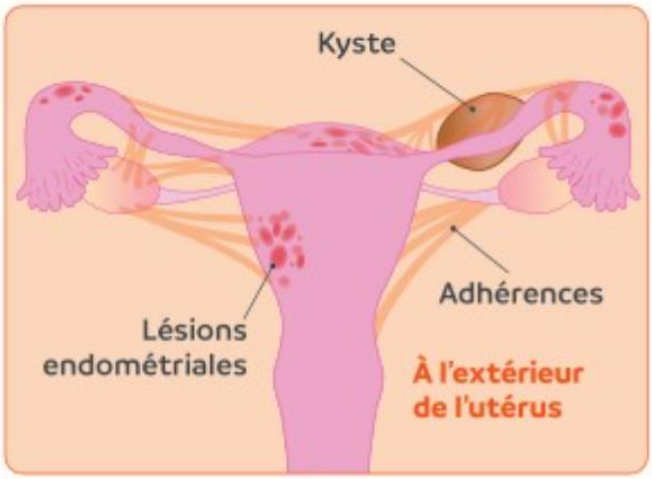


Figure 4 : Représentation d'une endométriose ovarienne (21)

2. Localisations des lésions

2.1 Endométriose pelvienne

Les localisations de ces lésions se trouvent majoritairement au niveau des ovaires, des trompes de Fallope, de la cavité utérine, au niveau du cul de sac de Douglas, ainsi qu'au niveau des ligaments utérosacrés (50% des cas d'endométriose profonde). Néanmoins, des lésions peuvent migrer vers des organes voisins et s'y greffer sous la forme d'adhérences. Ces dernières peuvent affecter le côlon, le rectum, l'intestin (20 à 25% des endométrioses profondes) et plus rarement, la vessie (10%) ou bien encore les uretères (3%). Ce type de localisation est principalement retrouvé dans l'endométriose pelvienne profonde, qui est fréquemment multifocales (13).

La localisation et la profondeur des lésions, ainsi que le ressenti des douleurs est variable d'une patiente à une autre. **En effet, aucune étude n'a établi de corrélation entre la profondeur ou l'étendue de l'endométriose et la symptomatologie clinique.** Cela signifie, qu'une patiente atteinte d'endométriose profonde peut tout à fait ne manifester aucune douleur et réussir à avoir des enfants naturellement. En revanche, la localisation des douleurs est quant à elle, bien corrélée à celle des lésions d'endométriose. De ce fait, une patiente ayant des lésions au niveau de la vessie peut éprouver des symptômes urinaires (18).

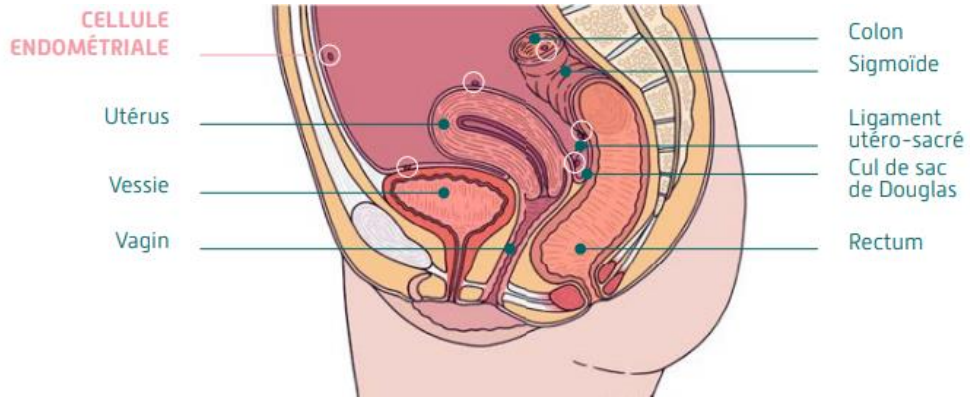


Figure 5 : Coupe de profil des organes fréquemment touchés par les lésions d'endométriose (14)

2.2 Endométriose extra pelvienne

D'autres localisations plus rares de l'endométriose existent et sont responsables de **douleurs extra-pelviennes.** Ces formes particulières se manifestent généralement par des symptômes **cataméniaux**, c'est à dire liés au cycle menstruel, ce qui peut orienter vers le diagnostic d'endométriose. Par exemple, l'endométriose pleurale peut entrainer un pneumothorax ou un hémothorax autour de la période menstruelle. L'endométriose diaphragmatique est souvent à l'origine de douleurs cataméniales pulmonaires ou de l'épaule droite. Enfin, l'endométriose pulmonaire est une forme très rare (22).

3. Adénomyose

Par ailleurs, il existe **l'adénomyose**. Il s'agit d'une pathologie gynécologique semblable à l'endométriose, mais celle-ci va se traduire histologiquement, par la présence de tissu semblable à la muqueuse utérine **à l'intérieur du myomètre**, qui pour rappel, représente la **couche musculaire** de l'utérus. A l'inverse de l'endométriose qui, elle, affecte l'extérieur de l'utérus. Il n'existe pas de classification anatomopathologique clairement établie pour l'adénomyose, même si on peut observer des formes diffuses à cette pathologie (13).

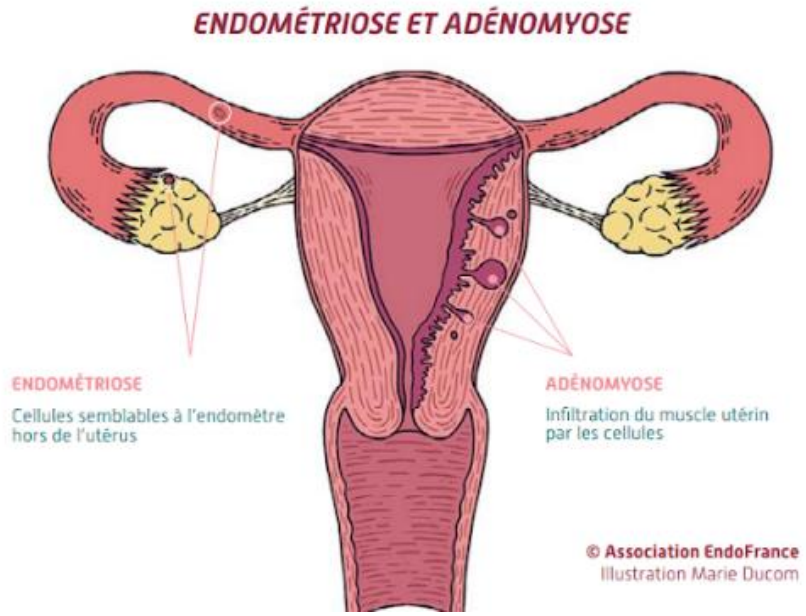


Figure 6 : Illustration de la différence entre l'endométriose et l'adénomyose par l'association EndoFrance (14)

D) Les différents stades de l'endométriose

En 1996, la classification révisée de *l'American Society for Reproductive Medicine* **(rASRM)** propose différents stades de l'endométriose. Ces derniers vont de 1 à 4, en fonction du nombre de lésions, de leur taille et de leur emplacement, ainsi que par la présence d'endométriomes et d'adhérences denses ou filmogènes (11). L'addition des valeurs permet d'établir un score afin de classer l'endométriose selon le stade correspondant (Annexe1).

Stade	Endométriose	Score
I	Minime	1 à 5
II	Légère	6 à 15
III	Modérée	16 à 40
IV	Sévère	> 40

Tableau 2 : Les différents stades de l'endométriose

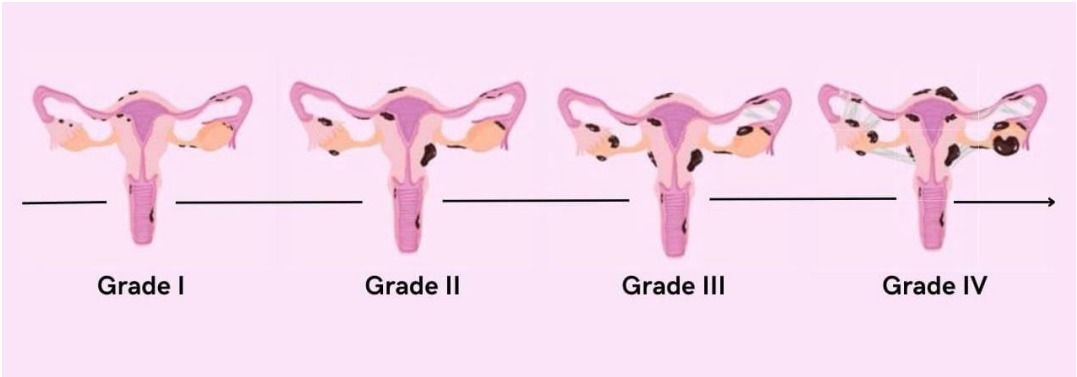


Figure 7 : Evolution des différents stades de l'endométriose (23)

Il s'agit de la classification la plus connue et la plus largement utilisée dans le monde entier, de par son utilité et sa simplicité d'utilisation auprès des médecins.

Cependant, elle est aussi critiquée sur différents points, notamment sur le fait qu'il n'y ait pas de corrélation entre la gravité de la douleur et de l'infertilité chez la patiente avec les stades de la classification révisée rASRM. On peut ajouter le fait que celle-ci ne prend pas en considération la présence d'une endométriose profondément infiltrante **(DIE)** dans divers sites tels que les ligaments utérosacrés, la vessie, le vagin ou l'intestin. C'est pourquoi en 2005, la classification **ENZIAN** a été développée dans le but de compléter la classification rASRM par rapport à l'omission de ces **zones rétro péritonéales** (Annexe 2). Cette nouvelle classification, a fait état de deux révisions, en 2010 et 2011, car il a été rapporté des chevauchements entre les deux systèmes : rASRM et ENZIAN.

De nos jours, il n'existe aucune classification définie comme la norme de référence. Au-delà des deux systèmes cités ici, d'autres existent mais chacun possède ses avantages et ses inconvénients. Un seul consensus d'expert existe et a donné lieu aux recommandations suivantes : **les femmes subissant une intervention chirurgicale doivent compléter la classification rASRM et celles atteintes de DIE peuvent la compléter avec le système ENZIAN** (24).

E) Les symptômes

L'endométriose est une maladie **inflammatoire** ayant pour symptôme phare celui de **la douleur**. Cette pathologie peut rester asymptomatique chez certaines patientes, les symptômes sont alors totalement absents, mais à l'inverse peut provoquer une inflammation locale à l'origine de douleurs d'intensité variable. Ces douleurs peuvent être regroupées sous la désignation des **« 5D »,** correspondant aux cinq principales douleurs de l'endométriose, même si aucune n'est spécifique à l'endométriose : **dysménorrhées, dyspareunies, dysuries, dyschésies et douleurs pelviennes chroniques** (25). Ces symptômes peuvent être isolés, c'est-à-dire arriver seuls, ou au contraire être multiples chez une patiente.

1. Dysménorrhées

Les dysménorrhées correspondent aux règles douloureuses que peuvent ressentir l'ensemble de la population féminine lors des menstruations. Ce sont des douleurs aiguës localisées dans le bas ventre : au niveau de l'hypogastre, des fosses iliaques mais aussi des flancs ou de la région lombaire basse (26). Cependant, dans le cas précis de l'endométriose, ces douleurs peuvent présenter des caractéristiques spécifiques. Elles peuvent **être cycliques**, c'est-à-dire revenir à chaque cycle menstruel, **être résistantes** aux antalgiques simples comme le paracétamol, et enfin, **altérer** certaines activités de la vie quotidienne, comme faire le ménage ou aller au travail (27).

Il existe deux étiologies principales à la dysménorrhée. **La dysménorrhée primaire** est présente chez les femmes en âge de procréer. Elle est généralement liée à des contractions utérines spasmodiques associées à une ischémie (obstruction d'une artère entrainant une privation d'oxygène des tissus). Ces contractions sont régulées par les prostaglandines et d'autres médiateurs inflammatoires produits par l'utérus. **La dysménorrhée secondaire** résulte d'une pathologie sous-jacente impliquant des anomalies pelviennes. C'est notamment le cas de l'endométriose, l'adénomyose ou de la présence de fibromes (28).

2. Dyspareunies profondes

Il s'agit du terme employé pour désigner les **douleurs profondes** survenant dans le bas ventre, lors de **rapports sexuels** avec pénétration. Elles sont qualifiées de balistiques et résultent du contact entre la verge et le fond du vagin. C'est un symptôme fréquemment mentionné par les patientes. Elles peuvent survenir pendant ou après le rapport et sont variables, allant d'une simple gêne à l'incapacité d'avoir ou de continuer des rapports sexuels (27).

Ce symptôme est causé par la présence de lésions infiltrant l'espace rétro péritonéale (ligaments utérosacrés, cul de sac de Douglas...) et peuvent s'étendre jusqu'aux viscères, notamment le rectum. De plus, l'existence de troubles digestifs chez la patiente majore souvent les douleurs du fond vaginal (29). Récemment, l'étude *World Endometriosis Research Foundation* **(WERF)** EndoCost a démontré que **47%** des patientes atteintes d'endométriose souffraient de dyspareunie (30).

Il existe également des dyspareunies superficielles, mais celles-ci ne sont pas considérées comme étant un symptôme de l'endométriose. Elles témoignent souvent d'autres pathologies telles que le vaginisme ou la vulvodynie (29).

3. Troubles urinaires

Les troubles urinaires témoignent d'une atteinte vésicale par l'endométriose. **Les dysuries** représentent le symptôme majeur, elles font référence aux difficultés pour uriner. Les symptômes urinaires englobent également des brûlures urinaires, des douleurs au remplissage de la vessie, une sensation de cystite, des envies fréquentes d'uriner (pollakiurie) et, dans de rares cas, la présence de sang dans les urines (hématuries) (27).

4. Troubles digestifs

Les troubles digestifs sont souvent typiques d'une endométriose digestive, c'est-à-dire affectant les intestins, le colon ou le rectum, mais peuvent néanmoins être en lien avec une inflammation provoquée par une endométriose superficielle située proche du rectum. Ces troubles digestifs peuvent inclure les **dyschésies,** qui sont les douleurs ressenties à la défécation (évacuation des selles). Ils peuvent être associés à une alternance de diarrhée/constipation, souvent aggravés lors des menstruations, des ballonnements abdominaux, des flatulences, un arrêt des selles et plus rarement des rectorragies (présence de sang dans les selles) (27).

5. Douleurs pelviennes chroniques

Lorsque les douleurs pelviennes deviennent quotidiennes, elles sont qualifiées de **chroniques.** Le terme « chronique » désigne une maladie qui se développe lentement et qui persiste dans le temps, ce qui est souvent le cas pour les patientes atteintes d'endométriose.

Ces douleurs sont continues ou ponctuelles, elles dépendent des patientes, selon la forme anatomo-clinique des lésions et de la présence d'adhérences. Cela peut se traduire chez certaines patientes par des vertiges , des migraines et des vomissements, par l'incapacité à pratiquer un effort physique quel que soit son intensité ou encore à mener une vie professionnelle, familiale et intime normale, que ce soit à court ou long terme (27).

6. Autres symptômes

Il est également possible d'évoquer des saignements abondants en dehors des règles, appelés **métrorragies,** ainsi que des **spottings,** qui correspondent à de légères pertes de sang en dehors des règles, témoignant d'un changement au niveau de la muqueuse utérine.

Parmi les autres symptômes de la maladie figurent les douleurs **abdominales,** notamment ombilicales, ainsi que les **douleurs neuropathiques,** souvent en lien avec une endométriose profonde. Celles-ci résultent d'une atteinte du système nerveux, causée par l'inflammation des adhérences. Ces douleurs se caractérisent par des engourdissements, des picotements voire une sensation de brûlure et de décharge électrique d'intensité variable. Les patientes peuvent souffrir de douleurs **lombaires** (lombalgies), d'une atteinte du nerf **crural** (cruralgies), une atteinte du nerf **sciatique** (douleurs au niveau des fesses ou sciatalgies), une atteinte du nerf **pudendal** (douleurs au niveau du périnée) (31), ou encore des douleurs **scapulaires** en lien avec une atteinte du nerf vers le dos ou l'épaule (32). Enfin, dans de rares cas, un **pneumothorax** cataménial peut être observé.

Tous les symptômes décrits et toutes ces douleurs, engendrent souvent chez la patiente **une fatigue chronique** due à un épuisement de l'organisme qui lutte sans cesse contre la pathologie (27).

F) Les complications

1. Infertilité

Un des symptômes découlant de l'endométriose, et sûrement celui le plus délicat à évoquer auprès de cette population féminine, est la conséquence d'une infertilité. D'ailleurs, pour les patientes « asymptomatiques », la maladie est souvent découverte par hasard ou au cours d'un bilan de fertilité (27). Ce symptôme n'est néanmoins pas spécifique à la pathologie. L'endométriose est retrouvée chez un tiers des femmes qui consulte dans le cadre d'une infertilité et il s'agit en France, de la **première cause d'infertilité féminine** (26) (33).

Cette sous fertilité est observée comme significativement plus importante chez les patientes atteintes d'endométriose par rapport à la population féminine générale(15). Environ 30% à 40% des patientes atteintes d'endométriose présentent une infertilité, avec une chance de conception diminuée, allant de 2 à 10% par cycle contre 25 à 30% au sein d'un couple fertile (19). De nombreux travaux de recherche continuent à étudier le lien entre endométriose et infertilité. Pour l'instant, aucune conclusion n'est formulée mais diverses hypothèses existent. En effet, cette pathologie inflammatoire ne rend pas l'environnement propice à la fécondation.

Plusieurs mécanismes seraient en cause pour expliquer l'infertilité, notamment en raison de facteurs pelviens, ovariens ou encore utérins.

1.1 Les facteurs pelviens

Parmi les facteurs pelviens en cause, se trouvent l'inflammation intrapéritonéale et intra-tubaire ainsi que sa toxicité sur les gamètes, ou encore l'obstruction tubaire ou tuboovarienne due aux lésions et aux adhérences.

1. 2 Les facteurs ovariens

L'altération de la réserve ovarienne fait partie des facteurs ovariens impliqués dans le mécanisme de l'infertilité, notamment dans les cas d'endométriomes, en raison de l'impact avéré de la chirurgie sur cette réserve. En revanche, le débat persiste concernant l'existence d'un défaut de qualité ou de quantité ovocytaire chez les patientes atteintes d'endométriose (18).

1. 3 Les facteurs utérins

Enfin, parmi les facteurs utérins en cause figurent les dyspareunies profondes, qui réduisent les rapports sexuels potentiellement fécondants. Des anomalies de l'endomètre eutopique peuvent également altérer la capacité de nidation de l'œuf chez ces patientes. De plus, s'il y a une association à l'adénomyose, celle-ci représente un facteur de difficulté d'implantation embryonnaire (26).

2. Vaginisme

Le vaginisme peut être perçu comme une complication de la maladie, et notamment être secondaire aux dyspareunies. Il s'agit d'un trouble sexuel touchant le vagin d'une femme, caractérisé par la **contraction musculaire involontaire,** prolongée ou récurrente, des muscles du plancher pelvien, empêchant toute pénétration vaginale (34).

En effet, lors de rapports intimes, certaines patientes ne ressentiront qu'une simple gêne mais à l'inverse, pour d'autres la douleur sera plus intense. A cela résulte une crainte et une peur d'avoir à nouveau mal et de souffrir, provoquant chez certaines un vaginisme et un éloignement progressif de sa vie intime (35).

G) Diagnostics

Le bilan clinique comprend l'interrogatoire ainsi qu'un examen gynécologique.

L'interrogatoire est primordial. Il permet à la patiente d'évoquer ses principales manifestations douloureuses ainsi que leur impact sur sa qualité de vie. En cas de dysménorrhée isolée et contrôlée par une contraception hormonale, la recherche d'une endométriose est inutile. En revanche, en cas d'évocation par la patiente de douleurs pelviennes chroniques ou en cas de suspicion d'endométriose, le professionnel de santé peut alors poursuivre l'interrogatoire en **évaluant la douleur** chez la patiente, avec une échelle mesurant son intensité. Il peut également **évaluer sa qualité de vie** grâce à des questionnaires généraux et d'autres spécifiques à l'endométriose.

1. Première intention

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), **l'examen clinique** doit être effectué en **première intention**, de même qu'une **échographie pelvienne.** Parmi les professionnels de soins premiers se trouvent : les médecins généralistes, les gynécologues ou encore les sages-femmes.

L'examen clinique est un examen gynécologique qui permet au médecin d'examiner la patiente à la recherche de signes évocateurs tels que la visualisation de lésions bleutées, d'un utérus rétro versé, la palpation de nodules au niveau des ligaments utérosacrés ou du cul de sac de Douglas. Pour ce faire, il est nécessaire d'obtenir le consentement éclairé de la patiente à chaque étape de l'examen: introduction d'un doigt, palpation puis mise en place d'un spéculum. Cet examen peut néanmoins causer beaucoup d'inconfort chez la patiente en raison de certaines douleurs pelviennes, menant parfois à l'impossibilité de le réaliser.

