

# Endométriose

## Ce que les généralistes et les pédiatres doivent savoir...

Pauline Bodenmann Gobin  
Médecin adjoint  
Service de gynécologie obstétrique  
CHVR  
[pauline.bodenmanngobin@hopitalvs.ch](mailto:pauline.bodenmanngobin@hopitalvs.ch)

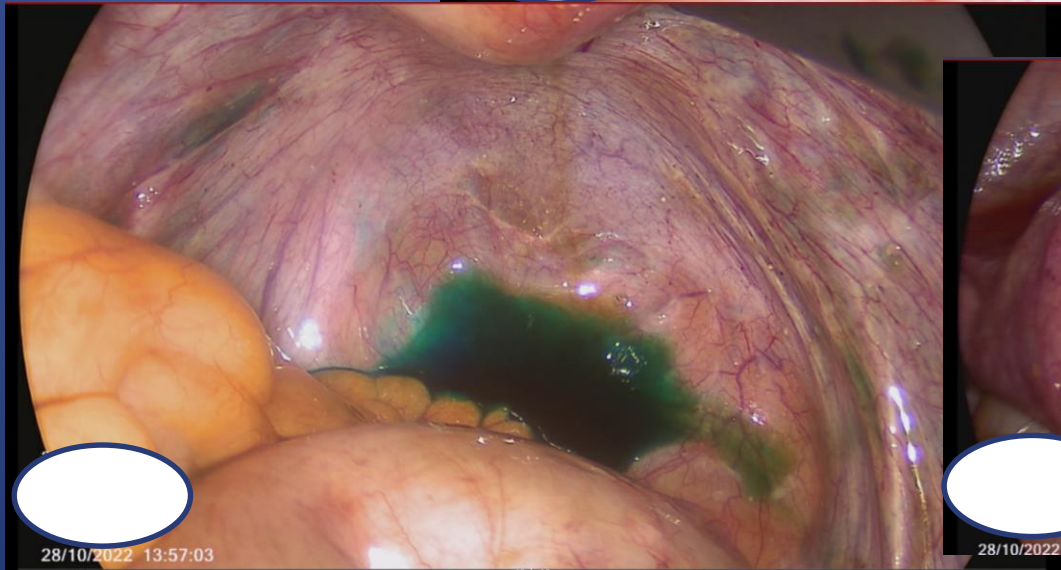
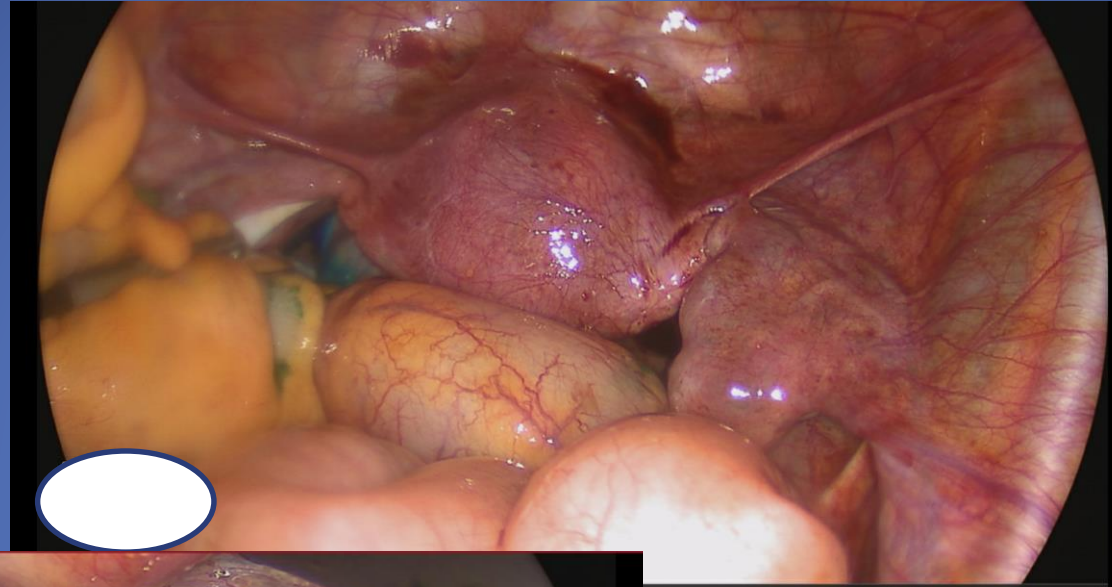
Télémeeting du 9 avril 2025

Conflits intérêts: aucun

# Mademoiselle C- 24 ans

- Depuis l'adolescence: dysménorrhée sévère, douleur entre les règles, dyspareunie, dyschésie.
- Amélioration modérée sous contraception orale, prise d'AINS très fréquente (Indocid)
- 18 ans: laparoscopie pour un kyste paratubaire gauche: pas de signe d'endométriose
- Persistance des symptômes douloureux par la suite, très invalidants. Présente aussi des migraines et des vulvodynies
- IRM post opératoire: pas de lésion d'endométriose
- Prise en charge également par physiothérapie, TENS, essai de Dienogest, peu d'effet

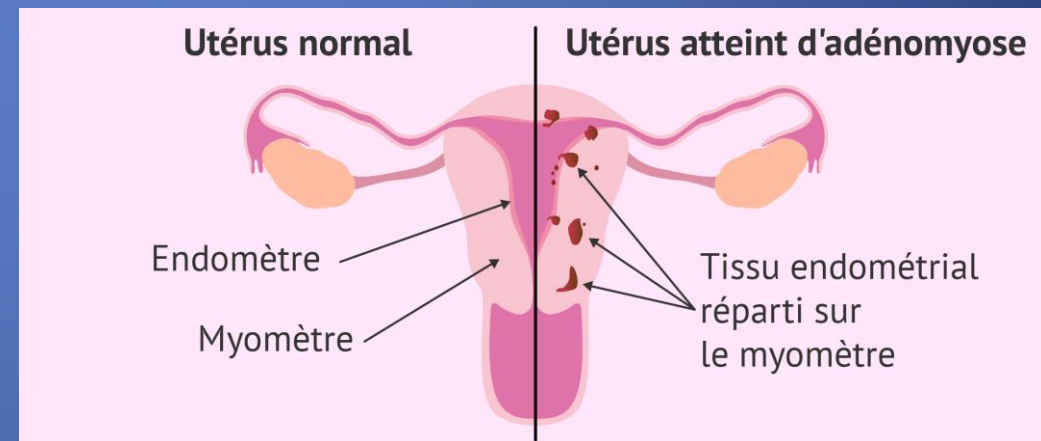
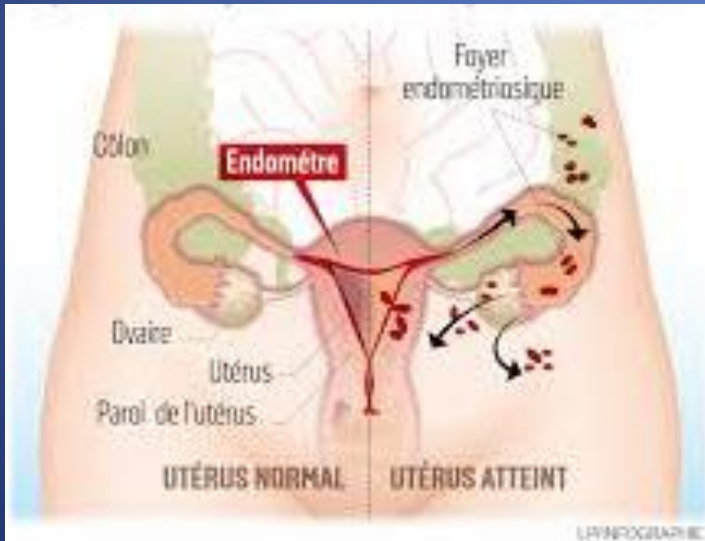
# Decision d'effectuer une deuxième laparoscopie





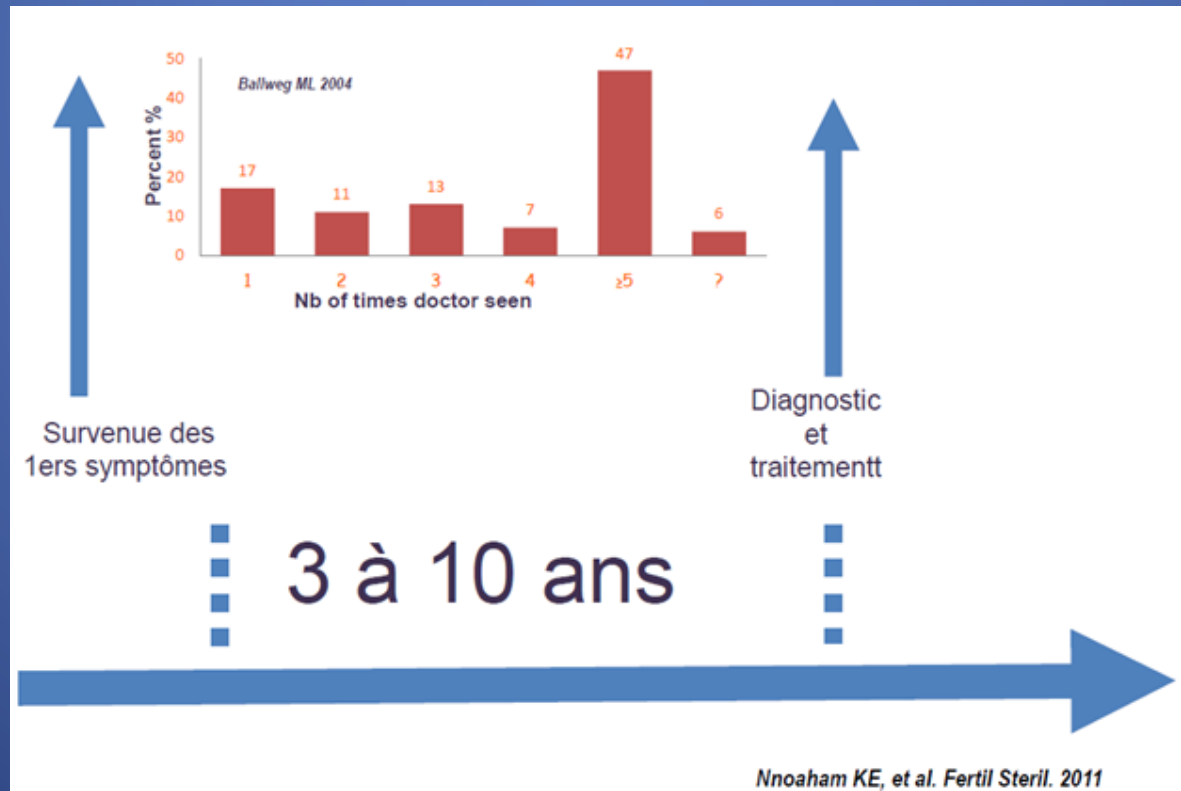
# L'endométriose

- Présence de tissu endométrial (glandes et stroma) en dehors de la cavité utérine, le plus fréquemment dans le pelvis.
- Maladie bénigne, chronique et fréquente
- Douleurs et infertilité
- Adénomyose : tissu endométrial dans le muscle utérin



# Introduction

- 2/3 des patientes endo ont des symptômes avant l'âge de 20 ans
- Délai moyen entre les symptômes et le diagnostic d'endométriose: **6.7 ans**
- Nombre moyen de visites avant d'être référée au gynécologue: 7
- Qualité de vie perturbée

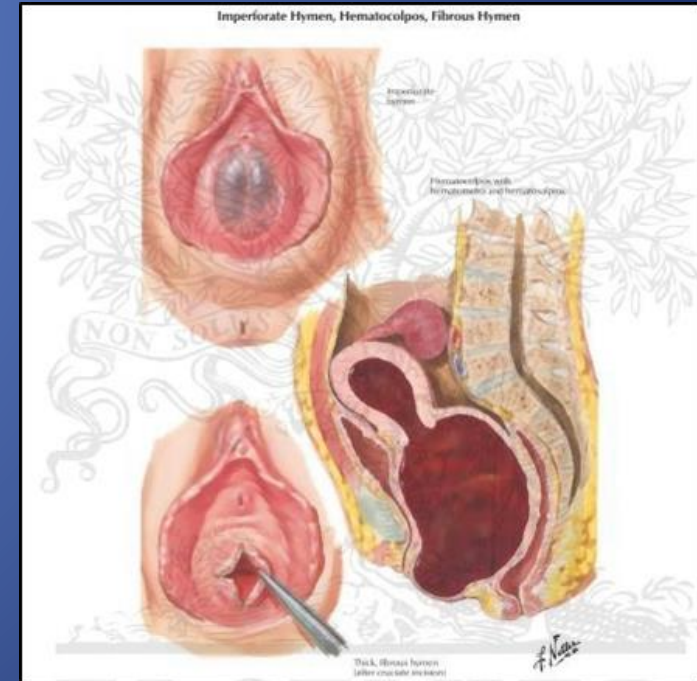


# Epidémiologie

- Prévalence entre 10 -15 % des femmes en âge de procréer
  - Femmes avec infertilité jusqu'à 50 %
  - Femmes avec douleurs pelviennes chroniques jusqu'à 70 %
  - Patientes avec malformation du tractus génital: 40%
- 
- Rare mais possible chez les filles prépubères et chez les patientes ménopausées.