L'examen abdominal, souvent peu informatif, peut engendrer des douleurs non spécifiques(36).

La normalité de l'examen clinique n'exclut pas l'endométriose (37).

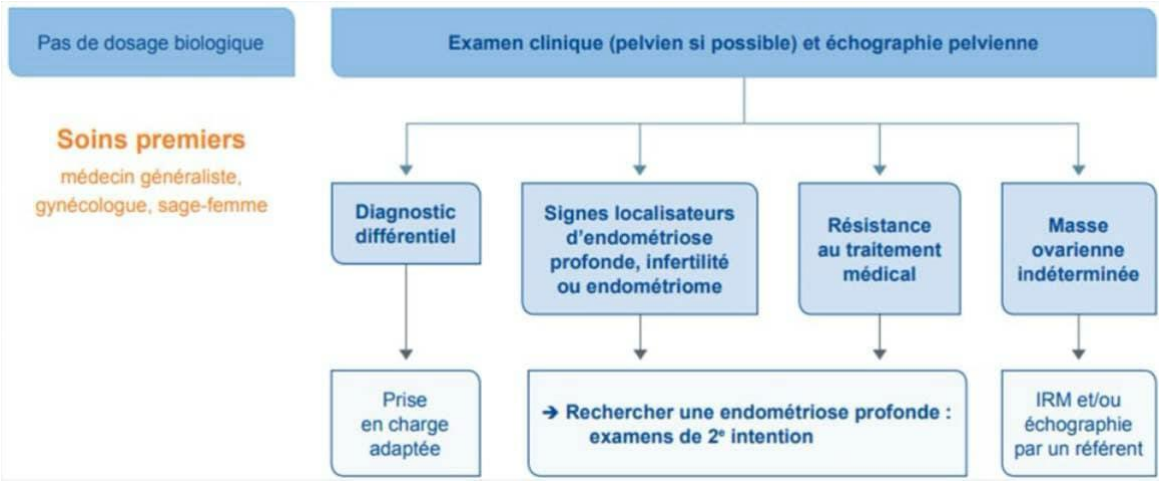


Figure 8 : Examens de première intention à la recherche d'une endométriose (36)

2. Deuxième intention

En deuxième intention, selon la HAS, des examens para cliniques peuvent être réalisés par des professionnels de santé référents, formés dans le cadre de l'endométriose.

L'examen pelvien orienté, effectué par un clinicien référent, a pour objectif de rechercher une endométriose profonde en cas de douleurs à la défécation pendant les règles, de signes urinaires cycliques, de dyspareunie profonde intense ou d'infertilité associée.

Ensuite, **l'échographie pelvienne** est réalisée par voie **endovaginale** par un échographiste référent**.** Elle est utile pour l'identification de kystes ovariens, d'adénomyose et de nodules d'endométriose profonde.

Enfin, **l'imagerie par résonance magnétique (IRM) abdominopelvienne** est réalisée par un radiologue référent. Elle permet la mise en évidence de la cartographie précise des lésions d'endométrioses. Il s'agit d'une technique permettant l'obtention d'images en 2D ou 3D. Elle permet également l'identification de kystes ovariens, d'adénomyose et de nodules d'endométriose profonde.

Le compte rendu final des examens (IRM ou échographie) doit comporter la taille des lésions ainsi que les localisations anatomiques de l'endométriose visibles à l'examen.

La technique de l'IRM peut être utile au diagnostic de **l'endométriose profonde.** Elle est dotée d'une sensibilité ainsi qu'une spécificité (>90%) similaires à celles de l'échographie transvaginale dynamique (37). En revanche, aucune technique d'imagerie ne permet de détecter **l'endométriose péritonéale superficielle** car les lésions sont trop petites pour être visibles (36).

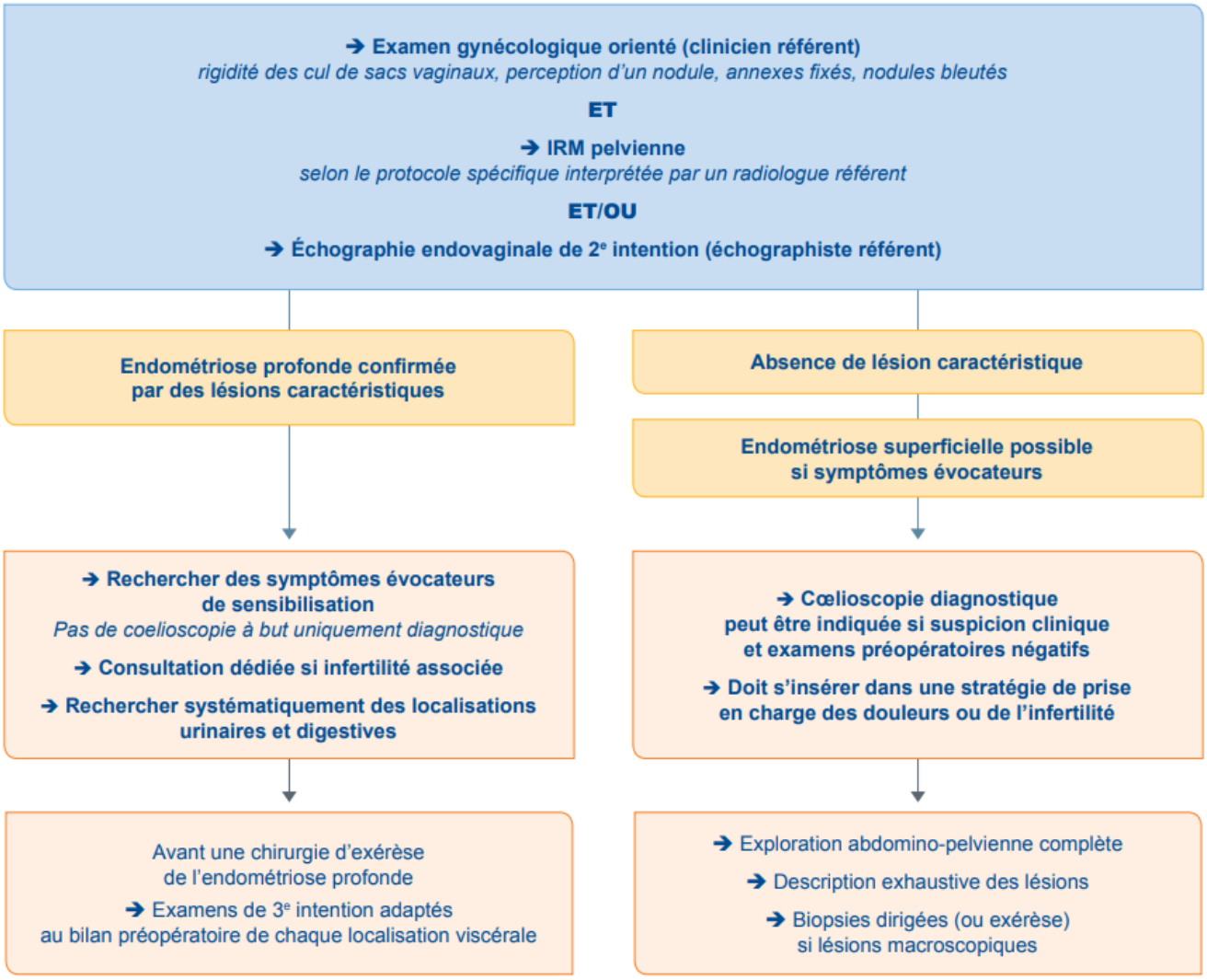


Figure 9 : Examens de deuxième intention à la recherche d'une endométriose (36)

3. Troisième intention

D'autres examens **complémentaires** d'imageries existent et sont sollicités par le spécialiste dans certains cas sévères ou situations spécifiques, en fonction des symptômes de la patiente ainsi que des résultats aux précédents examens.

L'échoendoscopie rectale est utilisée pour les localisations recto-sigmoïdiennes, tandis que **le coloscanner** est recommandé pour les localisations coliques plus en amont. Ces examens sont réalisés lorsque ceux de deuxième intention ne permettent pas de conclure sur l'envahissement du côlon par l'endométriose profonde (36).

La cystocopie, l'uroscanner ou l'uro IRM, sont utiles dans le diagnostic d'une endométriose urinaire. L'exploration d'une endométriose urinaire consiste en la recherche d'une dilatation urétéro pyélocalicielle, présente chez 50% à 60% des patientes atteintes d'endométrioses urinaires.

Enfin, **l'IRM et le scanner du diaphragme** sont employés pour l'exploration d'une endométriose diaphragmatique et thoracique.

4. Cœlioscopie

Pour finir, la **cœlioscopie,** ou laparoscopie, est l'examen de référence permettant de visualiser les lésions d'endométriose (22). Elle peut éventuellement servir pour établir le diagnostic de certitude, mais elle n'est ni essentielle pour confirmer le diagnostic d'endométriose, ni indispensable pour démarrer un traitement médical chez les patientes concernées.

Elle est indiquée en cas de suspicion clinique d'endométriose n'ayant pas encore eu de preuve dans les examens préopératoires , dans le cadre d'une stratégie de prise en charge des douleurs ou de l'infertilité ou bien dans le but d'éliminer une endométriose ne mettant pas en évidence de lésions macroscopiques visibles et comportant un examen satisfaisant de la région abdomino-pelvienne (36).

5. Biologie

Des examens complémentaires ayant recours à la **biologie** existent mais ne sont pas spécifiques et ne sont donc pas contributifs au diagnostic de l'endométriose. Une possible élévation du taux de CA125 peut s'observer en cas d'endométriose ovarienne ou péritonéale diffuse (36). De même que des recherches existent concernant les biomarqueurs comme les microARN plasmatiques (11).

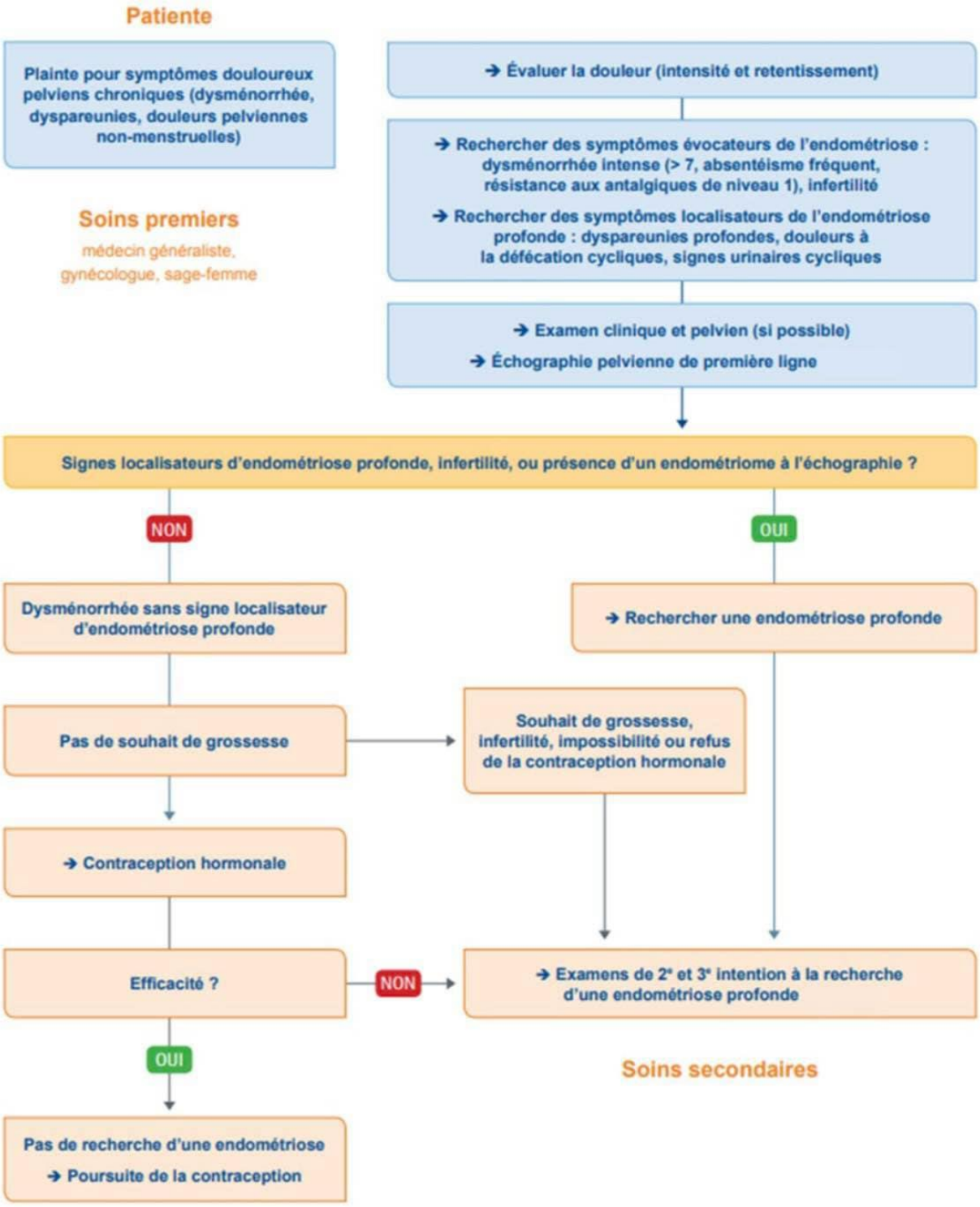


Figure 10 : Stratégie de diagnostique devant des symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhée, dyspareunies, douleurs pelviennes non-menstruelles) (36)

II/ Epidémiologie et impact sur la qualité de vie de la femme atteinte d'endométriose

A) Epidémiologie

Pour rappel, l'endométriose est une pathologie gynécologique chronique affectant une femme sur dix à l'échelle mondiale. La population de patientes atteintes est d'environ 10 à 15% des femmes en âge de procréer, de la puberté à la ménopause, représentant en France une moyenne de **2,5 millions** de malades dont 70% sont exposées aux douleurs chroniques invalidantes (38). A l'échelle mondiale, l'endométriose concerne environ **190 millions** de femmes (39). Cette pathologie a non seulement un retentissement physique, mais aussi psychologique, pouvant entraîner dépression, anxiété et affecter la vie sociale de la patiente. Des répercussions sur la vie sexuelle ou bien encore sur la vie professionnelle peuvent également survenir (40).

Cela met en lumière le fait qu'il s'agit de nos jours d'un grave problème de santé publique auquel le président de la République cherche à répondre. C'est dans cette optique, qu'il a mis en place une **stratégie nationale contre l'endométriose** en 2022, avec le soutien de Monsieur Olivier Véran, ancien ministre des Solidarités et de la Santé. Cette stratégie repose sur trois principaux axes de travail visant à atteindre divers objectifs. Le premier axe se concentre sur **la recherche** et **l'innovation** de l'endométriose, le deuxième axe porte sur **le diagnostic médical, l'offre de soins** et son **accessibilité** envers les patientes. Enfin, le troisième axe traite de **l'élargissement des connaissances** sur cette maladie, ainsi que la **formation et la communication** au sein de la société (33).

Le poids économique de cette maladie s'élève à environ 9,5 milliards d'euros par an en France. Celui-ci étant dû à des coûts directs, comme les soins de santé, mais également indirects, du fait des retentissements majeurs sur l'activité professionnelle des patientes (38).

De nombreuses autres études ont conclu sur le fait que cette maladie altère la qualité de vie **(QdV)** de la patiente, en rapport avec la santé, notamment dans les domaines liés aux fonctions physique, psychologique et sociale (41).

B) Les outils de mesure de la qualité de vie

1. Définition

C'est dans les années 1970 que le concept de qualité de vie apparait comme un critère important dans l'évaluation de la santé. Dans ce domaine de la santé, la QdV se rapporte à la définition la plus fréquente, qui est celle publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé **(OMS)** en 1993 : *« La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement »* .

Par la suite, de nombreux instruments mesurant cette qualité de vie ont émergé. Conçus comme un concept multidimensionnel, ils donnent ainsi une place à la dimension subjective en y valorisant le point de vue du patient. Deux principaux types d'outils existent. **Les outils génériques** sont conçus pour être utilisés indépendamment de la pathologie ou la population. En revanche, **les outils spécifiques** sont développés pour mesurer des dimensions propices à une pathologie particulière ou à une population spécifique. Ces derniers offrent l'avantage d'obtenir une meilleure sensibilité de la mesure des impacts (42).

2. Outils génériques

Plusieurs outils génériques existent, sans distinction de maladie particulière. Parmi eux se trouvent le questionnaire ***Short Form Health Survey-36*** **(SF-36)** comprenant 36 items, et sa version abrégée **SF-12**. Ils explorent les quatre domaines cités par l'OMS (la santé physique, psychique, l'autonomie et les relations à l'entourage et à l'environnement), en permettant au patient de répondre aux questions selon les fréquences : Toujours, La plupart du temps, Souvent, Parfois ou Jamais.

Existe également le questionnaire générique EuroQol (**EQ-5D-5L),** balayant cinq dimensions (mobilité, autonomie, activités courantes, douleurs/inconfort et anxiété/dépression) à travers 25 questions accompagnées d'une échelle visuelle d'évaluation globale de la QdV au moment du remplissage du questionnaire par le patient (43).

3. Outils spécifiques à l'endométriose

Lorsqu'elle est symptomatique, l'endométriose peut être douloureuse, voire devenir handicapante pour certaines patientes, exerçant ainsi une influence négative sur leur vie. C'est pourquoi, au-delà de la clinique, la dimension de la QdV est essentielle à prendre en compte, autant pour le diagnostic que pour le suivi de la pathologie, notamment afin de juger de l'efficacité des traitements par exemple.

Dans ce contexte, les outils spécifiques sont plus pertinents à utiliser. D'ailleurs, deux questionnaires spécifiques à l'endométriose existent. ***L'Endometriosis Health Profiles-30*** **(EHP-30)** comprenant 30 items (Annexe 3) et sa version simplifiée **EHP5,** contenant 11 questions auxquelles les patientes doivent indiquer la fréquence des situations proposées (Toujours, Souvent, Parfois, Rarement ou Jamais), afin de connaitre les répercussions de la maladie sur leur vie au cours des 4 dernières semaines.

D'autres outils peuvent également être mobilisés lorsqu'un aspect spécifique de la santé de la patiente, affecté par l'endométriose, nécessite une évaluation particulière. Par exemple, le questionnaire ***Kowless Eccersley Scott Symptom*** **(KESS)** est centré sur les troubles de la constipation, tandis que le questionnaire ***Female Sexual Function Index*** **(FSFI)** est axé sur la fonction sexuelle féminine.

Tous ces outils permettent d'explorer les divers impacts de la maladie et d'avoir ainsi, une vision globale pour proposer une prise en charge pluridisciplinaire visant à améliorer le bien-être des patientes (43).

C) Impact sur la vie personnelle

1. Impact physique

La douleur, symptôme central de l'endométriose, est la principale cause de l'impact négatif de cette maladie sur la QdV des patientes.

Une revue narrative de 2013, comprenant 42 articles sélectionnés en fonction de leur analyse de l'impact social et psychologique de l'endométriose sur la vie des femmes, indique qu'entre 16% et 61% des patientes rencontrent des difficultés de mobilité et des limitations dans certaines activités quotidiennes. Ces femmes présentent une santé physique diminuée par rapport à une population saine, ce qui altère leur capacité à réaliser certaines tâches courantes, comme la cuisine, les courses, le ménage ou le jardinage (44). Il en va de même avec une étude réalisée à Porto Rico en 2010, avec 107 patientes diagnostiquées d'endométriose, qui soulève des **limitations physiques** décrites par celles-ci, en particulier dans l'exécution de tâches quotidiennes telles que ménagères (79%), dans les relations sexuelles (71%), au travail (66%), dans différents exercices (56%), dans le sommeil (54%) ainsi que dans les interactions sociales (48%) (41).

Des patientes nous partagent souffrir de douleurs pelviennes de manière régulière, à l'instar de **« crampes »** ou de **« coups de poignards ».** De plus, des douleurs au niveau des lombaires ou dans les jambes rendent la position assisse ou debout prolongée difficile pour ces patientes (45). L'endométriose perturbe également le sommeil, en additionnant les réveils fréquents causés par les envies pressantes d'uriner ou par des crises inflammatoires (35).

Dans son livre intitulé « La maladie taboue », une patiente partage son vécu avec la maladie et évoque les douleurs de cette manière : « *Les douleurs dont je vous parle sont au-delà de la lourdeur, de l'inconfort, de la gêne [..] Les douleurs dont je vous parle vous prennent en otage »* (46).

In fine, en raison de la gestion constante de ces douleurs, ces patientes puisent continuellement dans leurs ressources physiques et émotionnelles, ce qui conduit à une **fatigue chronique**.

2. Impact psychologique

L'impact de l'endométriose ne se limite pas qu'aux douleurs physiques. En effet, cette dernière peut se caractériser par une détresse psychique incluant **anxiété, dépression**, parfois même des **troubles du comportement alimentaire**, et des **addictions**, en particulier à certains antalgiques. Cette dimension psychologique est essentielle à prendre en compte car elle peut se répercuter sur d'autres aspects de la vie quotidienne et devenir très handicapante. La dépression résulte souvent d'une souffrance constante, un isolement progressif et d'une perte de sens liée à la maladie(35).

En interrogeant différentes bases de données sur des études liées à l'endométriose, l'article *« The burden of endometriosis »,* publié en 2020, rapporte que la prévalence des troubles dépressifs et anxieux chez les patientes atteintes d'endométriose est plus élevée que chez les témoins sains (**18,9% et 29,7%** contre 9,3% et 7,0%). En effet, la majorité des écrits s'accorde à dire que ces troubles et cette détresse émotionnelle sont plus fréquents chez ces femmes que dans la population générale.

De plus, ces conséquences psychologiques sont à l'origine d'une **mauvaise qualité de sommeil,** une perception accrue du stress, ou encore une diminution des activités quotidiennes. L'association entre qualité de sommeil et dépression semble être bidirectionnelle : les troubles du sommeil intensifient l'humeur négative, et en parallèle la dépression affecte elle, le sommeil. L'une entretenant le cycle de l'autre.

Enfin, une mauvaise qualité de sommeil peut également exacerber les douleurs pelviennes (40).

3. Impact sur la vie affective et sexuelle

Le titre de l'article *« Quand le sexe fait mal au couple* », publié en 2017, illustre de manière explicite l'impact de l'endométriose dans la dynamique du couple, et comment celle-ci arrive à s'immiscer dans la relation. Vivre avec l'endométriose n'est simple pour personne, et cela vaut également pour le compagnon. Selon cet article, **34%** des femmes déclarent que l'endométriose crée de réelles difficultés au sein de leur couple, pouvant mener au divorce dans **10%** des cas. Cela s'explique par la réduction des interactions sociales en raison de la pathologie, et à l'incapacité du partenaire à supporter les manifestations chroniques causées par la maladie de sa conjointe (30).

Plus récemment, une étude alliant l'association **EndoFrance** avec **My S Life,** a été réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne, sur la période du 21 septembre 2021 au 13 octobre 2021. My S Life est une plateforme conçue pour accompagner les femmes dans leur parcours de santé sexuelle. Cette étude visait à déterminer **l'impact de l'endométriose sur la vie affective et sexuelle des patientes,** en leur permettant également de partager leur vécu et leurs conseils. L'échantillon comportait **384** patientes, âgées de 18 ans et plus, dont la majeure partie (70% des sujets) souffre d'endométriose profonde.

Concernant les résultats de **l'impact sur la sexualité**, il ressort que la dyspareunie est l'un des symptômes majeurs à l'origine de difficultés dans la vie intime, touchant **87%** des participantes. L'article *« The burden of endometriosis »* démontre également que les femmes atteintes d'endométriose présentent des dyspareunies plus fréquentes ainsi qu'un fonctionnement sexuel altéré par rapport aux témoins. De plus, l'altération de la fonction sexuelle est plus sévère chez les patientes ayant une endométriose infiltrante profonde **(DIE)** des ligaments utéro sacrés. En effet, les lésions infiltrant ces ligaments provoquent des dyspareunies profondes, entraînant par exemple, des scores de douleur plus élevés, un nombre de rapports sexuels réduit ou un orgasme moins satisfaisant (40).

Cependant, d'autres facteurs entrent également en jeu tels que les douleurs pelviennes chroniques ainsi que des facteurs psychologiques associés : la peur et l'angoisse du rapport sexuel. Selon l'étude menée par EndoFrance, c'est le cas pour **84%** des femmes n'ayant pas eu de rapport depuis plus d'un an. Le vaginisme, les pertes de sang, une baisse de libido ou encore une absence de plaisir, sont également en cause. Cette maladie entraine pour certaines patientes, un véritable frein à la sphère intime, soulignant un retentissement sexuel plus mauvais chez ces patientes que chez des témoins sains (40).

Néanmoins, selon les participantes de l'étude, cette sphère de la sexualité a été **partiellement** abordée par leur équipe soignante, principalement lors de l'évocation de douleurs, d'un désir d'enfant ou des risques d'infertilité. **37%** des patientes interrogées ont alors pris l'initiative d'aborder d'elles-mêmes ce sujet avec leur équipe soignante. A l'inverse**,** pour **32%** des participantes, ce sujet n'a jamais été évoqué. Au final, beaucoup de patientes ressentent le besoin d'un accompagnement concernant ces difficultés, et au-delà de simplement les évoquer comme un symptôme de la maladie, d'essayer de trouver des solutions ou d'apporter des conseils. Seulement **8,2%** des patientes de l'échantillon ont déclarées avoir déjà consulté un/e sexologue, avec des avis divergeant sur cette expérience.

Ensuite, pour **78,5%** des patientes interrogées, l'endométriose impacterait **l'image qu'elles ont d'elles-mêmes**, alliant des inconvénients, tels que la culpabilité, le sentiment de faiblesse, d'incapacité, d'insécurité face à sa féminité, mais à contrario, des opportunités comme l'occasion de s'écouter, de s'accepter et de devenir plus forte. Dans le même registre, **80%** des participantes de l'étude rapportent que la maladie impacte **l'image qu'elles ont de leur propre corps** : se sentant prisonnière, moins attirante, acceptation difficile des cicatrices ou d'un ventre gonflé.

Enfin, pour plus de la moitié des participantes (**64,1%),** le fait d'avoir échangé avec leur partenaire a contribué à l'amélioration de leur sexualité, rendant certains partenaires plus compréhensifs, délicats et donnant à certains couples l'opportunité d'exprimer le désir d'une manière différente et de *« vivre une sexualité apaisée et non douloureuse* ». L'endométriose peut aussi avoir des aspects positifs. Comme le dit l'ancienne Présidente de l'association EndoFrance, Yasmine Candau *« des couples se brisent, mais d'autres se* ***solidifient*** *face à l'épreuve »*. Cette pathologie oblige *« à* ***réinventer la sexualité*** *afin de vivre au mieux son intimité malgré la maladie »* (47).

D) Impact sur la vie sociale

De nombreuses études démontrent l'impact négatif de l'endométriose sur les relations sociales des patientes. Cela est notamment illustré par une enquête multicentrique citée dans la revue narrative de 2013, portant sur l'impact social et psychologique de la maladie. Menée auprès de 3216 participantes, cette enquête révèle que **50%** des femmes interrogées estiment que la maladie affecte leurs relations de couple, menant à une rupture avec leur partenaire dans **10%** des cas. Les difficultés relationnelles ont souvent pour cause un **manque de compréhension** et **de soutien** de la part des autres. D'ailleurs, certaines patientes mentionnent des expériences négatives avec des professionnels de santé, en raison d'un manque de soutien de leur part. De plus, les patientes confient qu'elles ont tendance à se mettre en retrait et s'isoler, cela est dû à un sentiment de honte face à leur état et par conséquent, ces dernières se sentent incapables d'aborder leur maladie chronique avec leurs collègues, amis ou même leur famille (40).

Pour certaines patientes, sortir et entretenir des interactions sociales peut s'avérer être une épreuve redoutable. Dans son blog ***Endonymous,*** qu'elle a créé en 2018, une patiente diagnostiquée d'endométriose partage son expérience face à la maladie. Cette dernière a également publié un roman graphique consacré à l'endométriose, dans lequel elle nous confie, dans la cinquième partie intitulée « Le handicap » : *"Je me rendais compte à quel point être en société et maintenir des relations sociales pouvait être affreusement fatiguant, j'ai alors fui les relations que je trouvais trop néfastes"* (48).

En effet, la revue narrative mentionnée au début, met en lumière cette réduction des activités sociales, en raison de la douleur, de la fatigue, de la nécessité d'aller aux toilettes ou de la peur anticipatrice d'une crise de douleur. Etant préoccupées par leur état, les patientes éprouvent des difficultés à se sociabiliser, ce qui engendre une perte de confiance en elles (44).

E) Impact sur la vie professionnelle

1. Productivité au travail

L'endométriose a des répercussions considérables sur le bien-être physique, mental et social des patientes, ce qui peut, in fine, avoir un retentissement sur leur vie scolaire ou professionnelle.

Une étude mondiale menée en 2011 dans dix pays différents, (notamment Royaume Uni, Belgique ou Italie) a inclus 1 418 femmes pré ménopausées, âgées de 18 à 45 ans, devant subir une laparoscopie, sans diagnostic préalable d'endométriose. Parmi elles, 745 femmes ont été diagnostiquées avec cette pathologie, les autres femmes représentant les sujets symptomatiques. L'objectif était d'étudier **l'impact de l'endométriose sur la QdV des patientes et leur productivité au travail**, à travers un questionnaire de 67 questions. Selon les résultats, les femmes affectées par l'endométriose perdent en moyenne **10,8 heures** par semaine de productivité au travail, contre **8,4 heures** par semaine pour les femmes symptomatiques. La douleur pelvienne et la sévérité de la maladie sont identifiées comme les principaux facteurs de cette diminution de l'efficacité professionnelle. Cette situation engendre d'importants coûts pour les patientes (49).

L'étude réalisée à Porto Rico, précédemment évoquée, portant sur 107 patientes diagnostiquées d'endométriose, rapporte que la majorité des patientes **(85%),** mentionne une diminution de la qualité de leur travail et que **60%** des participantes ont manqué des jours de travail à cause des douleurs, pour une moyenne de **2,8 jours par mois**, soit 33,6 jours par an. Cela amène comme conséquence directe pour les patientes, une évolution de carrière négativement impactée (41).

Un article publié en décembre 2023 se penche à la fois sur les conditions de travail et d'emploi des patientes, ainsi que sur les conséquences de l'endométriose sur leur vie professionnelle. Ces dernières nous partagent que l'impact sur la maladie débute dès **l'adolescence** avec des passages réguliers à l'infirmerie, des malaises et des changements fréquents de protections hygiéniques. A cet âge, les douleurs sont souvent normalisées par l'entourage et les professionnels de santé. Il en va de même au travail. En raison des douleurs, les patientes doivent faire face à des changements fréquents de positions ainsi qu'à des passages réguliers aux toilettes en cas de troubles urinaires ou digestifs, et l'annonce de leur maladie chronique peut entraîner différentes **répercussions négatives sur leur carrière professionnelle** : discrimination, jugement, modification des ambitions professionnelles, non perception des primes... Toutefois, malgré des avis divergents dans cet article, un soutien et une bienveillance de la part de l'entourage professionnel peuvent aussi être observés.

Certaines patientes valorisent également leur mérite et leur courage, en choisissant de mettre de côté leurs symptômes. Afin de maintenir une vie professionnelle, elles réalisent ce qu'on appelle **« un travail en plus »**, en cherchant à dissimuler au mieux leur maladie chronique et à anticiper certaines périodes ou activités en fonction de leur cycle menstruel. Certaines patientes souhaiteraient bénéficier d'aménagements ou de dispositifs spécifiques, tels que le télétravail, pour faciliter l'accès aux toilettes, ou encore un ajustement du poste de travail. C'est dans cette optique que des solutions ont été mises en place, notamment à travers des aménagements de poste mentionnés dans la stratégie nationale de 2022, permettant aux patientes de **« concilier leur état de santé et leur travail »** (45) (33).

2. Impact économique

Cette baisse de productivité et tous les impacts de la sphère professionnelle s'accompagnent également d'un coût économique, tant au niveau individuel pour la patiente qu'au niveau de la société. Cela représente un véritable problème de santé publique.

Cette dimension économique est bien documentée. D'ailleurs, **l'étude multicentrique *EndoCost*,** incluant dix pays européens, démontre que le coût total annuel moyen par patiente en 2008 s'élevait à environ **10 000 euros,** incluant à la fois les frais des soins médicaux et les coûts liés à la perte de productivité. Parmi les dépenses les plus élevées dans le domaine de la santé, on retrouve : la chirurgie (29% des coûts), suivie des examens de surveillance (19%), de l'hospitalisation (18%) et enfin, des visites médicales (16%).

Aux Etat Unis, le coût annuel de l'endométriose était estimé à **22 milliards** de dollars en 2002, et à **69,4 milliards** en 2009, ce qui témoigne d'une augmentation significative au fil du temps. Par ailleurs, il a été constaté que, durant les cinq années précédant le diagnostic, les coûts étaient plus élevés d'environ 7 028 dollars pour les patientes atteintes d'endométriose comparativement aux témoins sains. Cette différence est attribuée à de nombreux facteurs, tels que les consultations médicales fréquentes, les traitements médicaux ainsi que la gestion des symptômes.

Enfin, le recours aux services de santé sur une période d'un an était significativement plus élevé chez les patientes malades que chez les témoins sains(40).

Partie 2 : Accompagnement par le pharmacien d'officine

I/ Le pharmacien d'officine

A) Une profession majoritairement féminine

De nos jours, la population féminine est nombreuse à consulter et solliciter les professionnels de santé au sujet de l'endométriose. Le pharmacien d'officine figure parmi l'un des premiers vers qui les patientes se tournent facilement afin d'obtenir des informations concernant les symptômes, le diagnostic ou les traitements de cette pathologie chronique (50).

La profession pharmaceutique est en grande majorité féminine, représentant **68%** des effectifs en 2021, et cela est particulièrement visible dans la filière des pharmaciens **d'officine.** Selon la brochure démographique de l'Ordre national des pharmaciens, en 2023, parmi les 24 596 pharmaciens titulaires d'officine inscrits à l'ordre (section A), **55,9%** sont des femmes et 44,1 % des hommes. Quant aux 29 158 pharmaciens adjoints d'officine et autres exercices (section D), la répartition est de **78,6%** de femmes, contre 21,4% d'hommes (51).

B) Un professionnel de santé de proximité

Le pharmacien d'officine est un **professionnel de santé** facilement accessible, sans nécessité de prise de rendez- vous, et disponible sur des plages horaires souvent étendues, permettant à chaque patient de trouver le temps de s'y rendre selon ses convenances (3).

L'officine offre une large sélection de produits conseils couvrant des domaines variés tels que l'homéopathie, la phytothérapie ou encore les compléments alimentaires. Le pharmacien y partage son expertise et doit être capable de répondre à une diversité de demandes, nécessitant des compétences solides (52).

C) Rôle du pharmacien d'officine

1. Délivrance et conseils

Le pharmacien, habitué du comptoir, joue un rôle crucial dans **l'observance** des traitements prescrits. Pour cela, il doit être capable d'expliquer leur intérêt de manière claire, précise et simple. De plus, grâce à des visites fréquentes et sur le long terme, il a un rôle dans le **suivi** des patientes, en évaluant la tolérance et l'efficacité des traitements prescrits.

Le pharmacien offre des **conseils** essentiels dans le parcours des patientes atteintes d'endométriose, mais il connait également les limites et réoriente les patientes quand cela est nécessaire : en particulier si les algies sont persistantes malgré un traitement en cours.

2. Communication et orientation

Dans une démarche de dispensation complète, le pharmacien établit un **dialogue** avec son patient, afin de lui donner des conseils associés et adaptés, que ce soit suite à une demande spontanée ou en complément d'une prescription médicale. Cette communication est un élément essentiel pour le métier de pharmacien d'officine, qui lui permet également de repérer les patientes exprimant des dysménorrhées (3).

Bien qu'il ne soit pas habilité à poser des diagnostics, le pharmacien peut repérer d'autres symptômes éventuellement évoqués par la patiente. Cela doit l'interpeller et l'amener à **orienter** la patiente vers un gynécologue ou son médecin traitant, en insistant sur l'importance de ne pas banaliser ces douleurs (52).

3. Acteur de santé publique

En plus du rôle de délivrance de médicaments et de conseils, le pharmacien joue un rôle important en tant qu'acteur de santé publique, en contribuant à la **sensibilisation** de certaines pathologies, telle que l'endométriose. C'est d'ailleurs durant la semaine du **3 au 9 mars 2025**, qu'a eu lieu la vingt et unième semaine européenne de prévention et d'information sur l'endométriose, durant laquelle de nombreux évènements ont été organisés, notamment par les associations de patientes(53) (Annexe 4). Le pharmacien doit être en mesure de répondre aux demandes des patientes vis-à-vis de ce sujet d'actualité, et de leur apporter des réponses et des conseils pertinents (3). Celui-ci détient également un rôle clé dans la **prévention**, l'**éducation** à la santé et la diffusion des **mesures d'hygiène** (52).

4. Un professionnel au cœur des nouvelles missions

La profession de pharmacien d'officine, qui est une profession de santé de **première ligne,** a connu une évolution significative ces dernières années, avec l'attribution de nouvelles missions introduites par la **loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) de 2009,** ce qui témoigne d'une reconnaissance et d'un renforcement de son rôle. En effet, la préparation magistrale, qui, autrefois était une partie majeure de l'activité officinale, représente aujourd'hui une part minime de son travail quotidien. Aujourd'hui, l'objectif de la loi HPST est d'élargir le rôle du pharmacien dans des domaines tels que la prévention, le dépistage et la coordination des soins. Selon l'article 38, de **nouvelles responsabilités** lui sont attribuées, telles que : contribuer aux soins de premiers recours définis à l'article L.411-11, participer à la coopération interprofessionnelle et à la mission de service public de la permanence des soins ou encore participer à l'éducation thérapeutique du patient (52).

L'extension des compétences du pharmacien d'officine ne cesse d'augmenter, avec la vaccination antigrippale puis l'élargissement du périmètre des vaccinations réalisées à l'officine, la mise en place d'entretiens pharmaceutiques, ou encore la prise en charge de pathologies bénignes (angines, cystites).

5. Formation continue

Ces nouvelles missions représentent toutefois un défi en termes de **développement professionnel continu** de la profession, nécessitant une amélioration des connaissances et de la qualité des soins, afin de garantir des conseils appropriés et orienter de manière efficace les patientes (54) (55) (56). De plus, ces évolutions doivent se réaliser dans un cadre de **coopération** et de multidisciplinarité, avec une collaboration étroite entre pharmaciens et autres professionnels de santé, afin d'assurer une prise en charge optimale du patient (52).

En conclusion, face à des délais de diagnostic parfois longs et à la complexité d'innovation de nouvelles thérapeutiques médicamenteuses, des progrès sont néanmoins possibles. Cela passe notamment par **l'amélioration de la formation des professionnels de santé,** dont les pharmaciens, afin de mieux répondre aux enjeux de cette problématique de santé publique (50).

II/ Conseils associés

Lorsqu'une patiente se présente spontanément à l'officine, le pharmacien peut lui prodiguer quelques conseils afin d'apaiser ses symptômes.

En cas de règles douloureuses, le pharmacien peut recommander **l'apport de chaleur locale,** qui demeure l'allié idéal pour soulager la douleur. La patiente peut ainsi placer localement, sur son bas ventre, là où se produisent les contractions, une bouillotte chaude ou un cataplasme chaud d'argile par exemple (3). En effet, la chaleur agit comme un remède naturel contre ces contractions en aidant le muscle utérin à se détendre et procurant ainsi un apaisement. En revanche pour certaines patientes, **l'application de froid** peut s'avérer plus efficace (57).

Dans le cadre de **dyspareunies**, le pharmacien peut également proposer des solutions pour améliorer la situation. Par exemple, il peut suggérer l'utilisation d'un lubrifiant de bonne qualité pour faciliter les rapports ou recommander d'effectuer des massages internes afin de détendre les muscles pelviens. Il peut aussi conseiller de changer, voire d'éviter certaines positions douloureuses, de prendre des antalgiques avant et/ou après le rapport afin de réduire la douleur, ou encore d'opter pour des approches naturelles comme la phytothérapie. En fonction des besoins, le pharmacien peut orienter la patiente vers des spécialistes, tels qu'un sexologue, une sage-femme ou un kinésithérapeute spécialisé en pelvi-périnéologie, pour assurer un accompagnement adapté (47).

Cependant, pour certaines douleurs et situations plus complexes, des traitements médicamenteux et des soins de supports plus ciblés peuvent être nécessaires, en fonction des spécificités de chaque patiente.

A) Aux médicaments conventionnels

1. Stratégie thérapeutique

L'endométriose ne requiert une prise en charge médicale seulement lorsqu'elle a un retentissement sur la vie quotidienne ou sur le fonctionnement d'un organe. En effet, il n'y a pas nécessité de traiter une endométriose asymptomatique (13).