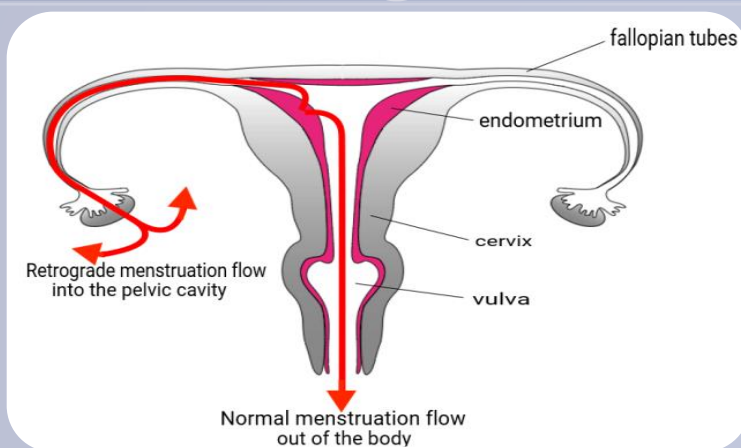
# Facteurs de risque

- Longues exposition aux œstrogènes : Ménarche jeune avant 11-13 ans, ménopause tardive, nulliparité
- Obstruction au flux menstruel (malformations, hymen imperforé)
- Flux menstruel abondant
- BMI bas
- Certaines ethnies (caucasienne)
- Anamnèse familiale
- Césarienne





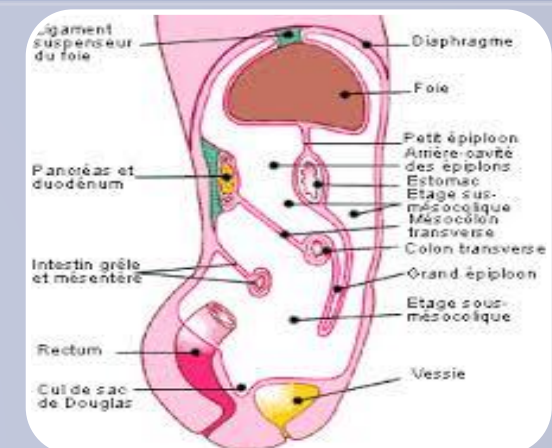
# Pathogenèse



Menstruation  
rétrograde  
(Théorie de  
Sampson)

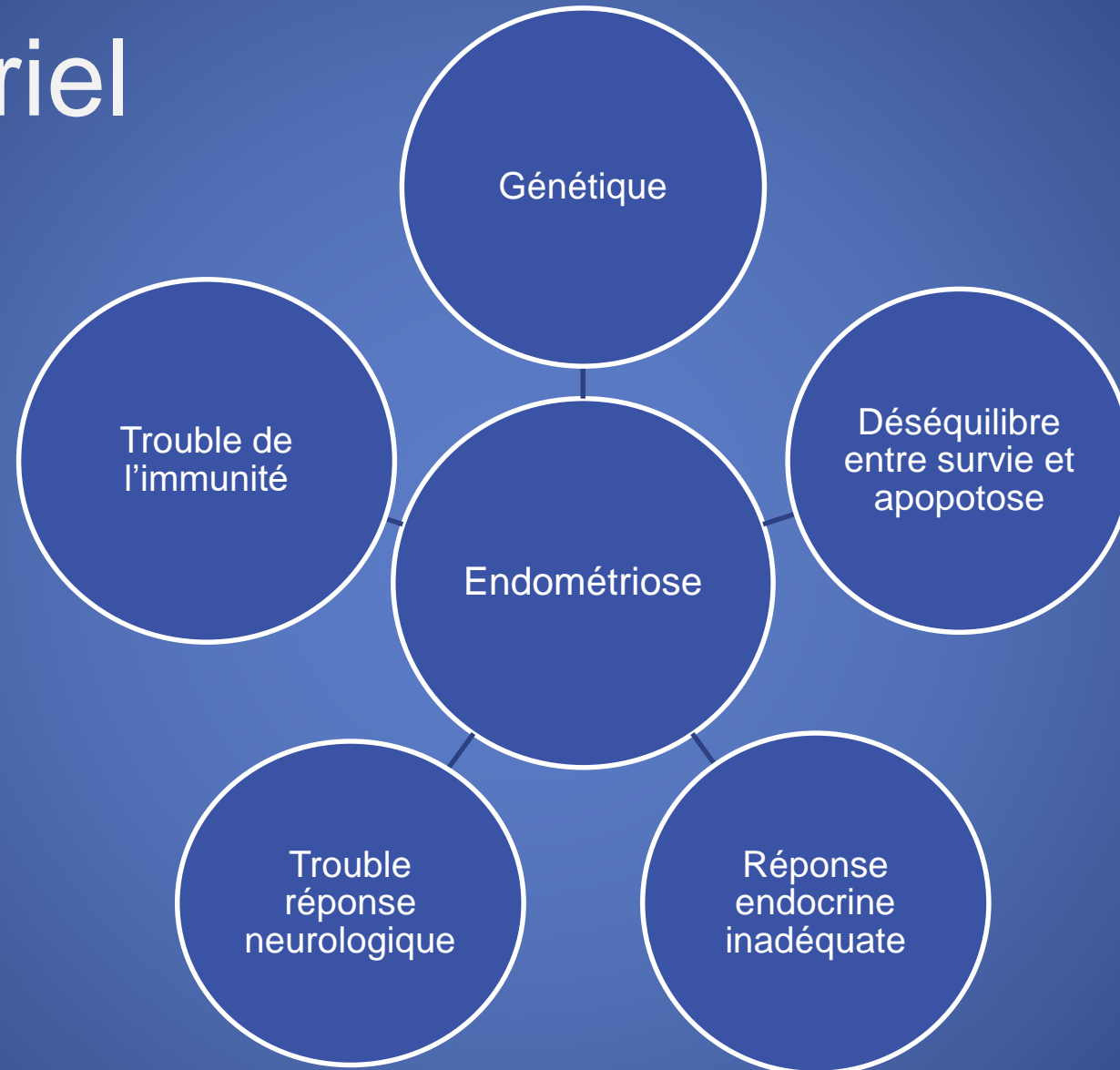


Dissémination  
vasculaire ou  
lymphatique



Métaplasie  
coelomique

# Multifactoriel



# Plusieurs types de lésions



Péritonéale  
superficielle

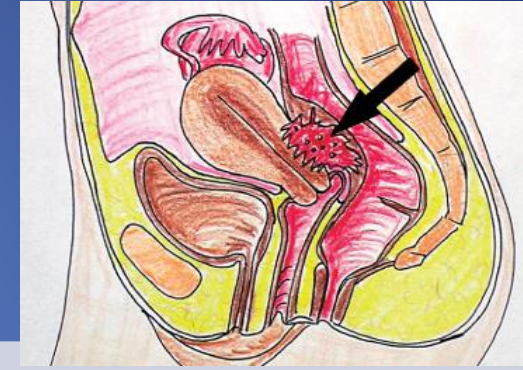
Lésion superficielle

Aspect très variable



Ovarienne

Endométriome



Péritonéale  
profonde

Nodule 5 mm sous le  
péritoine

Septum recto-vaginal,  
rectum, vessie,  
uretère

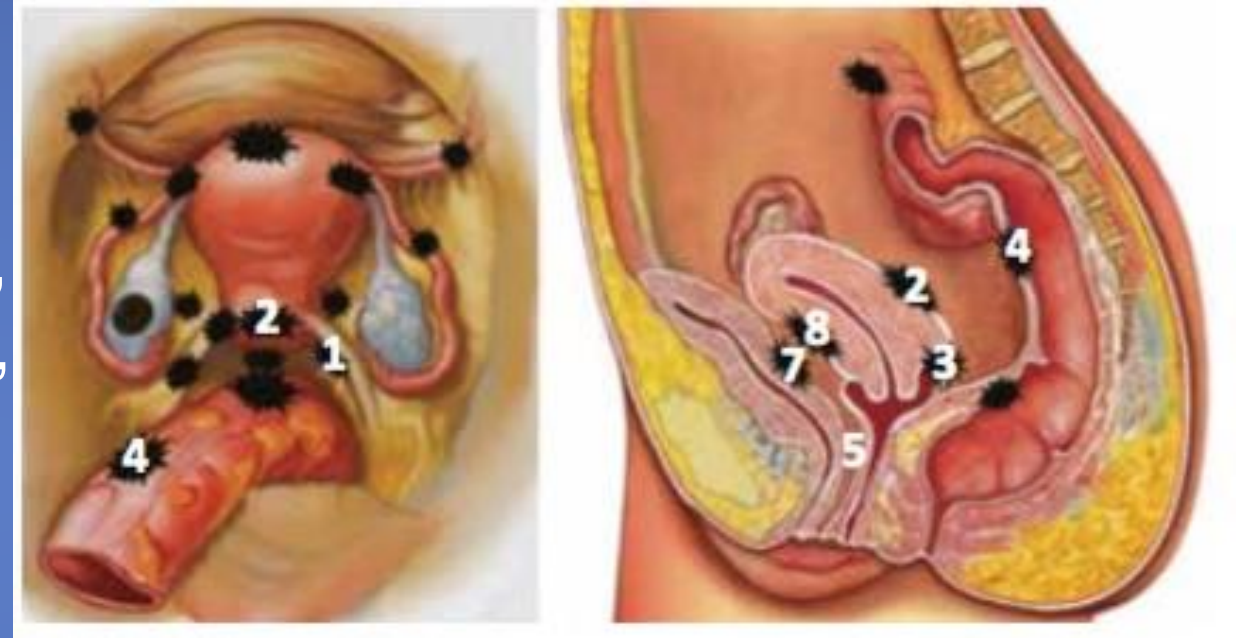
➡ Pas de relation entre l'étendue des lésions et la symptomatologie



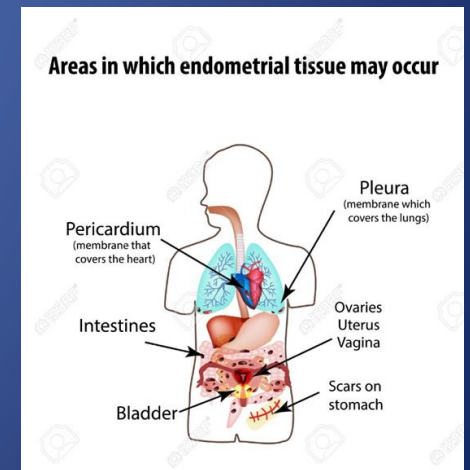
# Localisation les plus fréquentes

Par ordre décroissant

- Ovaires,
- Cul-de-sac antérieur et postérieur,
- Face postérieure du ligament large,
- Ligaments utero-sacrés,
- Utérus,
- Trompes,
- Colon sigmoïde et appendice,
- Ligaments ronds.



**Rare**: diaphragmatique, thoracique



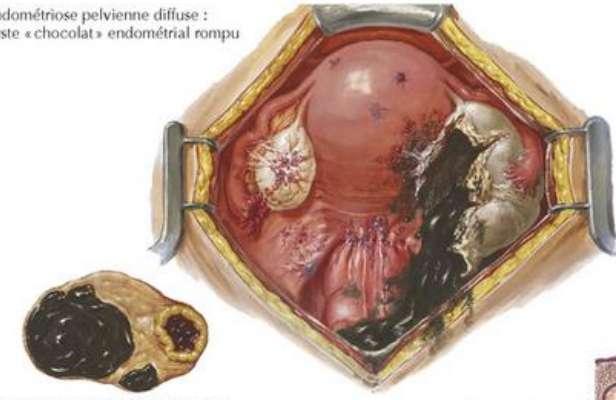


# Symptômes

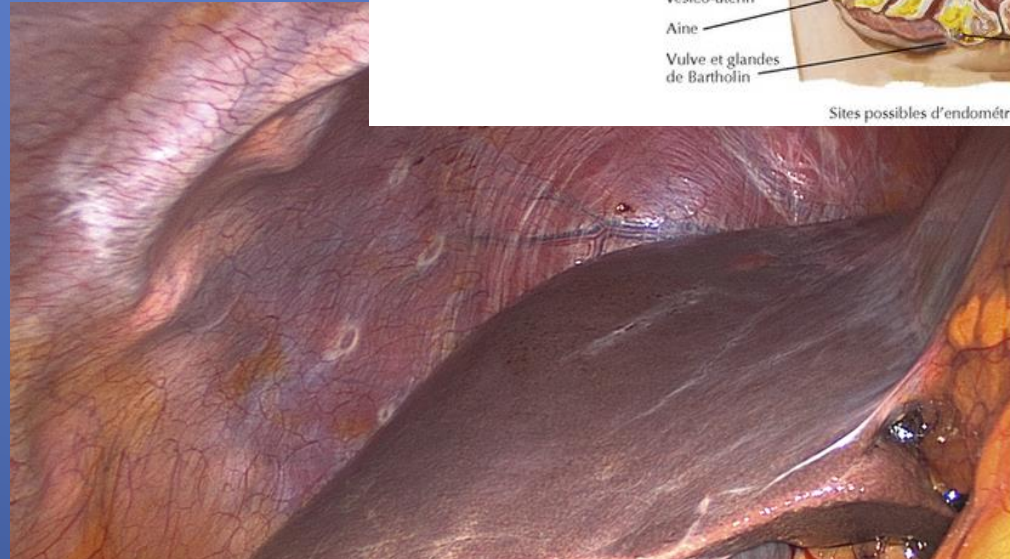
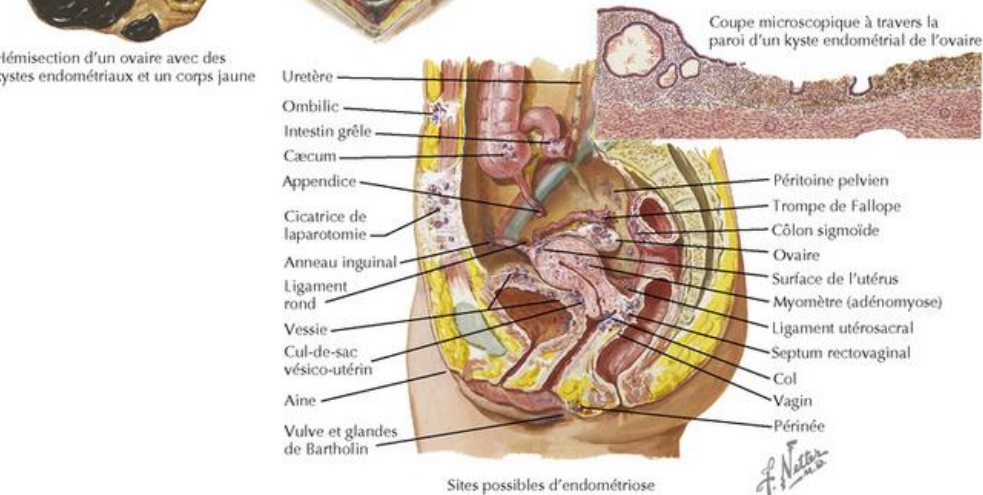
- Disménorrhée
- Dyspareunie
- Douleurs pelviennes
- Infertilité
- Dyschésie
- Algurie
- Rare : douleurs épaules, pneumothorax