A ce jour, aucun traitement disponible ne permet de guérir l'endométriose. De ce fait, l'essentiel de la prise en charge médicamenteuse est non spécifique et symptomatique(58).

La stratégie repose sur deux objectifs principaux : **réduire les douleurs** voire les supprimer, par la réduction de l'inflammation et par un effet antalgique grâce à la prise d'anti inflammatoires et d'antalgiques, et **stopper la progression des lésions** en bloquant l'activité ovarienne à l'aide d'un traitement hormonal (26).

2. Les antalgiques

Il est essentiel de débuter un traitement antalgique le plus tôt possible et d'adapter la prescription selon les manifestations douloureuses, propres à chaque patiente. Il peut s'agir d'antalgique de palier 1 comme le paracétamol, néanmoins, ce dernier est souvent inefficace. Il est possible de prescrire des antalgiques plus puissants, comme le tramadol (de palier 2) mais il faut être prudent avec le risque de dépendance (59) (60).

Lorsqu'une patiente prend des antalgiques dans le cas de dysménorrhées, le pharmacien peut lui conseiller de privilégier **les formes lyophilisées** (« lyocs ») ou **effervescentes** plutôt que les comprimés secs et solides. En effet, ces formes galéniques offrent une pharmacocinétique plus adaptée grâce à une action plus rapide, permettant un soulagement plus immédiat (3).

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens **(AINS)** sont également recommandés en première intention pour les dysménorrhées. L'ibuprofène, le naproxène sodique ou l'acide méfénamique sont couramment utilisés. Lorsqu'ils sont pris correctement, ces derniers s'avèrent efficaces dans la réduction de la douleur et de l'inflammation. En effet, ils agissent en bloquant les enzymes responsables de production des prostaglandines, ces dernières étant à l'origine du phénomène inflammatoire. C'est pourquoi, il faudrait dans l'idéal commencer la prise d'AINS dans les 24h précédant l'arrivée des douleurs, afin d'agir avant la production de prostaglandines. **L'Antadys®** (Flurbiprofène) est également utilisé dans le cadre de règles douloureuses à raison d'un comprimé, 2 à 3 fois par jour (61) (62).

Concernant la dispensation des AINS, il est important de préciser qu'ils doivent être pris au cours d'un repas, afin de réduire les troubles digestifs, tels que les brûlures d'estomac. Cependant, en cas de douleurs aiguës, leur prise à jeun est possible, assurant un effet plus rapide. Le pharmacien peut également rappeler que ces médicaments ne doivent pas être utilisés en cas de contre-indications et que leur utilisation prolongée doit être évitée en raison d'effets secondaires gastriques et rénaux. La dose maximale recommandée d'ibuprofène est de 1200 mg par jour pour un adulte. Le traitement peut débuter dès le premier jour des menstruations voire un peu avant, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, soit 400mg trois fois par jour, et se poursuivre jusqu'à deux ou trois jours après (63). Il est donc recommandé d'utiliser la dose minimale efficace, de ne pas dépasser cinq jours de traitement et d'arrêter l'AINS lorsque les douleurs disparaissent (59).

Cependant, l'efficacité du paracétamol et des AINS peut rester insuffisante pour combattre certaines douleurs des patientes (15). Dans certains cas, la prescription d'autres traitements, tels que les antiépileptiques, peut s'avérer utile, notamment dans les formes d'endométriose associées à des atteintes neuropathiques.

3. Les traitements hormonaux

Le mécanisme d'action des traitements hormonaux résulte d'une **inhibition de l'axe gonadotrope.** Cette suppression ovarienne engendre alors une **aménorrhée** (soit un arrêt des règles chez une femme en âge d'avoir ses menstruations) et en parallèle, réduit la sensibilité aux œstrogènes avec un **effet suspensif sur les manifestations douloureuses**. En conséquence, ces traitements empêchent le saignement des lésions ainsi que leur développement.

Il est important de rappeler qu'il ne s'agit pas de traitements curatifs et qu'ils sont incompatibles avec un projet de grossesse.

L'efficacité d'un traitement hormonal sur le soulagement de la douleur peut nécessiter son utilisation durant au moins un cycle, voire sur 3 à 4 mois minimum. Il faut donc préconiser en parallèle, la prescription d'une analgésie sous forme d'AINS voire éventuellement d'opioïdes pendant un certain temps (58).

En collaboration avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France **(CNGOF),** la HAS rédige dans ses recommandations de décembre 2017, que sont considérés comme *« traitement hormonaux de 1ère intention dans la prise en charge de l'endométriose symptomatique»* : les contraceptifs par œstroprogestatifs, ou bien la pose d'un système intra utérin (SIU) délivrant de la lévonorgestrel à 52 mg. En deuxième intention se tiennent : la contraception micro progestative orale au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel, les agonistes de GnRH ou encore le Diénogest(36).

Classe	Molécule : Nom	
Oestroprogestatifs	Œstrogène de synthèse ou naturel + progestatif de synthèse	
Système intra utérin	Lévonorgestrel 52 mg : Mirena®	
Micro progestatifs	Désogestrel	Cérazette® (Antigone, Optimizette ..)
	Implant à l'étonogestrel	Nexplanon®
	Diénogest	Dimetrum®, Endovela®, Erynja®, Sawis®, Visanne®
Agonistes de la GnRH	Gonapeptyl®, Decapeptyl®, Enantone®, Synarel®	
Anti gonadotrope	Danazol : Danatrol®	

Tableau 3 : Liste non exhaustive des traitements hormonaux de l'endométriose

3.1 Contraception oestroprogestative

Les pilules oestroprogestatives orales combinent un **œstrogène** de synthèse (éthinylestradiol) ou naturel (estradiol) avec un **progestatif** de synthèse, qui vont inhiber la production de LH et FSH et donc l'ovulation. Ces traitements diminuent la mobilité des spermatozoïdes, en épaississant les sécrétions du col de l'utérus, et maintiennent l'utérus dans un état défavorable à la fécondation, tout en provoquant un épaississement de l'endomètre. De nombreuses pilules contraceptives sont commercialisées et diffèrent selon plusieurs critères : **le type et la dose d'estrogène, le type de progestatif** (de deuxième, troisième ou quatrième génération), et enfin, **le**

type d'association. Il peut s'agir de pilules monophasique (lorsque la quantité d'hormones est identique dans chaque comprimé), biphasique ou triphasique (lorsqu'il y a deux ou trois dosages dans la plaquette), voire multiphasique (lorsqu'il y a plus de trois dosages différents) (64).

Le tableau suivant regroupe l'ensemble des pilules commercialisées en France en mars 2025, selon le type d'œstrogène et de progestatif (64) . Ces contraceptifs ont démontré un soulagement significatif dans les dysménorrhées en comparaison à un placebo. De plus, des études suggèrent qu'une **prise continue** aurait un bénéfice supérieur en termes de soulagement de la douleur. Ils constituent de ce fait une option de première intention efficace à long terme pour la prise en charge de l'endométriose, à condition que ce traitement soit pris en continu (58).

Génération	Œstrogène	Progestatif	Marque de pilule
Deuxième génération	Ethinylestradiol	Lévonorgestrel	Adépal®, Asterluna, Asterluna continu, Daily, Leeloo, Leeloo continu, Levonorgestrel/éthinylestradiol Biogaran Levonorgestrel/éthinylestradiol Cristers Lovavulo, Ludeal, Minidril®, Optidril, Optilova, Qiade, Seasonique, Trinordiol®
Troisième génération	Ethinylestradiol	Désogestrel	Désobel, Désogestrel/éthinylestradiol Biogaran, EG, Viatris, Mercilon®, Varnoline®, Varnoline® continu
		Gestodène	Carlin, Gestodène/Ethinylestradiol Biogaran, EG, Teva, Viatris Harmonet®, Minesse®, Minulet®, Perleane
		Norgestimate	Femi, Naravela, Optikinzy, Triafemi®, Trinara, Trinara continu
Quatrième génération	Ethinylestradiol	Chlormadinone	Belara®, Belara® continu
	Valériate d'estradiol	Diénogest	Misolfa®, Oedien®, Qlaira®
	Ethinylestradiol	Drospirénone	Belanette, Drospibel®, Drospirénone/Ethinylestradiol Biogaran, Cristers, Viatris Drovelis®, Espizene® continu, Jasmine®, Jasminelle® continu, Phizoe, Yaz®
	Estradiol	Nomégestrol	Nomégestrol acétate/estradiol Viatris Zoely®

Tableau 4 : Liste des pilules oestroprogestatives commercialisées en France

Lors de la délivrance d'une contraception hormonale orale, le pharmacien doit veiller à fournir des conseils adaptés et précis.

Pour commencer, la première prise du comprimé doit être administrée le premier jour des règles. Toutefois, si la prise en début de cycle n'est pas respectée, il faudra associer durant au moins 7 jours une autre méthode de contraception pour assurer l'effet contraceptif (par exemple le préservatif) (60).

L'administration du contraceptif se fait quotidiennement (1 comprimé par jour), idéalement à heure fixe et sans interruption entre deux plaquettes s'il s'agit d'une prise continue.

En cas d'oubli de moins de 12 heures, il faut prendre immédiatement le comprimé oublié et continuer la prise suivante à l'heure habituelle. En revanche, si le délai est supérieur à 12 heures, il faut en plus, associer un autre moyen contraceptif pendant au moins 7 jours, la contraception n'étant plus assurée (65). Afin d'éviter les oublis, le pharmacien peut conseiller à la patiente d'associer la prise de son comprimé à un repère quotidien, comme le brossage de dents, ou de programmer une alarme.

En cas de vomissements ou de diarrhées importantes dans les 4 heures suivant la prise, il faut renouveler celle-ci. Or si le délai est supérieur à 4 heures, l'efficacité contraceptive est également compromise (66).

3.2 Système intra utérin au lévonorgestrel

Plus communément appelé un « stérilet », le dispositif Mirena® est basé sur la libération de 52 milligrammes de lévonorgestrel, un puissant progestatif dérivant de la 19-nortestostérone. Exerçant d'importants effets anti oestrogéniques, il engendre l'atrophie de l'endomètre, et une aménorrhée (58) (50). L'avantage de ce dispositif est qu'il offre une libération continue durant huit ans, et peut être retiré à n'importe quel moment si un souhait de grossesse apparait.

Lors de la délivrance du SIU, le pharmacien peut rappeler à la patiente l'importance de conserver soigneusement la carte patiente incluse dans la boîte. Celle-ci contient certaines informations essentielles comme le numéro de lot, la date d'insertion et de retrait du dispositif, ainsi que les dates des examens gynécologiques de contrôle. De plus, le pharmacien peut conseiller à la patiente de faire preuve de prudence avec l'utilisation de tampons et de cup menstruelles lors des menstruations, et privilégier l'utilisation de serviettes hygiéniques. En effet, cela permet d'éviter de tirer sur les fils du SIU lors du retrait du tampon. Enfin, la patiente peut vérifier la présence de son SIU en palpant les fils dans l'utérus à l'aide de son doigt (67).

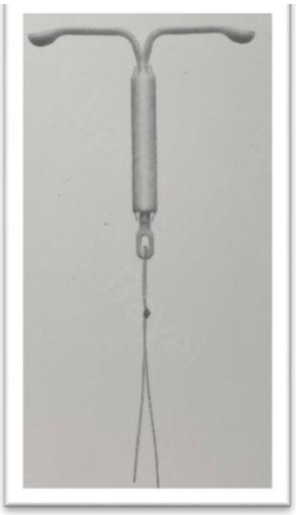


Figure 11 : Dispositif Mirena®

3.3 Diénogest

Il s'agit d'un micro progestatif indiqué dans le traitement de l'endométriose, ayant une activité 19–nortestostérone et progestogène sélective. Il exerce une activité anti androgénique. Administré en continu, il génère un environnement hypo-oestrogénique et hyper-progestogénique créant une atrophie des lésions d'endométriose. Dans le cadre de l'endométriose, cette molécule se trouve dans les spécialités **Dimetrum®, Endovela®, Erynja®, Sawis®,** ou encore **Visanne®** (65).

A raison de 2 mg par jour, celui-ci a démontré une efficacité nettement supérieure au placebo concernant le soulagement des douleurs pelviennes et des dysménorrhées de l'endométriose. Il s'avère également aussi efficace contre les douleurs de l'endométriose que les agonistes de la GnRH (58).

Figure 12 : Pilules Sawis® et Endovela®

3.4 Contraception micro progestative orale au désogestrel

Contenu dans la spécialité **Cerazette®** et ses génériques (Antigone, Désogestrel Biogaran, Cristers et Sandoz, Elfasette et Optimizette), ce progestatif agit seul en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. La composition est identique entre chaque comprimé (monophasique), et cette pilule est dite « micro dosée » dû à un très faible dosage d'hormones : 75 microgrammes (66).

Figure 13 : Pilules Désogestrel Biogaran® et Optimizette

3.5 Implant à l'étonogestrel

L'implant à l'étonogestrel est un dispositif contraceptif de petite taille (2mm de diamètre sur 4cm de longueur), généralement inséré en sous cutané, au niveau de la face interne du bras. Il diffuse un progestatif qui empêche l'ovulation de manière continue et sur une période prolongée (trois ans). Cela permet de prévenir les oublis de pilule et d'éviter la prise d'œstrogènes. En France, il existe depuis 2001 le dispositif **Nexplanon®**. Celui-ci peut être mis en place par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue. Toutefois, pour être éligible à l'implantation, la patiente ne doit pas présenter de contre-indications, telles que des antécédents thromboemboliques, de graves problèmes hépatiques, des saignements génitaux anormaux ou un cancer du sein ou de l'utérus (68).

L'un des principaux risques est la migration de l'implant, bien que rare, elle représente une urgence médicale. Ainsi, le pharmacien peut conseiller à la patiente de palper régulièrement son bras (une à deux fois par mois), afin de vérifier la présence de l'implant. De plus, à l'instar du SIU, une carte patiente indiquant la date d'insertion, de retrait et le bras concerné, doit être soigneusement conservée (69).

P : proximal
D : distal

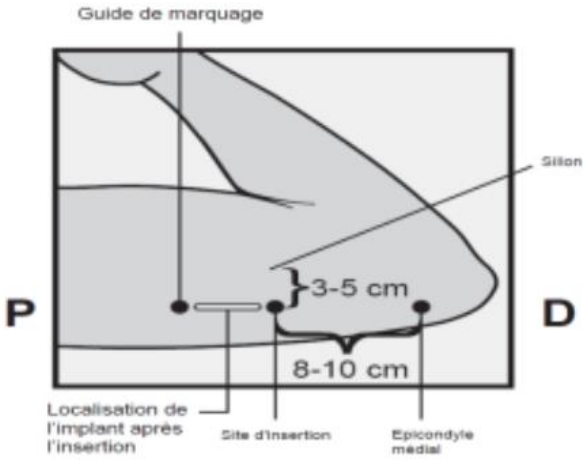


Figure 14 : Site d'insertion de l'implant NEXPLANON® (70)

3.6 Agonistes de la gonadolibérine (GnRH)

Cette classe est indiquée en deuxième intention lorsque les patientes ne réagissent ni aux contraceptifs hormonaux combinés, ni aux progestatifs seuls ou font l'objet d'une récurrence des symptômes suite à une précédente amélioration.

Les analogues de la GnRH, qui est l'hormone de libération des gonadotrophines, agissent en deux temps. Dans un premier temps, ils stimulent la sécrétion de LH et FSH provoquant ainsi une hyper-oestrogénie transitoire, suivie, dans un deuxième temps, d'une chute de leur sécrétion en raison de la saturation des récepteurs à la GnRH, créant un état de ménopause artificielle. Cet état va être responsable d'effets indésirables impliquant des symptômes liés à une carence oestrogénique : bouffées de chaleur, insomnie, sécheresse vaginale et cutanée, perte de libido, perturbation du sommeil ainsi qu'une perte de la densité minérale osseuse (58). C'est pour cela que cette catégorie de traitement doit **systématiquement être combinée avec un traitement de compensation à l'hormonothérapie,** dès le début de la prise et qu'importe la durée de traitement. On appelle cela une « ***add back* therapie**» et dans les recommandations de décembre 2017, la HAS recommande de prescrire avant le troisième mois ce traitement de compensation comportant un œstrogène. De plus, l'ajout d'un progestatif est également recommandé (36).

En France, quatre spécialités disposent d'une autorisation de mise sur le marché **(AMM)** dans le cadre de l'endométriose génitale et extra génitale : **Gonapeptyl®, Decapeptyl®, Enantone, et le Synarel®**. Les spécialités **Gonapeptyl®, Decapeptyl® et Enantone®,** sont administrées par injection intramusculaire ou sous cutanée, soit mensuellement, soit tous les trois mois. Le **Synarel®** est un dispositif d'injection nasale, présentant une biodisponibilité plus faible, sa posologie est d'une pulvérisation dans une narine le matin et une autre pulvérisation le soir, dans l'autre narine. La posologie peut être augmentée à une pulvérisation dans chaque narine, matin et soir. (58)

L'ensemble de ces traitements sont recommandés sur une durée maximum de 6 mois en raison des effets secondaires (50).

Le pharmacien peut prodiguer les conseils suivants pour l'administration du **Synarel®.** Tout d'abord, commencer par amorcer la pompe lors de la première utilisation en effectuant plusieurs pressions. Avant chaque pulvérisation, il est recommandé de se moucher le nez puis d'appliquer le produit dans une narine en inspirant doucement tout en bouchant l'autre narine. Après l'administration, la patiente peut pencher légèrement la tête en arrière. Enfin, si un éternuement survient pendant ou après la pulvérisation, il est nécessaire de reprendre une dose (71).

3.7 Danazol

Le Danazol est un faible androgène oral, capable d'inhiber la sécrétion de gonadotrophine, créant un milieu hypo-estrogénique et ainsi une aménorrhée. Connu sous la spécialité **Danatrol**® 200 mg, il fut pendant longtemps le traitement médical prédominant pour les patientes atteintes d'endométriose. Cependant, malgré son efficacité contre les douleurs pelviennes, celui-ci engendrait des effets secondaires androgéniques (acné, hirsutisme, gain pondéral..) rendant la tolérance au traitement difficile sur le long terme. De plus, un effet défavorable sur les concentrations lipidiques a été soulevé (58). Lors de la délivrance, le pharmacien doit bien avertir des possibles effets indésirables de ce médicament. Enfin, la posologie est de deux à quatre gélules par jour, en deux ou trois prises, sur une durée allant de trois à six mois (50).

Figure 15 : Médicament Danatrol® 200 mg

4. Traitement chirurgical

Enfin, la chirurgie peut être envisagée en **dernière intention** : en cas d'endométriose douloureuse et non contrôlée par un précédant traitement médicamenteux, ou en présence d'une infertilité avec souhait de grossesse. Il s'agit de ce fait d'une indication au cas par cas. Cette option est un acte complexe, devant être mené par des chirurgiens experts de l'endométriose.

L'objectif de cette intervention est de permettre soit l'excision, soit l'ablation des lésions d'endométriose. **L'excision** consiste en le retrait de ces lésions, en les découpant du tissu affecté, ce qui permet de préserver le plus possible les structures saines. En revanche, **l'ablation** vise à la destruction des lésions, voire parfois d'un organe, par des méthodes telles que la coagulation ou par la vaporisation laser.

Cela va contribuer à l'atténuation des douleurs et à l'amélioration de la fertilité chez certaines patientes (26).

Elle est réalisée le plus souvent sous **laparoscopie** (aussi appelée « cœlioscopie » : petites incisions au niveau de l'abdomen) sauf dans les cas d'endométriose profonde ou étendue, où une **laparotomie** (avec une plus grande incision) semble plus appropriée. L'exérèse d'endométriomes est recommandée chez les patientes présentant des kystes ovariens de plus de 3 cm de diamètre (72).

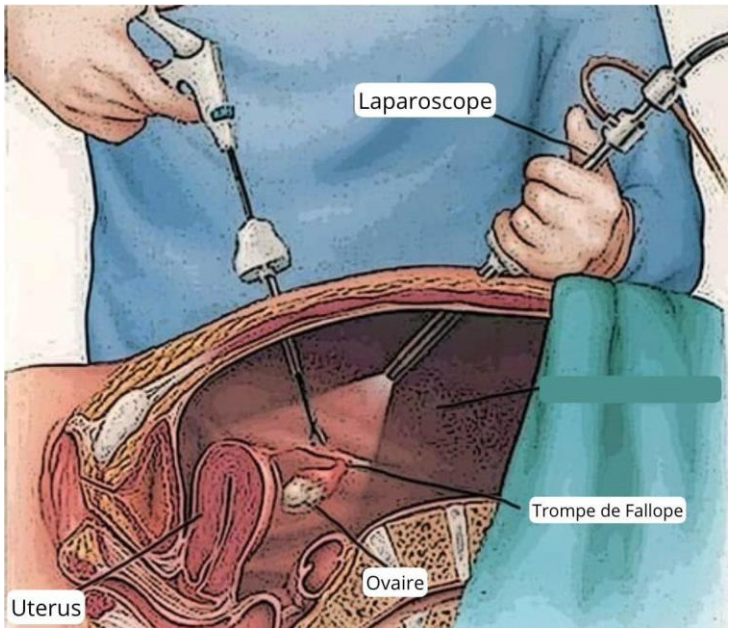


Figure 16 : Illustration de la chirurgie laparoscopique de l'endométriose (73)

En général, de meilleurs résultats sont obtenus lorsque la patiente subit une seule intervention chirurgicale bien réalisée. Néanmoins, les récidives post opératoires sont fréquentes, en particulier en l'absence de traitement hormonal. C'est pourquoi, suite à la prise en charge chirurgicale, si la patiente n'évoque pas de désir de grossesse, la prescription d'un traitement hormonal est possible en prévention d'une récidive douloureuse (59) (1).

5. Place des « nouveaux traitements » de l'endométriose

Selon les recommandations de la HAS, en raison de l'absence de données suffisantes, les anti aromatases, les modulateurs sélectifs des récepteurs des oestrogènes (SERM), les modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone (SPRM), et les anticorps *anti tumor necrosis factor alpha* (TNF-a) n'ont pas lieu d'être prescrits dans le cadre de la prise en charge de l'endométriose douloureuse (13).

B) Aux soins de support

Les soins de support font l'objet d'une aide précieuse auprès des patientes et d'un accompagnement, **en complément** d'un traitement médicamenteux ou chirurgical.

Mis en place en France dans les années 2000, notamment dans le domaine de la cancérologie, les soins de support désignent ***« l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a »***. Par exemple, en parallèle de la chimiothérapie ou de la radiothérapie en cancérologie.

Il s'agit d'un concept assez large, mobilisant des compétences dans divers domaines tels que : la nutrition, la diététique, la kinésithérapie, l'orthophonie ou bien la douleur par exemple. Dans une démarche d'amélioration du confort et de la qualité de vie des malades, ces soins de support s'inscrivent dans une approche globale de la prise en charge de la personne (74).

1. Nutrition et micro nutrition

Notre alimentation se divise en deux grands groupes. **Les macronutriments** (lipides, glucides et protéines) constituent le socle essentiel pour fournir de l'énergie et de la force à l'organisme, et **les micronutriments** (vitamines, minéraux, oligo-éléments..) possèdent plutôt un rôle dans le fonctionnement de l'ensemble des métabolismes (75).

Dans le cadre de l'endométriose, la micro nutrition va alors contribuer à réduire l'inflammation et à soulager les symptômes. Ainsi, avec un régime adapté de type « anti inflammatoire », l'objectif va être de diminuer les « mauvaises » prostaglandines au profit des « bonnes » prostaglandines. De plus, il faut maintenir une activité physique régulière, une hydratation optimale et une bonne hygiène de vie (76) (57).

Plusieurs nutriments bénéfiques sont à **favoriser** et à intégrer dans l'alimentation de la patiente. Les **omega 3,** acides gras polyinsaturés essentiels, jouent un rôle crucial et sont présents dans les poissons gras (saumon, sardines..), l'huile d'olive et de colza, les graines de lin ou encore les noix. Le **zinc**, oligo élément phare présent dans les huîtres, le pain complet et les œufs, trouve également sa place dans ce régime, tout comme le **resveratrol,** puissant anti oxydant contenu dans certains fruits (mûres, myrtilles), les cacahuètes, les pistaches ou encore le chocolat. **Le magnésium,** reconnu pour ses multiples propriétés (fatigue, crampes, anti inflammatoire..), se trouve dans les légumineuses, les noix et les légumes à feuilles vert foncé. La **vitamine D,** que l'on peut obtenir par l'exposition au soleil, dans l'huile de foie de morue et les poissons gras, et la **vitamine C** (anti oxydant retrouvé dans les agrumes, le poivron, le brocoli...) sont également à privilégier. Il en va de même pour le **sélénium,** retrouvé dans le thon en conserve, la noix du Brésil ou le poisson frais, ainsi que le **collagène,** qui est une protéine naturellement présente dans l'organisme (peau, tissus conjonctifs..) et qui est présente dans les bouillons d'os (poule, poulet) ou dans des compléments alimentaires.

Enfin, les **probiotiques** contribuent à rétablir le bon fonctionnement du microbiote intestinal et réduire l'inflammation. La souche à privilégier dans le cadre de l'endométriose est le *Lactobacillus gasseri.*

En revanche, il est recommandé **de limiter** la consommation de certains aliments comme : les **matières grasses** riches en graisses insaturées, souvent présentes dans les plats frits, les produits industriels et dans la margarine, les **viandes rouges** (bœuf, cheval, agneau, riches en graisses saturées) ainsi que les **charcuteries** (saucisson, viande fumée ou séchée, bacon..). Il est également conseillé de réduire la consommation de **sucre et de produits sucrés** (sucre raffiné, bonbons, confiture..), ainsi que d'**alcool et de caféine.**

Une attention particulière doit être portée sur les aliments agissant comme un « phytoestrogène », tel que le soja. En effet, en mimant l'action des œstrogènes le soja est susceptible d'aggraver les symptômes de l'endométriose en perturbant l'équilibre hormonal. Toutefois, aucune preuve scientifique n'a encore confirmé cet impact négatif (76).

Enfin, de nombreux avis divergents existent concernant l'éviction du gluten, le suivi d'un régime pauvre en FODMAPs (glucides fermentescibles faiblement absorbés) ou encore la consommation de produits laitiers à base de lait de vache. Cela se base plutôt sur la tolérance propre à chacun vis-à-vis de ces produits.

2. Phytothérapie

La phytothérapie, qui englobe l'utilisation des extraits de plantes et des principes actifs naturels, peut constituer une alliée précieuse dans la prise en charge de cette pathologie chronique (77) (78).

Le tableau suivant expose une liste non exhaustive des principales plantes utilisées dans le cadre de l'endométriose. Le Gattilier, par exemple, est une plante particulièrement recommandée dans le cadre de l'endométriose en raison de ses propriétés progestatives. Comme d'autres plantes, elle est conseillée durant la deuxième partie du cycle menstruel, au moment de la production de progestérone par le corps féminin.

Le pharmacien peut recommander certaines infusions de plantes pour soulager les symptômes. Par exemple, pour l'Achillée millefeuilles, une cuillère à thé de plante sèche par tasse d'eau, à laisser infuser pendant environ 10 minutes. Cette infusion peut être renouvelée de 2 à 6 tasses par jour (79). De même, la Matricaire peut être préparée en infusant 10 grammes de fleurs dans 1 litre d'eau pendant 10 minutes, à répartir plusieurs fois dans la journée.

Nom français	Nom latin	Propriété(s)
Le Gattilier	*Vitex agnus castus*	**Plante progestérone like** Activité anti ostrogénique propice à la réduction des manifestations de l'endométriose
Achillée millefeuille	*Achillea millefolium*	Anti inflammatoire, antispasmodique
L'Alchémille	*Alchemilla vulgaris*	Anti inflammatoire Hémostatique Vulnéraire Emménagogue, pro progestatif et anti œstrogène
L'huile d'onagre ou de bourrache	*Oenothera biennis L. ou Borago officinalis L.*	Précurseurs des prostaglandines à activité anti inflammatoire
La Matricaire «Camomille allemande »	*Matricaria chamomilla*	Antispasmodique, anti inflammatoire
La menthe poivrée	*Mentha piperita*	Apaisante pour le système digestif
Curcuma	*Curcuma longa*	Anti oxydante, anti inflammatoire
Gingembre	*Zingiber officinalis*	Anti inflammatoire, anti oxydante, anti nauséeux

Tableau 5 : Liste non exhaustive de plantes utilisées dans l'endométriose

3. Gemmothérapie

Il s'agit d'une branche de la phytothérapie qui repose sur l'utilisation d'extraits de végétaux en croissance tels que les bourgeons et les jeunes pousses de plantes. Il semblerait que ces extraits embryonnaires possèdent une activité pharmacologique supérieure aux substances provenant de plantes adultes.

Il existe deux modes de préparation en fonction de la concentration de l'extrait. Pour la préparation dite **diluée** ou « macérât glycériné », il est recommandé de prendre entre 50 et 100 gouttes par jour dans de l'eau. Pour la préparation dite **concentrée** ou « macérât mère », qui est la méthode la plus courante, la posologie est réduite à 5 à 15 gouttes par jour, à diluer dans un peu d'eau.

L'utilisation de la gemmothérapie se fait par voie orale, comme un complément alimentaire. Lors de la délivrance, le pharmacien peut recommander à un adulte de prendre 5 à 15 gouttes de macérât concentré par jour, réparties en 1 à 3 prises quotidiennes. Le macérât peut être ingéré pur, ou dilué dans de l'eau ou encore dans une cuillère de miel par exemple. Il peut également conseiller de privilégier la prise en dehors des repas ainsi que de commencer par une faible posologie, par exemple 5 gouttes, puis augmenter progressivement. Une cure d'environ un mois est recommandée, suivie d'une pause d'une semaine. Si besoin, la patiente peut enchaîner une nouvelle cure d'un mois suivie d'une semaine de pause. Il est important d'évaluer l'efficacité du traitement après utilisation (78). Enfin, il faut généralement attendre environ une vingtaine de jours avant d'apercevoir un effet, d'où la nécessité d'enchaîner plusieurs cures pendant environ 3 mois (80).

Le tableau suivant présente une combinaison de plantes possibles dans le cadre de l'endométriose.

Nom de la plante et parties utilisées	Nom latin	Indication(s)
Jeunes pousses de framboisier	*Rubus idaeus*	Douleurs de règles (tonifiantes et antispasmodiques pour l'utérus) Déséquilibres hormonaux (régule la fonction ovarienne)
Bourgeons de Vigne	*Vitis vinifera*	Pathologies du domaine de la gynécologie mais également des hémorragies (liées aux fibromes ou aux kystes)

Tableau 6 : Exemple d'une association possible en gemmothérapie dans le cadre de l'endométriose

4. Homéopathie

Utilisée dans de nombreuses pathologies, l'approche par l'homéopathie prend en compte l'individualité et la globalité de chaque patient. Cela nécessite une écoute attentive et un dialogue avec la patiente. Dans le cas de l'endométriose, l'homéopathie *« vise à réduire l'inflammation, atténuer la douleur et équilibrer les désordres hormonaux ».* Un suivi régulier et guidé par un homéopathe permettra de constater d'une efficacité ou non du traitement mis en place, auquel cas une adaptation sera envisageable (81) (82).

En cas **d'hémorragies liées à l'endométriose,** une préparation homéopathique 4CH à base de **SABINA, ACHILEA MILLEFOLIUM, THLASPI BURSA PASTORIS** et **CHINA** peut être proposée à la patiente, sous forme de 3 granules toutes les heures, à espacer dès l'amélioration des symptômes. La souche **PHOSPHORUS**, administrée à raison de 5 granules matin et soir pendant la période de règles, peut également être envisagée. Lorsque des signes de **fatigue liée à ces hémorragies** s'ajoutent**,** la patiente peut avoir recours aux souches **CHINA 9CH** et **FERRUM METALLICUM 9CH**, en prenant 5 granules par jour, de manière individuelle ou en association.

Lors de la délivrance d'un traitement homéopathique, le pharmacien peut fournir des conseils adaptés selon la voie d'administration choisie. Pour la **voie orale,** dans la prise en charge de la douleur, il est recommandé de prendre les granules de manière rapprochée, par exemple 3 granules toutes les 30 minutes. Cette fréquence peut ensuite être réduite selon l'amélioration des symptômes. L'association de plusieurs souches est également possible. Concernant la **voie externe,** le traitement peut être appliqué directement sur le ventre à la demande, sous forme de massage pour réchauffer la zone douloureuse.

Le tableau suivant répertorie une liste non exhaustive des souches que la patiente peut utiliser en fonction de son terrain homéopathique, c'est-à-dire en fonction de l'ensemble des manifestations physiques, émotionnelles et psychologiques qu'elle ressent.

Indication	Nom de la souche	Terrain(s)
Règles douloureuses	**CHAMOMILLA 9CH**	Douleurs intenses, vives, lancinantes de l'endométriose
	ACTAEA RACEMOSA 9CH	Douleurs proportionnelles à l'abondance des règles Douleurs spasmodiques, lancinantes, intensifiées à gauche
	COLOCYNTHIS 9CH	Douleur soulagée pliée en deux et/ou par la forte pression Crampes et spasmes
	MAGNESIA PHOSPHORICA 9 CH	Douleurs qui plient en deux avec tendance à la spasmophilie
	DIOSCOREA 9CH	Douleurs aggravées par la flexion Améliorées en se redressant
	LILIUM TIGRINUM 9CH	Congestion pelvienne : douleurs pesantes du bas ventre et des ovaires surtout à gauche et irradiation vers les cuisses et le bas du dos
	Pommade : CUPRUM METALLICUM D1	Douleurs spastiques
Ovaires douloureux	**PALLADIUM 9CH** **PLATINA 9CH** **APIS MELLIFICA 5CH**	droite à gauche douleur piquante, brûlante
Dyspareunies	**PLATINA**	Désir sexuel conservé mais possible vaginisme associé
	STAPHYSAGRIA	Douleurs mais surtout l'état psychologique qui altère sa vie sexuelle de la patiente

Tableau 7 : Liste non exhaustive de souches homéopathiques utilisées dans l'endométriose

5. Aromathérapie

Une huile essentielle **(HE),** selon la définition de l'Association française de Normalisation **(AFNOR),** est *« obtenue à partir d'une matière première d'origine végétale, après séparation de la phase aqueuse par des procédés physiques : soit par entrainement à la vapeur d'eau, soit par des procédés mécaniques à partir de l'épicarpe des Citrus, soit par distillation sèche »*. Il s'agit à la fin d'un liquide concentré en composés aromatiques volatils de la plante utilisée.

Celles-ci peuvent être utilisées selon différentes voies d'administration, en fonction des besoins spécifiques de la patiente. Par **voie cutanée,** les HE peuvent être appliquées en massage, après avoir été mélangées à une huile végétale (HV) comme celle d'onagre, de ricin, de jojoba ou de chanvre, avec une dilution de 10% d'HE pour

le reste en HV. Le pharmacien peut conseiller ces frictions sur le bas ventre, 3 à 4 fois par jour en fonction des algies de la patiente (50). Elles peuvent également être appliquées à des fins cosmétiques, mélangées à une crème hydratante. Par **voie aérienne,** la patiente peut avoir recours à l'HE en inhalation directe, en diffusion ou ajoutée dans un bain**.** De même, il faut toujours diluer l'HE avec une HV avant utilisation, afin d'éviter toute irritation. Enfin, par **voie orale,** l'HE peut directement être ingérée sur un morceau de sucre ou dans une cuillère à café d'huile ou de miel.

Afin de soulager les inconforts liés à l'endométriose, le pharmacien d'officine peut conseiller certaines HE aux propriétés adaptées. Leur utilisation peut se faire de manière isolée ou en synergie avec d'autres HE afin d'associer leur effets. Le tableau suivant présente une liste non exhaustive de certaines HE recommandées dans le cadre de l'endométriose.

Indication(s)	Nom de l'HE	Nom latin	Propriété(s)
Règles douloureuses et troubles digestifs	**Basilic tropical ou exotique**	*Ocinum basilicum*	Antispasmodique, antalgique, anti inflammatoire, apaisante
	Lavande officinale ou vraie	*Lavandula angustifolia*	Antidépressive, sédative, anti inflammatoire, antalgique, antispasmodique, cicatrisante, tonique digestive
	Estragon	*Artemisia dracunculus*	Anti inflammatoire, antispasmodique, anti fermentaire, antalgique
Douleurs pelviennes, troubles digestifs et anxiété	**Camomille noble ou romaine**	*Chamaemelum nobile*	Antispasmodique, tonique digestive, antalgique, anti inflammatoire, antifongique, apaisante (spasmes, ballonnements..)
Troubles digestifs, endobelly et règles douloureuses	**Menthe poivrée**	*Mentha piperita*	Analgésique, tonique, anti inflammatoire, apaisante antispasmodique, anti nauséeux
Anxiété et stress	**Ylang Ylang**	*Cananga odorata*	Anti : stress et fatigue Régulatrice : cardiaque et tension artérielle

Tableau 8 : Liste non exhaustive d'huiles essentielles indiquées dans l'endométriose

Par exemple la patiente peut mélanger deux gouttes d'HE anti inflammatoire avec deux gouttes d'HE antispasmodique au choix dans un peu d'HV dans le creux de sa main puis après avoir chauffé le mélange elle peut l'appliquer sur les zones voulues(79).

Toutefois, il est primordial de rappeler que ces produits naturels sont à manier avec **précautions** et qu'ils peuvent devenir dangereux s'ils sont mal utilisés. C'est le cas par exemple, de **l'HE de menthe poivrée.** En raison de son activité au niveau cutané, il est impératif de bien se laver soigneusement les mains après une application et de protéger les muqueuses. De manière générale, les HE sont fortement déconseillées aux enfants de moins de 3 ans, aux femmes enceintes et allaitantes ainsi qu'aux patientes ayant eu un cancer ou des troubles neurologiques.

Le pharmacien doit également informer la patiente sur certaines HE à éviter avec l'endométriose, comme celles dites **« œstrogène-like » ou « phytoestrogène ».** En effet, ces dernières miment l'action des œstrogènes ce qui va à l'encontre de l'objectif des traitements de l'endométriose, qui est de diminuer le taux d'œstrogènes. C'est le cas de **l'HE de Sauge sclarée**, qui, en temps normal est appréciée pour les problèmes féminins, en particulier dans le cadre de la ménopause, mais qui est ici déconseillée dans le cadre de l'endométriose (83).

6. Neurostimulation

De nos jours, il existe différentes formes d'électrostimulation. Le dispositif de stimulation nerveuse électrique transcutanée **(TENS),** aussi appelé « neurostimulation » est une forme d'électrothérapie utilisée dans le cadre de la **gestion de la douleur.** Celle-ci est recommandée dans le soulagement des douleurs menstruelles et des douleurs pelviennes chroniques ainsi que tous les types de douleurs liées à l'endométriose (cuisses, épaules, dos..).

Considéré comme un **dispositif médical**, le TENS va stimuler les fibres nerveuses proprioceptives grâce à un léger courant électrique sur la peau produisant des micros vibrations, sans activer les fibres nociceptives. Ainsi, la transmission des signaux douloureux provenant de l'utérus est bloquée et ne parvient pas au cerveau. De plus, ce dispositif va stimuler la libération de béta-endorphines, hormones du plaisir naturellement sécrétée par le cerveau, ce qui va contribuer à la réduction des douleurs(84).

Plusieurs études ont montré l'efficacité de cette technologie TENS. C'est d'ailleurs le cas d'une étude clinique randomisée réalisée en 2019, qui a évalué la sécurité et l'efficacité d'un TENS (patch Urgogyn) par rapport à un placebo chez 40 patientes souffrant de dysménorrhée primaire. Les résultats exposent que sur les 197 applications de TENS, une réduction significative de 54% de l'intensité des **douleurs menstruelles** a été observée**,** contre 10% pour le placebo. Ce soulagement survient rapidement, en moins de 20 minutes dans 74% des cas, et dure en moyenne 3,7 heures. De plus, une réduction de 93% de la prise d'antalgiques est constatée avec l'utilisation du TENS (85).

Une autre étude réalisée en 2020, a examiné l'efficacité clinique de la neurostimulation sur les douleurs pelviennes, en comparant un groupe de patientes sous traitement hormonal seul, à un groupe de patientes sous traitement hormonal associé à l'électrothérapie. Les résultats démontrent un soulagement des **douleurs pelviennes chroniques** dans le groupe bénéficiant de l'électrothérapie, ce qui n'est pas observé dans le groupe témoin. En revanche, les deux groupes exposent une

diminution dans l'échelle des **dyspareunies** profondes, avec une réduction de 33% dans le groupe électrothérapie contre 14% pour le groupe témoin (86).

En conclusion, l'utilisation d'un TENS constitue une solution **antalgique non médicamenteuse** efficace, procurant un soulagement des douleurs de manière rapide et durable. Il permet ainsi aux patientes de réduire la prise d'antalgiques et peut être utilisé en complément d'un traitement hormonal ou naturel. La neurostimulation présente des bienfaits dans l'atténuation des douleurs pelviennes et de la dyspareunie profonde, tout en améliorant la qualité de vie et la fonction sexuelle des patientes.