Endométriose pelvienne diffuse :  
kyste « chocolat » endométrial rompu



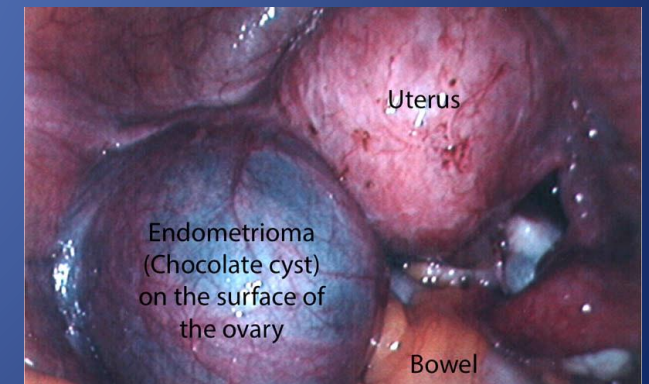
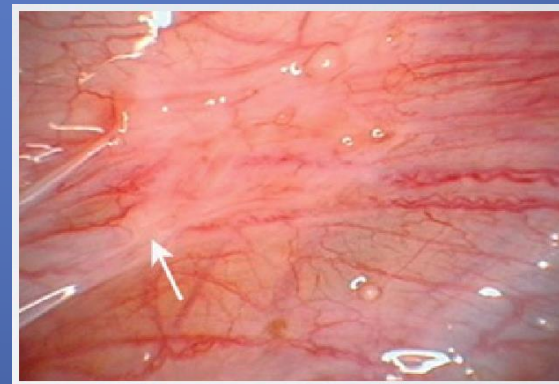
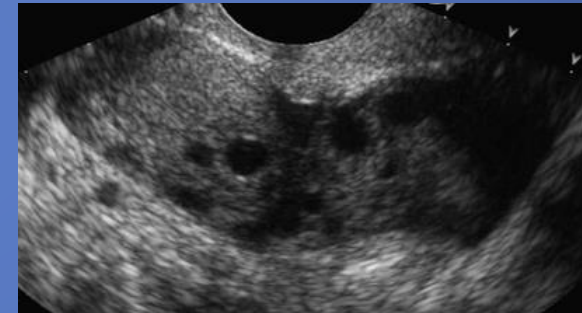
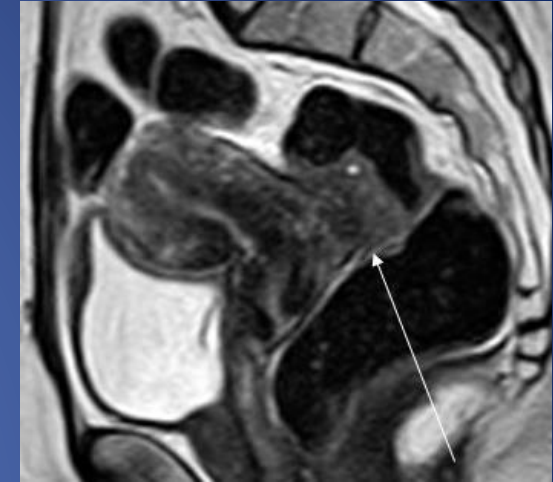
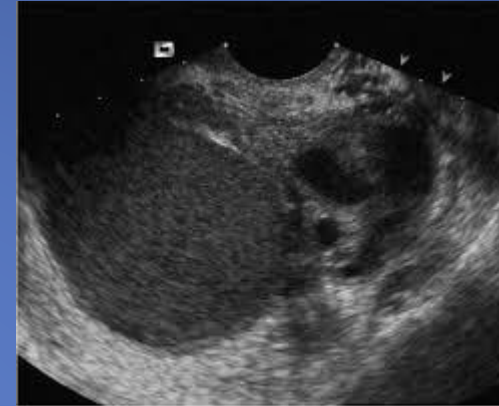
Hémisection d'un ovaire avec des  
kystes endométriaux et un corps jaune



CATAMENIAUX!!!

# Diagnostic

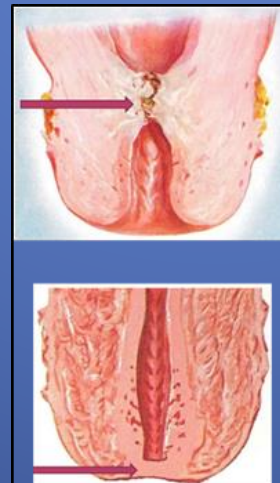
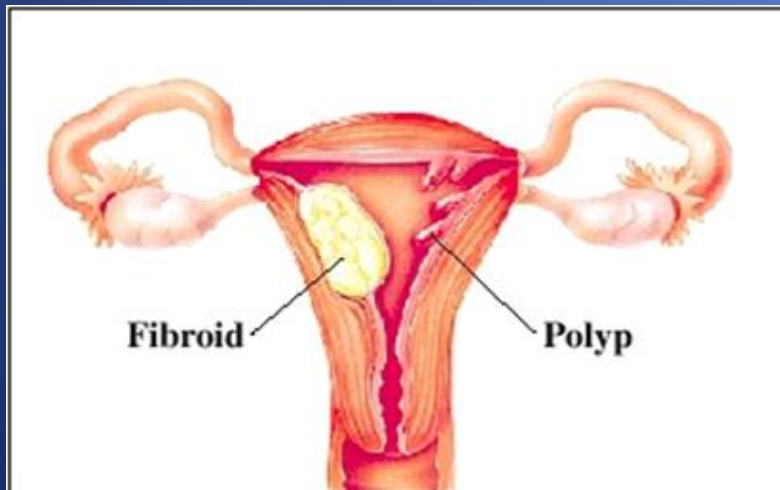
- Anamnèse
- Status
- Echographie vaginale
- IRM pelvienne
- Laparoscopie avec biopsie
- Test salivaire





# Diagnostic différentiel

- Dysménorrhée primaire
- Pelvic inflammatory disease
- Pathologie organique utérine (myome, sténose)
- Malformation tractus génital interne
- Néoplasie ovarienne
- Cause non gynécologique: colon irritable, cystite interstitielle



# Diagnostic différentiel des douleurs pelviennes

**Table 1. Differential diagnosis for pelvic pain**

Gynecologic	Bowel	Genitourinary	Musculoskeletal	Psychological
Mittelschmerz	Constipation	UTI	Hernia	Anxiety, depression
Ovarian cysts	IBS	Interstitial cystitis	Myofascial pain	Physical, emotional, sexual abuse
Pelvic inflammatory disease	IBD-Crohn disease, ulcerative colitis	Urolithiasis	Neuropathic pain	Secondary gain
Ectopic pregnancy	Acute and chronic appendicitis		Nerve entrapment, injury	Somatization
Outflow tract obstruction	Adhesions from previous surgery		Pelvic floor myalgia	Substance use
Mullerian anomaly-obstructive and non-obstructive	Abdominal migraine/functional abdominal pain		Fibromyalgia	
Vulvodynia	Meckel's diverticulum		Abdominal wall muscle strain	
Hydrosalpinges	Food intolerance			

UTI: urinary tract infection, IBD: inflammatory bowel disease, IBS: irritable bowel syndrome, Ref. 8,9,10,11,12.