En France, certains dispositifs de neurostimulation peuvent être vendus en pharmacie, dans des magasins de matériel médical ou bien sur internet, tels que :

- **Le Bluetens** : dispositif avec ou sans fil possédant une application dédiée.
- **Le Menstrual Relax EM 50 et Menstruel Relax + EM55 de Beurer :** dispositif non filaire possédant une fonction chauffante.
- **Le Paingone Ellune :** dispositif avec fil et coques en silicone de trois coloris différents.
- **Le Lunaa** : permettant une utilisation avec ou sans fil.
- **L'Urgogyn** (anciennement Urgomoon) **:** patch d'électrothérapie en forme de papillon, non filaire, très léger.

Figure 17 : Aspect visuel du dispositif URGOGYN (85)

Le TENS, s'applique par séance d'environ 30 minutes, sur la région abdominale ou lombaire, en fonction de la localisation des algies de la patiente. L'intensité est ajustée de manière à ce que les vibrations soient supportables et indolores.

D'autres dispositifs TENS existent, mais ils sont généralement plus imposants et moins esthétiques. Ces appareils sont souvent proposés en location sur prescription médicale pour une période d'environ six mois. Cependant, leur remboursement par la sécurité sociale n'est possible que si la prescription émane d'un médecin travaillant dans un centre anti douleur labellisé (84).

7. Cures thermales

La médecine thermale spécialisée en gynécologie semble être une option intéressante dans la gestion des douleurs féminines. Une cure thermale consiste en un **acte médical** permettant de traiter diverses pathologies grâce à un parcours de soins ciblés, encadrés par des professionnels de santé, et le recours à des **ressources naturelles** (eaux thermales, gaz, boues) dont les propriétés thérapeutiques sont reconnues par l'Académie de Médecine.

Une cure conventionnée dure en moyenne 18 jours et peut être prise en charge si elle est prescrite par un médecin ou un spécialiste.

Une cure spécifique de l'endométriose englobe divers soins et ateliers comme celui de l'auto massage, de la sophrologie, de l'irrigation vaginale (exerçant un effet antalgique et décongestionnant) ou encore un atelier sur l'alimentation anti inflammatoire. L'eau soufrée utilisée possède des bienfaits dans la cicatrisation de plaies occasionnées par l'inflammation de la pathologie (87).

On dénombre au total, **11 stations thermales** qui possèdent l'orientation **gynécologie « GYN »** en France, dont certains centres se sont spécialisés dans l'endométriose telles que la station thermale de Luxeuil les Bains (Franche Comté) ou encore celle de Luz-Saint-Sauveur (région Occitanie) (88).

8. Méthodes douces

Dans le cas de l'endométriose et selon la HAS, parmi les options thérapeutiques non médicamenteuses apportant un bénéfique dans l'amélioration de la qualité de vie et le soulagement des douleurs, **l'acupuncture, l'ostéopathie, la relaxation et le yoga**, peuvent être proposés en complément d'un traitement médical (36).

III/ Orientation des patientes

A) Vers d'autres professionnels de santé

Quel que soit le parcours de la patiente, l'accompagnement par un professionnel de santé est central. Dans un contexte d'évocation de douleurs chroniques de la part d'une patiente, la HAS propose une évaluation **interdisciplinaire.**

Le pharmacien peut alors orienter la patiente vers un **gynécologue** ou un **algologue**, qui est un médecin spécialiste de la douleur (57) (36).

Comme l'a suggéré l'étude d'EndoFrance en partenariat avec My S Life, l'abord du sujet de la sexualité doit être effectué par l'équipe soignante. Toutefois, l'objectif final est avant tout d'apporter et de proposer des solutions adaptées aux patientes. Ainsi, lorsqu'une patiente évoque des douleurs de type dyspareunies, le pharmacien peut lui fournir divers conseils vus précédemment, mais il peut également la diriger vers un **kinésithérapeute** ou une **sage-femme** formé(e) en **pelvi-périnéologie**. L'intervention d'un **sexologue**, peut aussi être bénéfique, il pourra accompagner la femme voire le couple dans cette démarche (47).

Dans certains cas, l'orientation vers un **psychologue** est également possible, voire vers une assistante sociale (36).

L'orientation des patientes vers un centre d'évaluation et de traitement de la douleur **(CETD)** peut être importante pour l'amélioration de leur qualité de vie. Certains centres offrent la possibilité d'utiliser la neurostimulation électrique ou l'électrothérapie (le TENS) via l'intervention d'une infirmière formée pour accompagner les patientes(57).

La **kinésithérapie viscérale** ou **l'ostéopathie** permettent de restaurer la mobilité des organes ayant reçu un stress suite à une chirurgie, ainsi que d'assouplir les éventuelles adhérences.

Face à une patiente atteinte d'endométriose, exprimant un souhait de grossesse mais qui rencontre des difficultés de conception, nous pouvons l'orienter vers l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), afin qu'elle puisse intégrer un parcours de prise en charge de l'infertilité. Des **gynécologues spécialisés dans la médecine de la reproduction** établiront différents examens afin de rechercher d'autres causes éventuelles d'infertilité, (féminine ou masculine) pour établir ensuite une démarche et une prise en charge au cas par cas (26).

Enfin, des filières de soins, visant à un maillage territorial, existent dans différentes régions en France. Elles présentent trois niveaux, en commençant par le niveau 1, avec les professionnels de santé de premier recours, puis avec d'autres spécialistes dans les niveaux 2 et 3. Parmi celles déjà en exercice nous retrouvons : Endaura en Auvergne, Endo'Breizh en Bretagne, Endo IDF en île de France ou encore EndoSud dans la région PACA (89). Récemment, **EndoCHU** a vu le jour à Lille en janvier 2023, dans le but de lutter contre l'errance médicale et d'optimiser la prise en charge des patientes atteintes d'endométriose (90).

B) Vers des associations de patients

Il existe de nos jours, un grand nombre d'associations de patients. En effet, depuis plusieurs années, la place de ces associations dans le système de santé ne cesse d'augmenter. Elles apportent un rôle essentiel de soutien psychologique envers les patients atteints de **maladies chroniques,** leur famille et leurs aidants, mais également une aide pratique, sociale, juridique voire financière. Ces associations remplissent plusieurs missions telles que sensibiliser la population à diverses maladies, accompagner les patients et leur entourage, participer à la recherche ou encore défendre les droits des malades.

Ces dernières apparaissent comme une sorte de « **prolongement du pouvoir médical »** en tout autres lieux et sous d'autres formes. Elles sont d'ailleurs historiquement proposées par des médecins et autres professionnels de santé, dans le but de regrouper les patients et de défendre leurs intérêts (4).

Concernant celles destinées à l'endométriose en France, figurent l'association EndoFrance, Mon endométriose Ma souffrance, Endomind, Info-Endométriose ou bien encore Femmes Endo and Co.

EndoFrance, est la première association en France engagée dans la lutte contre l'endométriose. Créée en **2001**, elle est agréée par le Ministère de la Santé depuis 2018 et par le Ministère de l'Education Nationale depuis 2024. Très active et ayant comme parrain et marraine **Thomas Ramos** et **Laetitia Milot,** EndoFrance mène de nombreuses actions d'information et de sensibilisation, tant pour le grand public que pour les patientes et leur entourage. Elle s'investit également dans le domaine de la recherche médicale sur l'endométriose, en y apportant un financement. Toutes les informations médicales fournies par cette association sont validées par son comité scientifique, composé d'experts médicaux reconnus. EndoFrance a d'ailleurs participé activement à l'élaboration des recommandations pour la pratique clinique de l'endométriose, établie par la HAS et le CNGOF, notamment sur l'information à transmettre aux patientes (91) (92) .

L'association **Mon endométriose Ma souffrance (MEMS)**, fondée en **2011**, prend d'abord ses racines en région parisienne avant d'exporter son siège à **l'île de la Réunion** en 2015, où l'on y retrouve la fondatrice et présidente de l'association, Lindy Durand. L'engagement de MEMS est de faire connaitre l'endométriose, d'accompagner les patientes et de soutenir la recherche sur la maladie. Elle a particulièrement réussi à faire connaitre l'endométriose sur l'île grâce à l'organisation de la première édition de l'EndoMarch à la Réunion en 2016. Aujourd'hui, MEMS comptent cinq éditions de cette marche à leur compteur (93).

Créée en **2014**, l'association **Endomind** émane de deux patientes désireuses de mettre en lumière l'endométriose afin de réduire son errance médicale. Endomind est notamment connue pour ses deux événements majeurs : **l'EndoMarch,** organisé chaque dernier samedi du mois de mars, ainsi que l'**EndoRun,** se tenant en novembre. Depuis 2019, cette association est agréée par le Ministère de la Santé et en janvier 2021, elle a créé la Fondation pour la Recherche sur l'Endométriose (FRE) (94) (95).

L'association **Info – Endométriose,** a vu le jour en **2015,** suite à la rencontre entre le Docteur Chrysoula Zacharopoulou, fondatrice de l'association et chirurgienne gynécologue spécialisée en endométriose, et Julie Gayet, une figure du cinéma et co-fondatrice. L'association lance en 2016, en collaboration avec d'autres intervenants dont certaines autres associations, la **première campagne nationale** d'information et de sensibilisation au sujet de l'endométriose, destinée au grand public et aux professionnels de santé (95). Récemment, le Docteur Zacharopoulou s'est vu confier par l'ancien ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, le soin de rédiger un rapport proposant la mise en place d'une stratégie nationale de lutte contre l'endométriose (96) (97).

Enfin, l'association **Femmes Endo and Co** a été fondée en **2020,** grâce à l'initiative d'une patiente voulant créer une association permettant l'entraide et l'accompagnement entre patientes, notamment dans le but d'améliorer leur quotidien et de rompre leur isolement (98).

Partie 3 : Etude clinique de l'impact de l'endométriose sur la qualité de vie des patientes

I/ Présentation de l'étude

Après avoir vu l'aspect théorique de cette maladie, je vous propose de laisser la parole aux principales concernées, à savoir les femmes atteintes d'endométriose. Dans le cadre de cette étude clinique, j'ai réalisé un questionnaire en ligne via la plateforme **Lime Survey.** Celui-ci comportait 10 questions destinées aux patientes avec un diagnostic posé d'endométriose. Il a été publié une première fois sur les réseaux sociaux puis diffusé dans deux pharmacies via une affiche avec un QR code: une pharmacie de ville et une rurale (Annexe 5). Le lancement du questionnaire a été effectué le 12 juillet 2024 et s'est clôturé le 30 septembre 2024. La diffusion de ce dernier a connu un franc succès et a été vivement appréciée et remerciée par les patientes.

Au bout de trois mois, l'obtention des réponses était de **101 réponses complètes**.

II/ Population étudiée

L'endométriose est une pathologie complexe dont le diagnostic est long et difficile à poser. L'étude a pris en compte exclusivement les réponses des patientes diagnostiquées afin de limiter au maximum les biais pouvant être introduits par les réponses des patientes non atteintes de la maladie. De plus, l'endométriose touche majoritairement les femmes en âge de procréer. Afin d'analyser si certaines tranches de population étaient plus affectées que d'autres, les participantes ont été réparties en quatre groupes d'âge distincts.

- **« Avez-vous été diagnostiqué de l'endométriose ? »**

Parmi les 101 réponses au questionnaire, nous obtenons un total de **68** patientes diagnostiquées (67,33%) et **33** femmes non diagnostiquées (32,67%).

Pour la suite de l'analyse, nous nous intéresserons seulement à la population de femmes diagnostiquées, soit un échantillon de **68 patientes atteintes d'endométriose (n=68).**

- **« Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? »**

A travers la deuxième question « Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? », il est possible d'observer que la population majoritaire de patientes est celle de **« 20 à 40 ans ».** Période en concordance avec la période d'activité génitale, pendant laquelle sont observées des variations d'œstrogènes au cours du cycle menstruel. Pour rappel, l'endométriose est caractérisée de maladie œstrogèno dépendante.

Réponse	Décompte	Pourcentage
Moins de 20 ans	3	4,41%
De 20 à 40 ans	50	73,53%
Plus de 40 ans et non ménopausée	8	11,76%
Plus de 40 ans et ménopausée	7	10,29%

Tableau 9 : Répartition des patientes par tranche d'âge

III/ Les divers impacts sur la vie quotidienne des patientes

A) Impact physique

Comme mentionné précédemment, l'endométriose est à l'origine de divers symptômes, dont les « 5D », représentant les cinq principales douleurs de la maladie : dysménorrhées, dyspareunies, dysuries, dyschésies et douleurs pelviennes chroniques. Cependant, d'autres douleurs, ainsi que la fatigue, peuvent également être présentes. La question suivante vise à interroger les patientes afin de déterminer quels symptômes sont les plus fréquents ou prédominants par rapport à d'autres.

- **« Quel(s) impact(s) physique(s) ressentez-vous ? »**

Par le biais de cette question, il est possible de percevoir que les deux principaux symptômes marquants de l'étude sont la fatigue (86,76%) et les dysménorrhées (88,24%), suivis des douleurs lombaires et des métrorragies (66,18%), ainsi que des dyspareunies (64,71%).

Il ressort de l'ensemble de l'étude que seule une personne ne ressent pas d'impact physique, ce qui démontre bien qu'il s'agit d'une pathologie affectant une grande majorité de patientes sur le plan physique : **98,53%** des patientes de cette étude.

Divers autres symptômes sont rapportés par les patientes, notamment des troubles digestifs à plusieurs reprises, des douleurs à l'épaule et aux jambes, des migraines, ainsi qu'un ventre dur et gonflé, similaire à celui d'une femme enceinte. En effet, ce phénomène appelé **« l'endobelly »,** désigne un gonflement abdominal soudain et sans raison évidente, souvent responsable chez les patientes : de douleurs, de gêne, de difficultés à se vêtir ou bien encore de fatigue. Cependant, d'un point de vue médical, l'endobelly n'est pas officiellement reconnu comme un symptôme de l'endométriose (99).

Réponse	Décompte	Pourcentage
Fatigue	59	86,76%
Dysménorrhées (douleurs menstruels)	60	88,24%
Dyspareunies (douleurs pendant les rapports sexuels)	44	64,71%
Dysuries (difficultés pour uriner)	15	22,06%
Dyschésies (difficultés pour aller uriner)	26	38,24%
Douleurs lombaires	45	66,18%
Métrorragies (règles abondantes)	45	66,18%
Pas d'impact physique	1	1,47%
Autre	15	22,06%

Tableau 10 : Répartition des divers impacts physiques

B) Impact psychologique

L'impact psychologique de l'endométriose est souvent sous-estimé, alors que la maladie affecte profondément la qualité de vie des patientes, bien au-delà des symptômes physiques. Afin de mieux cerner l'étendue de ces effets, la question suivante va examiner et mettre en lumière les conséquences psychologiques engendrées par l'endométriose, soulignant ainsi l'importance de son impact sur le bien-être psychologique des patientes.

- **« S'il y en a, sous quel(s) aspect(s) l'endométriose vous impacte-t-elle au niveau psychologique ? »**

Sur le plan psychologique, la question soulève que pour 54 patientes (79,41%), l'endométriose engendre un stress ou une anxiété. Les troubles du sommeil (44,12%) et les difficultés de compréhension du partenaire ou de la famille (35,29%) suivent.

Seulement 5 patientes affirment ne pas ressentir d'impact psychologique : 7,35% contre 92,65%. Cela démontre que l'endométriose a un impact considérable sur le plan psychologique dans la vie des patientes.

Parmi les autres impacts psychologiques, des patientes nous font part d'un ressenti « à ne plus se sentir femme » voire de douter de leur sexualité au vue des dyspareunies ressenties. Plusieurs patientes soulèvent une peur de ne pas pouvoir procréer, et un désespoir face à l'inefficacité des traitements médicamenteux. Enfin, pour certaines patientes il est même cas d'addiction aux médicaments, notamment les antalgiques, dû aux douleurs constantes.

Réponse	Décompte	Pourcentage
Stress/Anxiété	54	79,41%
Désespoir face à la maladie	21	30,88%
Baisse de l'estime de soi	21	30,88%
Difficulté de compréhension par son/sa partenaire ou sa famille	24	35,29%
Troubles du sommeil	30	44,12%
Sentiment d'isolement	11	16,18%
Pas d'impact psychologique	5	7,35%
Autre	10	14,71%

Tableau 11 : Répartition des divers impacts psychologiques

C) Impact social

Outre les impacts observés précédemment, l'endométriose affecte également la vie sociale des patientes. La question suivante explore comment la maladie influence sur les activités et interactions sociales, en mettant en évidence les restrictions auxquelles les patientes doivent faire face dans leur quotidien social.

- **« Si c'est votre cas, comment l'endométriose affecte votre vie sociale ? »**

Concernant l'impact sur la vie sociale des patientes, la question permet de mettre en exergue que 55,88% des patientes de l'étude expose une diminution des pratiques sportives, 44,12% font part d'un refus de sorties entre amis, et 42,65% soulèvent une diminution des loisirs.

En l'occurrence ici, on observe que 16 patientes n'ont pas d'impact sur leur vie sociale : 23,53% contre 76,47%.

Sont relevées parmi les autres réponses, des difficultés dans l'organisation de certaines sorties et activités par peur de ne pas être en état au moment voulu.

Réponse	Décompte	Pourcentage
Refus de certaines sorties entre amis	30	44,12%
Distance dans les relations amicales	12	17,65%
Distance dans les relations familiales	4	5,88%
Diminution des loisirs	29	42,65%
Diminution des pratiques sportives	38	55,88%
Pas d'impact sur ma vie sociale	16	23,53%
Autre	8	11,76%

Tableau 12 : Répartition des divers impacts sociaux

D) Impact professionnel

L'ensemble des impacts sur le quotidien de la patiente influence également sur leur vie professionnelle et étudiante. Les questions suivantes analysent l'impact de la maladie sur leur carrière ou parcours scolaire, en mettant en lumière la fréquence des absences liées à cette pathologie au cours des douze derniers mois.

- **« Au cours de votre vie, l'endométriose a-t-elle eu un impact sur votre vie professionnelle/étudiante ? »**

Sur le plan professionnel ou scolaire, parmi les 68 patientes diagnostiquées, **56** confirment que l'endométriose impacte leur vie professionnelle ou scolaire. En revanche, ce n'est pas le cas pour les **12** autres patientes.

Par conséquent, il apparaît que la maladie exerce un impact considérable sur les activités professionnelles ou scolaires des patientes.

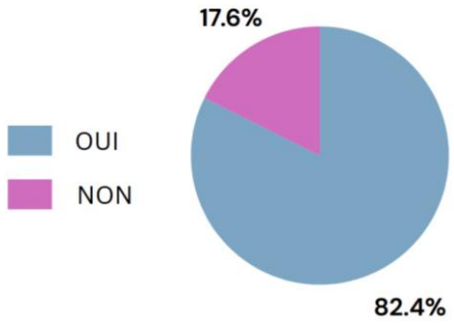


Figure 18 : Répartition de l'impact professionnel

- **« Quelle est la fréquence de vos absentéismes à l'école, ou au travail, causés par l'endométriose, au cours des 12 derniers mois ? »**

La question suivante révèle que ces absences varient considérablement d'une patiente à l'autre : 8 d'entre elles déclarent que l'impact de la maladie entraîne plus de 12 absences par an, tandis qu'à l'inverse, 10 patientes d'en déclarent aucune.

Réponse	Décompte	Pourcentage
Pas d'absentéisme ces 12 derniers mois	10	14,71%
1 à 2 par an	6	8,82%
2 à 4 par an	11	16,18%
4 à 8 par an	9	13,24%
8 à 12 par an	11	16,18%
Plus de 12 par an	8	11,76%
Ne sait pas	1	1,47%
Pas d'impact	12	17,65%

Tableau 13 : Répartition de la fréquence des absentéismes au cours des 12 derniers mois

E) Impact personnel et intime

Cette section examine les répercussions de l'endométriose sur la sphère personnelle et intime des patientes. A travers la question suivante, nous cherchons à analyser comment la maladie impacte la vie de couple et familiale, en engendrant des difficultés plus ou moins marquées.

- **Si vous êtes concerné, quel(s) impact(s) l'endométriose a sur votre qualité de vie personnelle intime ?**

Cette question révèle que sur le plan personnel et intime, l'endométriose impacte majoritairement les patientes dans les rapports sexuels (60,29%) ou dans leur difficulté de conception d'un enfant (29,41%).

Sur l'ensemble des 68 patientes diagnostiquées, l'étude relève néanmoins que la maladie n'a aucun impact sur la vie personnelle intime pour **16** d'entre elles (soit 23,53% contre 76,47%), ce qui est relativement rassurant pour cet aspect de leur qualité de vie.

De même que pour la part psychologique, des préoccupations concernant la sexualité apparaissent également dans les autres réponses des patientes, impactant sur leur qualité de vie intime. Des déformations du corps féminin sont aussi notifiées suite aux nombreuses opérations, entraînant un impact sur l'image que les femmes ont de leur propre corps.

Réponse	Décompte	Pourcentage
Difficulté à concevoir un enfant	20	29,41%
Difficulté dans les rapports sexuels	41	60,29%
Difficulté dans la gestion de vie familiale	10	14,71%
Pas d'impact sur la vie personnelle intime	16	23,53%
Autre	5	7,35%

Tableau 14 : Répartition des divers impacts sur la vie personnelle et intime

IV/ Le rapport au pharmacien

L'endométriose, en tant que maladie complexe, soulève de nombreuses questions en matière de prise en charge et d'accompagnement. Les patientes, parfois dépourvues de solutions, ne savent pas toujours vers qui se tourner. Les questions suivantes portent sur la sollicitation du pharmacien et sur le rôle important que ce dernier pourrait jouer dans l'accompagnement des patientes.

- **« Avez-vous déjà sollicité l'aide de votre pharmacien par rapport à l'endométriose ? »**

Selon les résultats de l'étude, il apparaît que la majorité des patientes n'ont jamais sollicité leur pharmacien concernant leur maladie : **53** répondent « non », contre **15** « oui ».

Cela soulève la question des raisons pour lesquelles ces patientes n'ont jamais fait appel à leur pharmacien : est-ce par crainte, par oubli involontaire ou encore est-ce par ignorance des thérapeutiques et des soins complémentaires existants ?

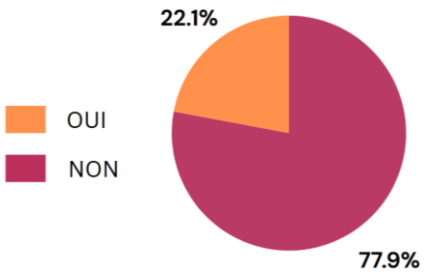


Figure 19 : Pourcentage des patientes ayant déjà sollicité leur pharmacien

- **« Si on vous le proposait, accepteriez-vous d'en discuter avec votre pharmacien ? »**

En parallèle de la première question, il ressort que la grande majorité des patientes de l'étude ont répondu positivement au fait qu'elles seraient d'accord pour en discuter avec leur pharmacien **: 58** patientes se déclarent favorables, contre **10** non favorables.

Cela souligne le fait que le pharmacien dispose d'une place majeure en tant que professionnel de santé de proximité et en tant qu'acteur essentiel de la santé publique.

Il est essentiel de valoriser le rôle de conseil et d'écoute que le pharmacien peut apporter aux patientes. Par ailleurs, il lui revient de se tenir informé et de mettre à jour ses connaissances sur des maladies en constante évolution, comme l'endométriose, que nous rencontrons de plus en plus fréquemment.

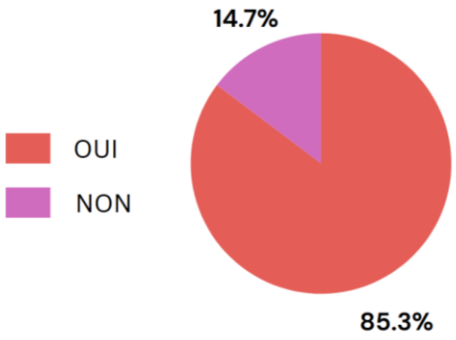


Figure 20 : Pourcentage de patientes favorables ou non à une aide pharmaceutique

IV/ Conclusion de l'étude clinique

Les résultats de cette étude révèlent que l'endométriose affecte profondément la qualité de vie des patientes et cela, majoritairement sur le plan physique **(98,53%)** en raison des symptômes tels que les dysménorrhées et la fatigue, et sur le plan psychologique **(92,65%),** avec une prédominance de stress et d'anxiété. Elle perturbe également certaines activités sur le plan professionnel **(82,35%)**, social **(76,47%)** et intime **(76,47%)**. Toutefois, il est rassurant de soulever qu'une proportion de patientes ne ressentent pas, ou moins, d'impact sur certains aspects de leur vie quotidienne. Cela met en lumière la variabilité de la manifestation de l'endométriose d'une patiente à l'autre.

Néanmoins, il convient de souligner que certains questionnaires n'ont pas pu être remplis, car le diagnostic d'endométriose reste encore long et difficile à établir pour certaines femmes, bien que des progrès aient été réalisés ces dernières années. De plus, une partie de la population âgée de patientes pourrait ne pas être diagnostiquée, car à l'époque, la maladie était peu reconnue.

Enfin, bien que la plupart des participantes n'aient pas sollicité d'aide auprès d'un pharmacien **(77,9%)**, la majorité semble favorable à un accompagnement dans ce sens **(85,3%)**. Le pharmacien détient de ce fait un rôle clé dans la gestion de la maladie, en tant que professionnel de santé de proximité et acteur de santé publique.

En conclusion, cette étude met en évidence la diversité des impacts de l'endométriose sur la vie des femmes, mais elle offre également une piste d'amélioration, par une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement. C'est pourquoi, en collaboration avec les autres professionnels de santé, le pharmacien doit être en mesure d'orienter les patientes selon leurs symptômes, leur diagnostic et les impacts sur leur vie. C'est ensemble, que les professions médicales et paramédicales doivent agir, afin d'améliorer la qualité de vie des patientes, et de réduire le temps de diagnostic de cette pathologie.

De plus, il aurait été pertinent d'inclure une question sur les associations de patientes, afin d'évaluer leur notoriété et leur éventuelle contribution au soutien des patientes, d'autant plus qu'elles sont de plus en plus nombreuses de nos jours.

Figure 21 : Résultats de l'étude concernant les divers impacts

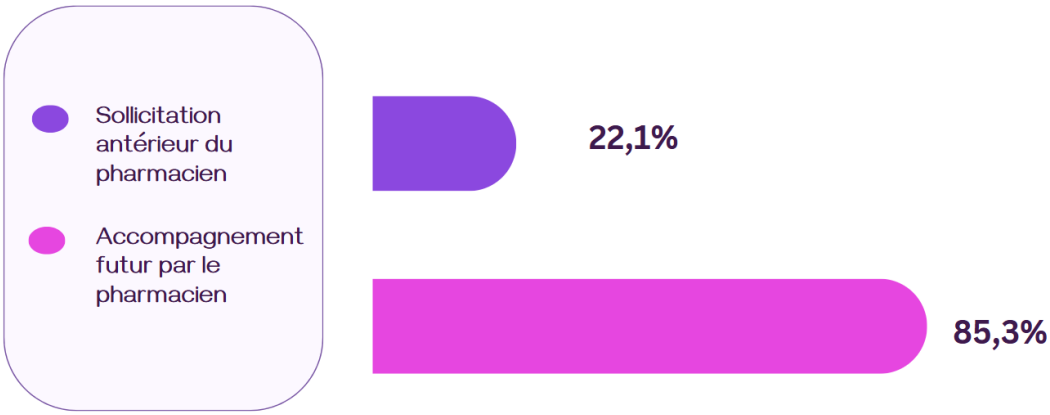


Figure 22 : Résultats de l'étude concernant le rapport au pharmacien

Conclusion

L'endométriose est une maladie gynécologique complexe, multifactorielle, dont le mécanisme d'action reste mal élucidé, bien que certaines théories priment et que divers facteurs soient suspectés (hormonaux, immunologiques, génétiques et environnementaux). Bien que des avancées significatives aient été réalisées dans la compréhension de cette pathologie, il est essentiel de poursuivre la recherche pour mieux en cerner les causes, réduire son impact et développer des stratégies de prévention, telle que la stratégie nationale de lutte contre l'endométriose 2022-2025.

Cette pathologie, principalement marquée par **des manifestations douloureuses variées,** affecte profondément la qualité de vie des femmes et représente un véritable enjeu de santé publique. Comme l'a souligné le Président Emmanuel Macron dans son annonce pour la stratégie de lutte contre l'endométriose : *« Ce n'est pas un problème de femmes, c'est un problème de société ».*

Le diagnostic est souvent difficile à établir et la prise en charge des patientes se fait au cas par cas, en fonction des symptômes et des impacts que la maladie engendre sur leur qualité de vie. Aucun protocole standardisé n'existe, ce qui rend l'accompagnement personnalisé et adapté des patientes essentiel. Il est primordial de dialoguer avec elles, afin de les orienter vers des professionnels de santé adaptés à leurs besoins.

Outre les douleurs physiques, l'endométriose provoque des impacts psychologiques tels que l'anxiété, la dépression et les troubles du sommeil, et touche également les sphères intime, sexuelle, professionnelle et sociale des patientes. Une approche pluridisciplinaire est alors nécessaire, autant sur le plan médical que par un soutien psychologique, professionnel et économique.

Le pharmacien d'officine possède de nos jours une place importante dans l'accompagnement des patients et notamment les patientes atteintes d'endométriose. De par sa proximité, son écoute, il peut repérer des symptômes de la maladie et orienter les patientes vers des professionnels de santé adaptés, tout en lui proposant des solutions pour soulager ces symptômes. Les associations de patients peuvent aussi représenter un soutien essentiel pour les patients atteints de maladie chronique.

L'amélioration de la formation des professionnels de santé et la sensibilisation du grand public, sont des leviers essentiels pour améliorer la prise en charge des patientes atteintes d'endométriose. La vingt et unième semaine européenne de prévention et d'information sur l'endométriose, ayant eu lieu du 3 au 9 mars 2025, a été une occasion importante de diffuser des informations sur cette maladie chronique et d'accroitre les connaissances du grand public ainsi que des professionnels de santé.

Enfin, grâce à mon enquête et à la rédaction de cette thèse, j'ai pu découvrir le vécu des patientes, et des multiples bouts d'histoire de chacune. Cela m'a fait réaliser l'ampleur de cette maladie et son nombre de patientes, grandement sous-estimé. Nombreuses d'entre elles m'ont remerciée de s'intéresser à leur maladie et de leur donner l'opportunité d'en discuter. C'est pourquoi, dans ma future carrière de pharmacien, je continuerai à soutenir ces femmes, notamment à travers la mise en place d'éventuels entretiens pharmaceutiques, pour leur apporter mon aide et mes connaissances, et les aider à mieux gérer leur maladie et soulager leurs symptômes.

Annexe 1 : Classification rASRM des stades de l'endométriose (24)

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS

Patient's Name _____ Date _____

Stage I (Minimal) - 1-5
Stage II (Mild) - 6-15
Stage III (Moderate) - 16-40
Stage IV (Severe) - >40
Total _____

Laparoscopy _____ Laparotomy _____ Photography _____
Recommended Treatment _____
_____
Prognosis _____

PERITONEUM	**ENDOMETRIOSIS**	<1cm	1-3cm	>3cm
	Superficial	1	2	4
	Deep	2	4	6
OVARY	R Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
	L Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
	POSTERIOR CULDESAC OBLITERATION	Partial	Complete	
		4	40	
OVARY	**ADHESIONS**	<1/3 Enclosure	1/3-2/3 Enclosure	>2/3 Enclosure
	R Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	L Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
TUBE	R Filmy	1	2	4
	Dense	4*	8*	16
	L Filmy	1	2	4
	Dense	4*	8*	16

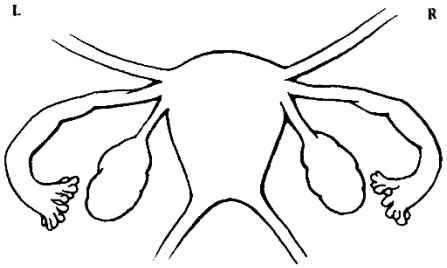
*If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.

Denote appearance of superficial implant types as red [(R), red, red-pink, flamelike, vesicular blobs, clear vesicles], white [(W), opacifications, peritoneal defects, yellow-brown], or black [(B) black, hemosiderin deposits, blue]. Denote percent of total described as R___%, W___% and B___%. Total should equal 100%.

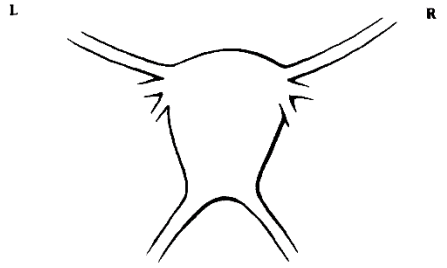
Additional Endometriosis: _____

Associated Pathology: _____

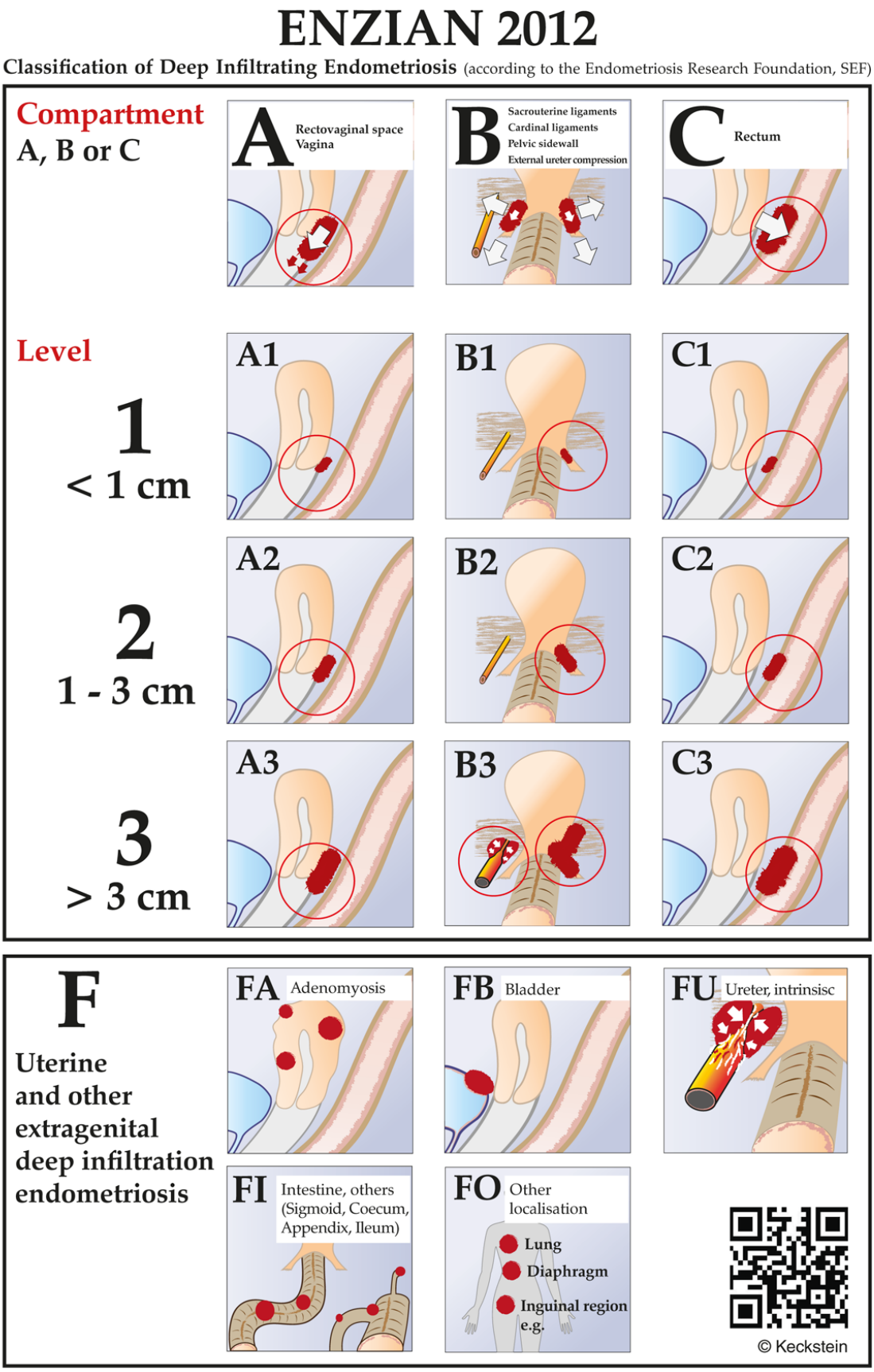
To Be Used with Normal Tubes and Ovaries



To Be Used with Abnormal Tubes and/or Ovaries



Annexe 2 : Système de stadification ENZIAN pour les formes d'endométrioses profondes (24)



Annexe 3 : Questionnaire spécifique EHP-30 dédiée à l'endométriose, traduction française (100)

endo BFC Endométriose Bourgogne Franche-Comté

Questionnaire de qualité de vie-Endométriose

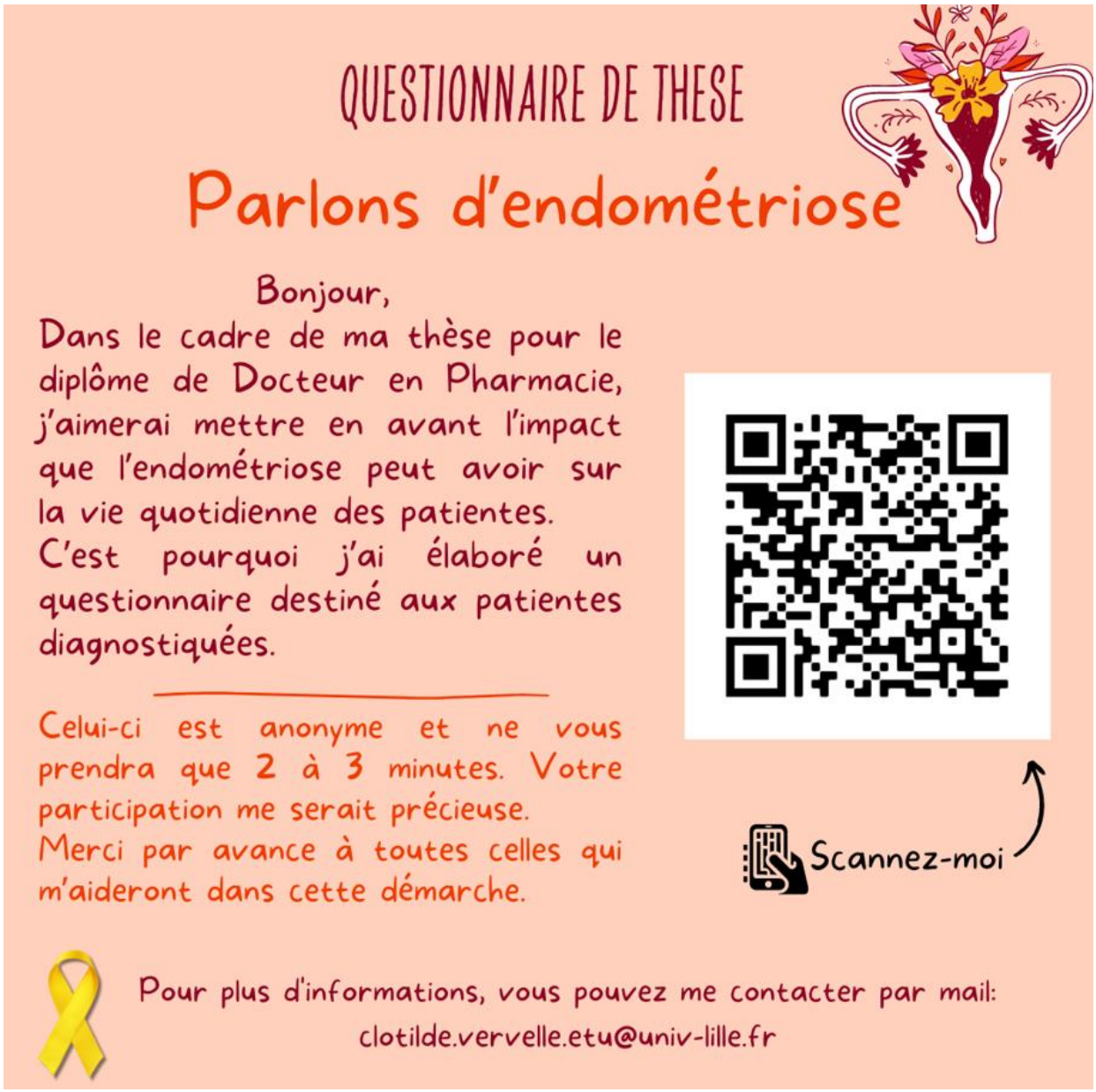
Afin d'améliorer votre prise en charge, nous vous proposons de répondre aux questions suivantes avant votre rendez-vous avec votre professionnel de santé

Vous venez en consultation ☐ 1ère fois ☐ 2 ème fois ☐ 3ème fois ☐ 4 ème fois ☐ + de 4 fois

Questions générales	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Au cours des 4 dernières semaines, à cause de votre endométriose, dans quelles mesure avez-vous					
1 - Eté incapable d'avoir une vie sociale (sortir, aller à des évènements sociaux, ...) à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
2 - Eté incapable d'effectuer des travaux domestiques (tâches ménagères, ...) à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
3 - Trouvé difficile de rester debout à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
4 - Trouvé difficile de rester assise à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
5 - Trouvé difficile de marcher à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
6 - Trouvé difficile de faire de l'exercice ou les activités de loisirs que vous aimez faire à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
7 - Perdu l'appétit ou été incapable de manger à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
8 - Trouvé difficile de dormir normalement à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
9 - Été obligée de devoir aller au lit ou de vous allonger à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
10 - Eté incapable de faire les choses que vous vouliez à cause de la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
11- Trouvé difficile de vivre avec la douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
12- Sentie pas bien, pas en forme ?	☐	☐	☐	☐	☐
13- Sentie frustrée parce que vos symptômes ne s'amélioraient pas ?	☐	☐	☐	☐	☐
14 - Sentie frustrée parce que vous n'arriviez pas à contrôler vos symptômes ?	☐	☐	☐	☐	☐
15- Eté incapable d'oublier vos symptômes ?	☐	☐	☐	☐	☐
16 - Eu l'impression que vos symptômes dirigeaient votre vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
17 - Eu l'impression que vos symptômes gâchaient votre vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
18 - Sentie déprimée ?	☐	☐	☐	☐	☐
19 - Sentie au bord des larmes ?	☐	☐	☐	☐	☐
20 - Sentie misérable (abattue, ayant le cafard, ...) ?	☐	☐	☐	☐	☐
21 - Eu des sautes d'humeur ?	☐	☐	☐	☐	☐
22 - Sentie colérique ou de mauvaise humeur ?	☐	☐	☐	☐	☐
23 - Sentie violente ou agressive ?	☐	☐	☐	☐	☐
24 - Eu l'impression de ne pas pouvoir expliquer aux autres ce que vous ressentiez ?	☐	☐	☐	☐	☐
25 - Eu l'impression que votre entourage ne comprenait pas ce que vous enduriez ?	☐	☐	☐	☐	☐
26 - Eu l'impression que les autres trouvaient que vous vous plaigniez trop ?	☐	☐	☐	☐	☐
27 - Sentie seule ?	☐	☐	☐	☐	☐
28 - Sentie frustrée de ne pas pouvoir porter les vêtements de votre choix ?	☐	☐	☐	☐	☐
29 - Eu l'impression que votre apparence a été affectée ?	☐	☐	☐	☐	☐
30 - Manqué de confiance en vous ?	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 4 : Affiche Mars, mois dédiée à la sensibilisation de l'endométriose (53)

Annexe 5 : Affiche de diffusion de mon questionnaire déposée en pharmacie



Bibliographie

1. Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS. N° 244 - Endométriose : Diagnostic et prise en charge (résumé/déclarations sommaires et recommandations). J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. juin 2019;41 Suppl 1:S146-50.