# Examen clinique



- Status général et abdominal: peu contributif
- Examen gynécologique:
- selon l'anamnèse (recherche malformation par exemple),
- pas d'examen vaginal et pelvien si patiente virgo,
- Pas nécessaire d'emblée si suspicion de dysménorrhée primaire
- Peut être effectué dans un deuxième temps.

*ACOG Committee Opinion, Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent, Obstetrics and Gynecology 2018*

# Laboratoire

- Examens de laboratoires: utiles pour le diagnostic différentiel (exclusion d'autres problèmes)
- Ca 125 non recommandé pour le diagnostic/dépistage de l'endométriose



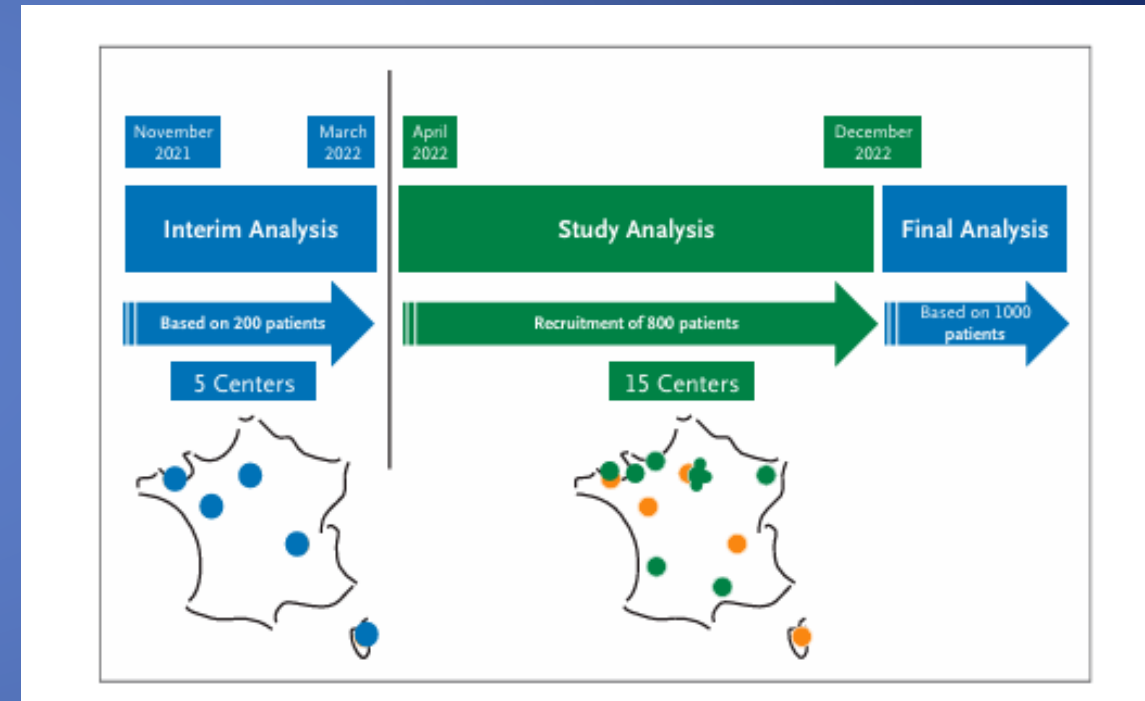
**Sasamoto et coll**, *Evaluation of CA125 in relation to pain symptoms among adolescents and young adult women with and without surgically confirmed endometriosis*, 2020 PLOS ONE

# Imagerie

- Ultrason:
  - Peu sensible pour l'endométriose superficielle
  - Peut exclure des pathologies annexielles ou certaines malformations génitales
- IRM:
  - Rarement pathologique
  - permet d'exclure des nodules d'endométriose profonde par exemple avant une intervention, utile pour rechercher des malformations génitales internes
  - Peu «cost effective»

# Test salivaire

- Développé en 2021 en France sur 200 patientes
- Identification de microARN dans la salive des patientes avec endo
- Sensibilité 96,7 %
- Spécificité 100 %
- Validation
- Coût env 800 CHF

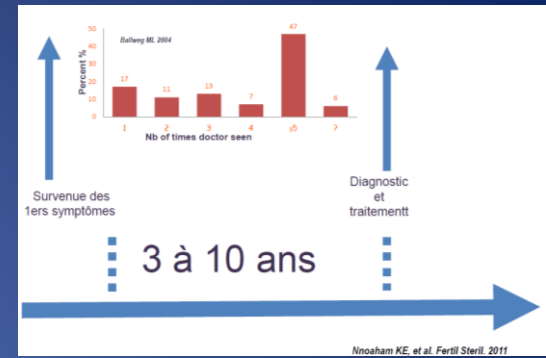


Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis, Bendifallah et coll, J of Clinical Medicine 2022



# Prise en charge

- Maladie chronique
- Réduire le délai avant le diagnostic et la prise en charge (éviter une chronification des douleurs)
- Ciblée en fonction des symptômes (et de la présentation) et de leur sévérité, de l'âge, du désir de grossesse, des effets secondaires !!
- Traitement conservateur le plus longtemps possible
- Limiter les interventions chirurgicales (ou les retarder)



Endomètre:  
Stimulé par les  
oestrogènes  
Calmé par les  
progestatifs et  
androgènes

Non hormonal  
(AINS, antalgique)