2. DGOS_Marie.R, DGOS_Marie.R. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 17 sept 2024]. La stratégie nationale 2022-2025. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/endometriose/article/la-strategie-nationale-2022-2025

3. Gallard F, Comby F, Desmoulière A. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'endométriose. Actual Pharm. sept 2014;53(538):27-32.

4. Lecimbre E, Gagnayre R, Deccache A, d'Ivernois JF. Le rôle des associations de patients dans le développement de l'éducation thérapeutique en France: Santé Publique. 1 déc 2002;Vol. 14(4):389-401.

5. fmpmadmin. Les ovaires [Internet]. Laboratoire d'anatomie - Faculté de Médecine de Marrakech. 2020 [cité 23 sept 2024]. Disponible sur: https://anatomie-fmpm.uca.ma/les-ovaires/

6. Tortora GJ, Derrickson B. Manuel d'anatomie et de physiologie humaines. De Boeck Superieur; 2017. 919 p.

7. Tortora GJ, Derrickson B. Anatomie et physiologie. De Boeck Superieur; 2018. 1243 p.

8. LE CYCLE MENSTRUEL [Internet]. CNGOF. [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: https://cngof.fr/espace-grand-public/le-cycle-menstruel/

9. Young J, Gougeon A, Schaison G. Le cycle ovarien : Endocrinologie de la reproduction. médecine/sciences. 1 août 2012;15:183.

10. VIDAL [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Les hormones féminines et le cycle menstruel. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/hormones-feminines-cycle-menstruel.html

11. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Endométriose - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/endométriose/endométriose

12. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and Pathophysiology of Endometriosis. Fertil Steril. sept 2012;98(3):10.1016/j.fertnstert.2012.06.029.

13. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2017;

14. Association EndoFrance [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Qu'est ce que l'Endométriose. Disponible sur: https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/qu-est-ce-que-l-endometriose/

15. Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. Cell. mai 2021;184(11):2807-24.

16. Wang Y, Nicholes K, Shih IM. The Origin and Pathogenesis of Endometriosis. Annu Rev Pathol Mech Dis. 24 janv 2020;15(1):71-95.

17. Squifflet J, Samartzi V. Endométriose : quand y penser ?

18. Borghese B, Santulli P, Marcellin L, Chapron C. Définition, description, formes anatomo-cliniques, pathogenèse et histoire naturelle de l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. mars 2018;46(3):156-67.

19. Inserm [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Endométriose · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/

20. Ballester M, Dehan P, Béliard A, Brichant G, Nisolle M. LE RÔLE DE LA GÉNÉTIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT DANS LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE. Rev Med Liège.

21. Définition – Endometriose.fr [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: https://endometriose.fr/definition/

22. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.

23. inviTRA [Internet]. [cité 10 janv 2025]. What are the degrees of endometriosis? Disponible sur: https://www.invitra.com/en/endometriosis-and-female-fertility/types-of-endometriosis/

24. Lee SY, Koo YJ, Lee DH. Classification of endometriosis. Yeungnam Univ J Med. 7 août 2020;38(1):10-8.

25. Endométriose : quelles sont les 5 douleurs de l'endométriose (les 5D) ? [Internet]. [cité 18 sept 2024]. Disponible sur: https://www.e-sante.fr/endometriose-quelles-sont-les-5-douleurs-de-lendometriose-les-5d/diaporama/615372

26. MedG) V (admin. MedG. 2019 [cité 22 sept 2024]. Endométriose. Disponible sur: https://www.medg.fr/endometriose/

27. Association EndoFrance [Internet]. [cité 18 sept 2024]. Les symptômes de l'endométriose • Association EndoFrance. Disponible sur: https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/symptomes-endometriose/

28. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Dysménorrhée - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/troubles-menstruels/dysménorrhée

29. https://media.lelabdelendo.com/ [Internet]. [cité 16 oct 2024]. Endométriose, dyspareunies. Disponible sur: https://media.lelabdelendo.com/endometriose/douleurs-pendant-les-rapports-dyspareunies/

30. Shabanov S, Wenger JM, Seidler S, Bolmont M, Bianchi-Demicheli F, Pluchino N. Quand le sexe fait mal au couple : le cas particulier de l'endométriose. Rev Médicale Suisse. 2017;13(554):612.

31. Douleurs neuropathiques & nociceptives - Association Endométriose & Douleurs Neuro [Internet]. 2023 [cité 19 sept 2024]. Disponible sur: https://endometrioseneuro.com/endometriose/douleurs-neuropathiques-nociceptives/

32. Évaluer la douleur due à l'endométriose | Santé.fr [Internet]. 2022 [cité 16 oct 2024]. Disponible sur: https://www.sante.fr/endometriose/evaluer-la-douleur-due-lendometriose

33. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2024 [cité 24 déc 2024]. Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/endometriose/

34. Elsan [Internet]. [cité 3 janv 2025]. Vaginisme : Symptômes et traitements | ELSAN. Disponible sur: https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-gynecologiques/vaginisme-definition-causes-traitement

35. Endométriose : 10 signes qui ne trompent pas [Internet]. [cité 3 janv 2025]. Disponible sur: https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/sexualite/signes-endometriose

36. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2018 [cité 24 déc 2024]. Prise en charge de l'endométriose. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose

37. Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ. Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose. Can Med Assoc J. 19 juin 2023;195(24):E853-62.

38. d'Argent EM. Endometriosis 2.0. Médecine Reprod. juin 2023;25(2):100-100.

39. Endométriose [Internet]. [cité 23 déc 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis

40. Della Corte L, Di Filippo C, Gabrielli O, Reppuccia S, La Rosa VL, Ragusa R, et al. The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. Int J Environ Res Public Health. 29 juin 2020;17(13):4683.

41. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A, et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. Fertil Steril. mai 2010;93(7):2424-8.

42. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie

43. Évaluer la qualité de vie en cas d'endométriose | Santé.fr [Internet]. 2022 [cité 23 déc 2024]. Disponible sur: https://www.sante.fr/endometriose/evaluer-la-qualite-de-vie-en-cas-dendometriose

44. Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M, et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. Hum Reprod Update. 1 nov 2013;19(6):625-39.

45. Romerio A. "Fighters" and "weaklings"? Working with endometriosis. Sci Soc Santé. déc 2023;41(4):79-106.

46. Mormina MA. La maladie taboue: endométriose plus d'une femme sur dix touchée. Paris: Fayard; 2015.

47. Association EndoFrance [Internet]. [cité 3 janv 2025]. Résultat de l'enquête « Endométriose, vie affective et sexuelle » • Association EndoFrance. Disponible sur: https://endofrance.org/communique_de_presse/resultat-de-lenquete-endometriose-vie-affective-et-sexuelle/

48. Isabelle. Endonymous. 2018 [cité 21 juill 2024]. Partie 5 Le handicap. Disponible sur: https://endonymous.fr/roman-graphique/partie-5-le-handicap.html

49. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, De Cicco Nardone F, De Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertil Steril. août 2011;96(2):366-373.e8.

50. Barré-Villeneuve A, Margueritte F, Demiot C. Prise en charge de l'endométriose, connaissances des pharmaciens. Actual Pharm. déc 2021;60(611):45-8.

51. calameo.com [Internet]. [cité 17 nov 2024]. Démographie des pharmaciens au 1er janvier 2024 - Brochure nationale. Disponible sur: https://www.calameo.com/read/0024493959e4e61f5f39a

52. Bouhon JP. Fédération des maisons médicales. 2011 [cité 13 janv 2025]. Pharmacien d'officine, un acteur santé de première ligne ? Disponible sur: https://www.maisonmedicale.org/pharmacien-d-officine-un-acteur/

53. Association EndoFrance [Internet]. [cité 7 janv 2025]. La semaine Européenne de prévention et d'information sur l'endométriose • Association EndoFrance. Disponible sur: https://endofrance.org/nos-actions/semaine-europeenne-prevention-information/

54. CNOP [Internet]. [cité 10 janv 2025]. Enfin les " nouvelles missions " pour les pharmaciens d'officine : une étape essentielle pour la santé publique. Disponible sur: https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/enfin-les-nouvelles-missions-pour-les-pharmaciens-d-officine-une-etape-essentielle-pour-la-sante-publique

55. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 10 janv 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCTA000020879478

56. Messin PA. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine: état des lieux, perspectives, regards croisés entre professionnels de santé. 2020;

57. Association EndoFrance [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Lutter contre la douleur • Association EndoFrance. Disponible sur: https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/lutter-contre-la-douleur/

58. Directive clinique de la SOGC. Chapitre 3 : Prise en charge médicale de la douleur associée à l'endométriose. J Obstet Gynaecol Can. juin 2019;41:S133-9.

59. Le traitement de l'endométriose [Internet]. [cité 25 déc 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/endometriose/traitement

60. Les médicaments les plus utilisés dans l'endométriose, indications et conseils. - Carenity [Internet]. [cité 4 janv 2025]. Disponible sur: https://www.carenity.com/infos-maladie/magazine/conseils/les-medicaments-les-plus-utilises-dans-lendometriose-indications-et-conseils-1860

61. Association EndoFrance [Internet]. [cité 4 janv 2025]. Lutter contre la douleur, les AINS - Ros Wood. Disponible sur: https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/experiences-temoignages-patientes/lutter-contre-la-douleur-les-ains-temoignage-ros-wood/

62. VIDAL [Internet]. [cité 4 janv 2025]. ANTADYS. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/antadys-492.html

63. VIDAL [Internet]. [cité 19 août 2024]. IBUPROFENE BIOGARAN. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/ibuprofene-biogaran-4816.html

64. VIDAL [Internet]. [cité 14 janv 2025]. La contraception orale ou « pilule ». Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/contraception-comprimes-pilule.html

65. VIDAL [Internet]. [cité 26 déc 2024]. Diénogest : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/substances/dienogest-21941.html

66. VIDAL [Internet]. [cité 26 déc 2024]. DESOGESTREL BIOGARAN. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/desogestrel-biogaran-56894.html

67. VIDAL [Internet]. [cité 14 janv 2025]. MIRENA. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/mirena-6219.html

68. VIDAL [Internet]. 2025 [cité 8 avr 2025]. NEXPLANON. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/nexplanon-46630.html

69. Elsan [Internet]. [cité 4 janv 2025]. Implant contraceptif. Disponible sur: https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-gynecologiques/implant-contraceptif-definition-pose

70. Résumé des caractéristiques du produit - NEXPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 8

avr 2025]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66845924&typedoc=R

71. Mécanisme d'action - Les agonistes de GnRH [Internet]. [cité 4 janv 2025]. Disponible sur: https://123dok.net/article/m%C3%A9canisme-d-action-les-agonistes-de-gnrh.lq5r713z

72. endometriosis.org. Chirurgie – Endometriosis.org [Internet]. [cité 4 janv 2025]. Disponible sur: https://endometriosis.org/treatments/endometriosis-surgery/

73. Statesboro Women's Health Specialists [Internet]. 2019 [cité 10 janv 2025]. Laparoscopic Surgery for Endometriosis | Statesboro, GA. Disponible sur: https://statesboro.com/blog-1/laparoscopic-surgery-for-endometriosis

74. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 24 déc 2024]. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative – Note de cadrage. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638933/fr/parcours-de-soins-d-une-personne-ayant-une-maladie-chronique-en-phase-palliative-note-de-cadrage

75. Bertille. La micronutrition pour soulager l'endométriose - Endholistic [Internet]. 2023 [cité 4 janv 2025]. Disponible sur: https://www.endholistic.fr/micronutrition-endometriose/

76. Endométriose et Alimentation: quel régime alimentaire adopter? [Internet]. Doctonat. 2020 [cité 5 janv 2025]. Disponible sur: https://doctonat.com/alimentation-endometriose/

77. dit F. https://media.lelabdelendo.com/. 2024 [cité 12 janv 2025]. Infusions de plantes pour l'endométriose. Disponible sur: https://media.lelabdelendo.com/infusions-plantes-soulager-douleurs-endometriose/

78. Baumann V. Endométriose, phytothérapie et gemmothérapie [Internet]. Homéopathie et médecines complémentaires à la une. 2017 [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: https://homeophyto.topsante.com/sante/gynecologie/endometriose-phytotherapie-et-gemmotherapie-2338.html

79. Bertille. Les plantes pour soulager l'endométriose - Endholistic [Internet]. 2020 [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: https://www.endholistic.fr/le-monde-vegetal-notre-principal-allie-pour-mieux-vivre-avec-lendometriose/

80. Qu'est-ce que la gemmothérapie ? Définition et explications [Internet]. 2023 [cité 10 janv 2025]. Disponible sur: https://gemmosante.fr/qu-est-ce-que-la-gemmotherapie/

81. Arnaud, admin. Des conseils de spécialistes pour prendre soin de soi naturellement. 2024 [cité 12 janv 2025]. Soulagement de l'endométriose par l'homéopathie. Disponible sur: https://blog.soin-et-nature.com/fr/soulagement-de-lendometriose-par-lhomeopathie/

82. Baumann V. Endométriose, traitements symptomatiques en homéopathie [Internet]. Homéopathie et médecines complémentaires à la une. 2017 [cité 12 janv 2025]. Disponible sur:

https://homeophyto.topsante.com/sante/gynecologie/endometriose-traitements-symptomatiques-en-homeopathie-2131.html

83. https://media.lelabdelendo.com/ [Internet]. [cité 12 janv 2025]. Quelles huiles essentielles pour l'endométriose ? Disponible sur: https://media.lelabdelendo.com/huiles-essentielles-endometriose/

84. Bertille. Comparatif Tens Endométriose - Endholistic [Internet]. 2022 [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: https://www.endholistic.fr/comparatif-tens-endometriose/

85. Guy M, Foucher C, Juhel C, Rigaudier F, Mayeux G, Levesque A. Transcutaneous electrical neurostimulation relieves primary dysmenorrhea: A randomized, double-blind clinical study versus placebo. Prog En Urol. juill 2022;32(7):487-97.

86. Mira TAA, Yela DA, Podgaec S, Baracat EC, Benetti-Pinto CL. Hormonal treatment isolated versus hormonal treatment associated with electrotherapy for pelvic pain control in deep endometriosis: Randomized clinical trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. déc 2020;255:134-41.

87. Votre Cure Libre Gynécologie à la Chaîne Thermale du Soleil [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Disponible sur: https://www.chainethermale.fr/cure-libre-gyn-gynecologie

88. Cure thermale en Gynécologie - Station thermale spécialisée en Gynécologie [Internet]. [cité 24 déc 2024]. Disponible sur: https://www.thermes.biz/cures-thermales-gyn

89. Association EndoFrance [Internet]. [cité 3 janv 2025]. Les centres experts spécialisés pour l'Endométriose. Disponible sur: https://endofrance.org/nos-actions/centres-experts-dedies-lendometriose/

90. ENDOCHU : la prise en charge de Endométriose. [Internet]. Gynécologie Chirurgicale. [cité 3 janv 2025]. Disponible sur: https://www.chirurgie-gyneco.chu-lille.fr/endochu/

91. Association EndoFrance [Internet]. [cité 17 sept 2024]. Qui-est EndoFrance ? Disponible sur: https://endofrance.org/association-endofrance/qui-est-endofrance/

92. Association EndoFrance [Internet]. [cité 15 août 2024]. L'ASSOCIATION ENDOFRANCE • Association EndoFrance. Disponible sur: https://endofrance.org/association-endofrance/

93. Souffrance MEM. Mon Endométriose Ma Souffrance. [cité 24 août 2024]. Association Mon Endométriose Ma Souffrance. Disponible sur: https://monendo.org/

94. Association Endomind [Internet]. [cité 22 août 2024]. L'association ENDOmind. Disponible sur: https://www.endomind.org/copie-de-l-association

95. Clary MN. DOSSIER DE PRESSE LANCEMENT STRATEGIE NATIONALE ENDOMETRIOSE.

96. Endométriose [Internet]. [cité 24 août 2024]. Association Info. Disponible sur: https://www.info-endometriose.fr

97. Raisenauer CP. Stratégie nationale contre l’endométriose.

98. Femmes Endo & Co [Internet]. [cité 24 août 2024]. Contact. Disponible sur: https://www.femmesendoandco.org/contact

99. Symptômes de l’endométriose : l’endobelly, qu’est-ce que c’est ? - Lyv [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: https://www.lyv.app/questions-reponses/lendobelly-quest-ce-que-cest

100. ENDOMETRIOSIS HEALTH PROFILE QUESTIONNAIRE (EHP-30).

Université de Lille

FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2024/2025

Nom : VERVELLE

Prénom : CLOTILDE

Titre de la thèse : Impact de l'endométriose sur la qualité de vie de la patiente et l'accompagnement par le pharmacien d'officine

Mots-clés : Endométriose, douleurs, dyspareunies, impacts, qualité de vie, pharmacien, accompagnement, conseils, médicaments, soins de supports, associations, sensibilisation

---

Résumé : L'endométriose est une maladie gynécologique complexe, influencée par divers facteurs et dont le mécanisme demeure encore mal compris. Elle affecte profondément la qualité de vie des patientes, engendrant des douleurs physiques, des troubles psychologiques, ainsi que des répercussions sociales et professionnelles. Cette maladie chronique représente ainsi un véritable enjeu de santé publique. Dans ce contexte, le pharmacien joue alors un rôle clé, en orientant les patientes vers des professionnels de santé appropriés, en proposant des solutions pour soulager les symptômes liés à l'endométriose et en délivrant des conseils en lien avec les thérapeutiques conventionnelles ou les soins de supports. Il est essentiel de sensibiliser davantage le grand public, ainsi que les professionnels de santé, afin d'améliorer la prise en charge de cette pathologie. C'est d'ailleurs l'un des objectifs des associations de patientes dédiées à l'endométriose.

<u>Membres du jury</u> :

Président :
Docteur Françoise MARTIN, Maître de conférences des Universités - Physiologie

Directeur, conseiller de thèse :
Docteur Audrey HELLEBOID, Maître de conférences des Universités - Physiologie

Membres extérieurs:
Docteur Sarah DUMINY, Pharmacien titulaire, Pharmacie Saint Maur
Docteur Estelle GRARD, Pharmacien d'officine, Pharmacie des 400 maisons