CAVE  
Contre indications  
Effets  
indésirables

Hormonal 3  
Inhibiteurs de  
l'aromatase

Traitement  
conservateur

Hormonal 1

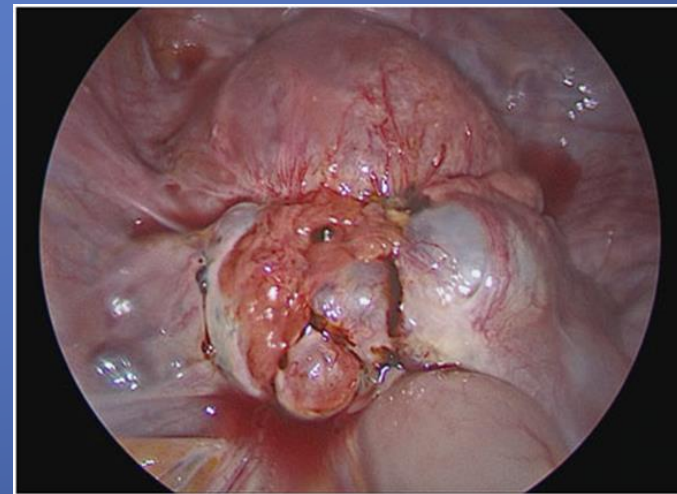
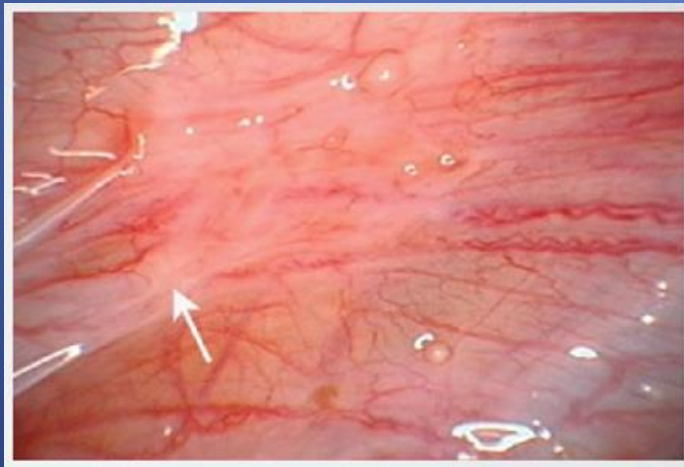
pilule combinée en continu,  
pilule microprogestative ou  
injection trimestrielle,  
Dienogest  
DIU hormonal

Hormonal 2  
Agonistes GNRH  
Elagolix  
Add back thérapie

➡ Chirurgie en cas d'échec du traitement conservateur

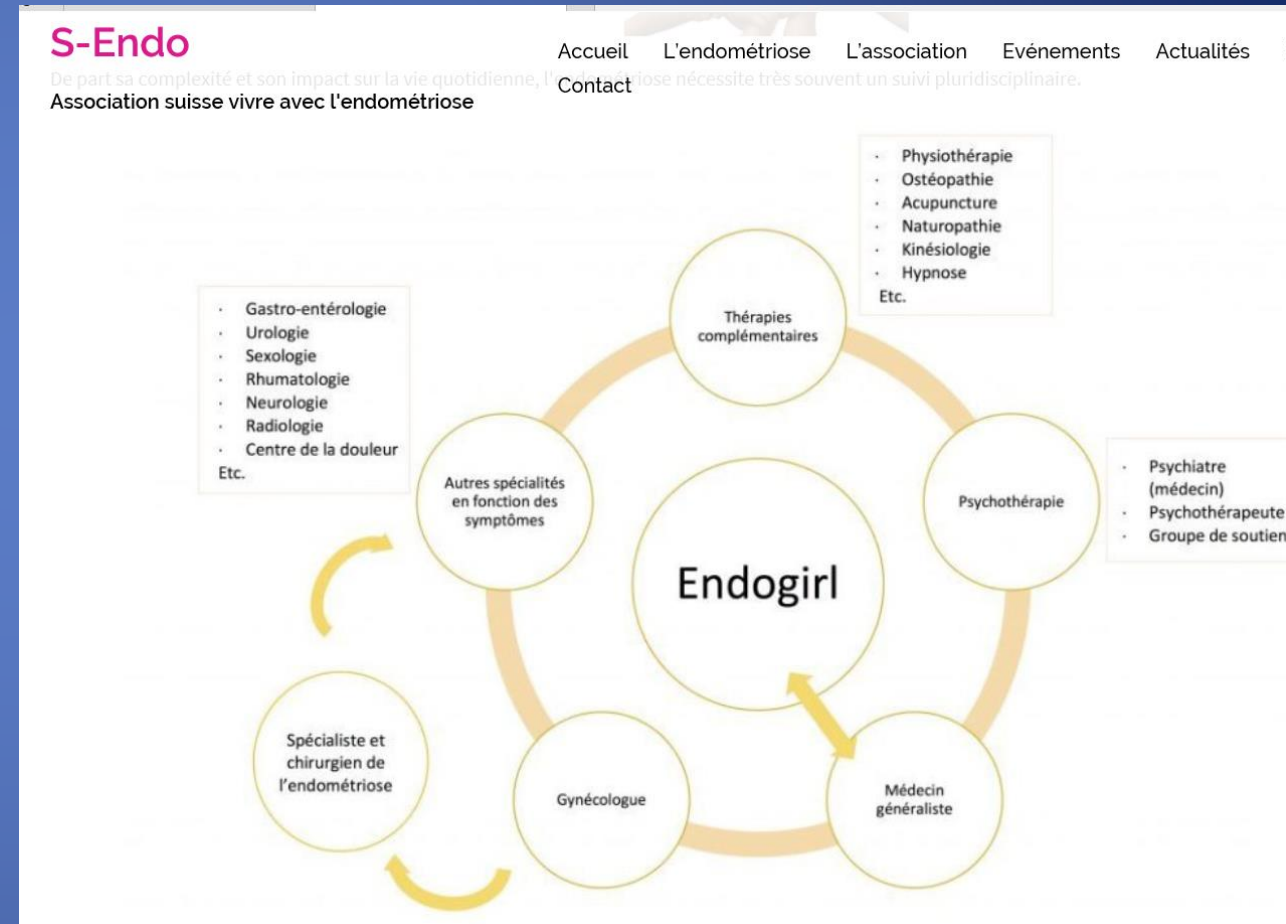
# Chirurgie de l'endométriose

- Gynécologues spécialisés, centres pour l'endométriose
- Indications controversées (endométriomes)
- Bilan par IRM avant l'intervention (connaître la localisation des nodules profonds)
- Haut risque de récurrence, reprise des traitements hormonaux après les interventions



# Approches complémentaires

- Physiothérapie
- Ostéopathie
- TENS
- Consultation diététique
- Soutien psychothérapeutique
- Groupes de patientes (s-endo.ch)





# QCM 1

Mlle A, 14 ans, vient pour une dysménorrhée importante avec des saignements abondants qui durent 6 jours, associés à des diarrhées et des céphalées. Elle a pris du Dafalgan et du Buscopan achetés par sa maman mais ce n'est pas suffisant. Que proposez-vous ?

- A. Vous organisez une échographie et une IRM pour suspicion d'endométriose
- B. Vous lui prescrivez une pilule oestro-progestative
- C. Vous lui prescrivez de l'ibuprofène à prendre dès le début des règles
- D. Vous faites un test salivaire à la recherche d'endométriose
- E. Vous l'adrezsez à un gynécologue

# Dysménorrhée chez l'adolescente

- 70-90 % des adolescentes souffrent de dysménorrhée
- Dysménorrhée primaire
  - En l'absence de pathologie pelvienne
  - Typiquement apparition 6-12 mois après le début de la ménarche (Cycles ovulatoires → prostaglandines)
  - Répond aux AINS/traitements hormonaux
- Dysménorrhée secondaire
  - Dysménorrhée progressive plus de 12 mois après la ménarche, liée à des douleurs acycliques, à un flux sanguin important, parfois pire en fin de cycle
  - La cause principale est l'endométriose



*Sachedina et coll, Dysmenorrhea and Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents, J Clin Res Pediatr Endocrinol 2020*  
*ACOG Committee Opinion, Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent, Obstetrics and Gynecology 2018*

# Dysménorrhée primaire (essentielle)

- Liée à un excès de prostaglandines
- Débute 6-12 mois après la ménarche (cycles ovulatoires)
- Douleurs type crampes pelviennes, lombaires, typiquement J1 et J2
- Peut être associée à symptômes végétatifs (nausées, vomissements, diarrhées, céphalées, malaise vagal)
- Plus les règles sont abondantes plus la douleur est intense

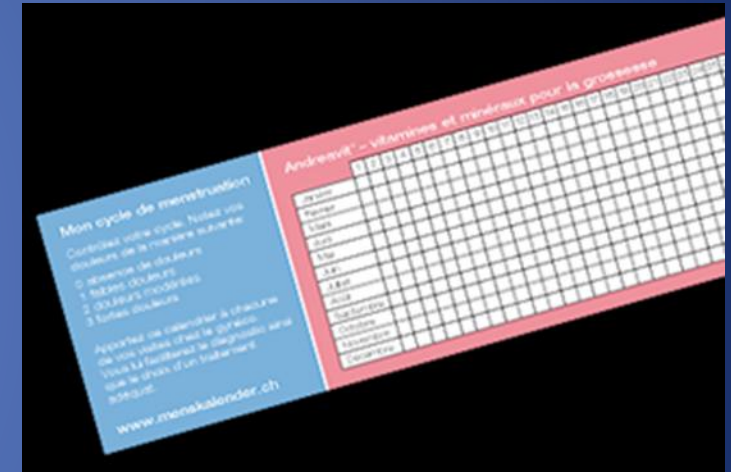
## **Dysménorrhée secondaire (organique)**

- ▶ Téléméniale
- ▶ Augmente en intensité



# Evaluation clinique/Anamnèse

- Plaintes actuelles: douleurs (timing, irradiation, lien avec le cycle), symptômes végétatifs, symptômes digestifs, urinaires, anamnèse sexuelle et contraceptive
- Traitements entrepris, comment ils sont pris
- Impact sur la vie sociale
- Recherche de facteurs de risque: âge à la ménarche, anamnèse familiale, malformations utérines



# Examen clinique



- Status général et abdominal: peu contributif
- Examen gynécologique:
- selon l'anamnèse (recherche malformation par exemple),
- pas d'examen vaginal et pelvien si patiente virgo,
- Pas nécessaire d'emblée si suspicion de dysménorrhée primaire
- Peut être effectué dans un deuxième temps.

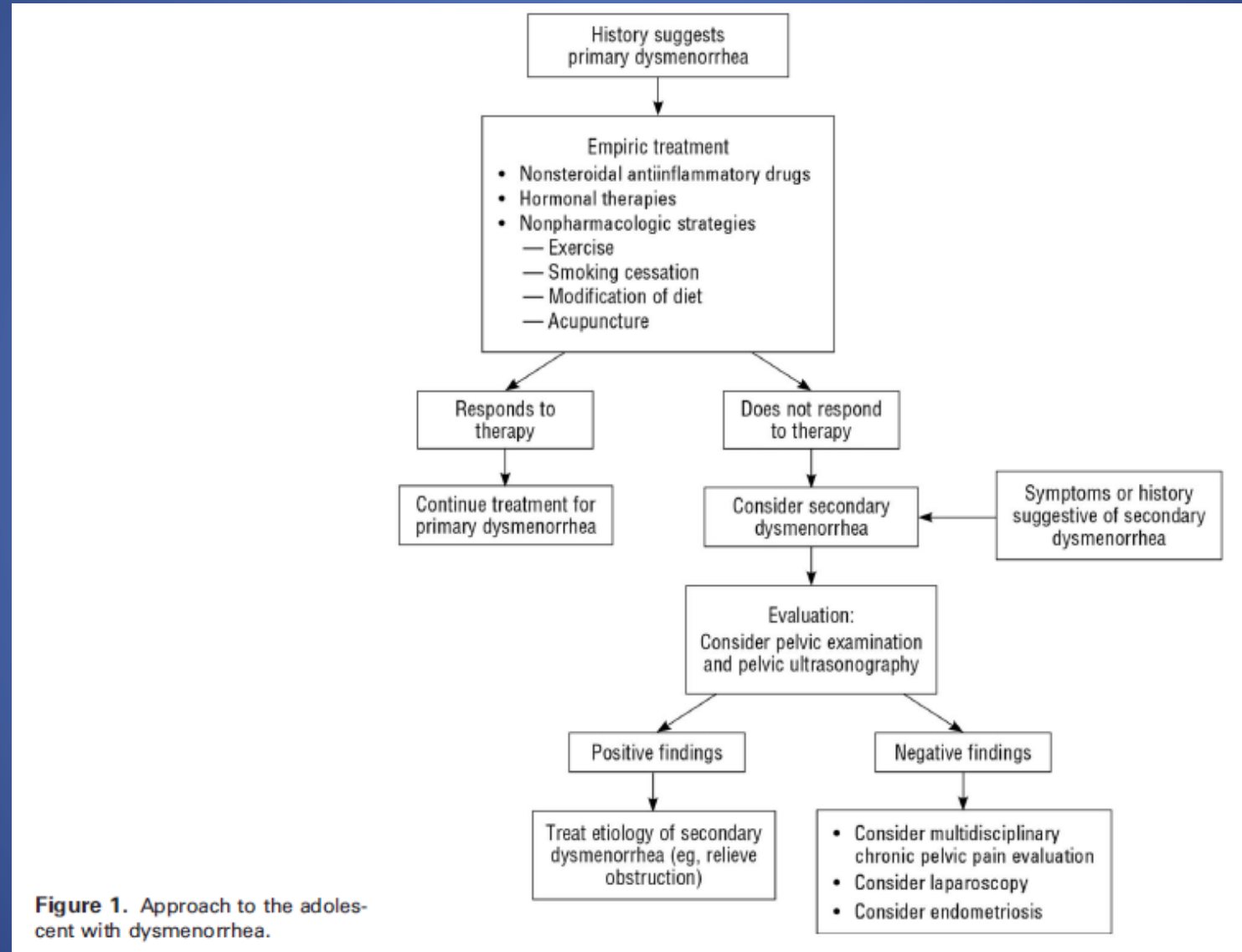
*ACOG Committee Opinion, Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent, Obstetrics and Gynecology 2018*

# Prise en charge

- Dysménorrhée:
- Traitement par paliers
  - 1) analgésiques/antispasmodiques
  - 2) AINS
  - 3) Progestatifs cycliques
  - 4) Traitement hormonal (Contraception orale combinée, minipilule, DIU Mirena), éventuellement Visanne ou DepoProvera
- Différents types d'AINS
  - Ibuprofen
  - Mefenacid
  - Flurbiprofen
- Eviter la prescription d'opiacés
- Suivi de la réponse au traitement



# Approche de l'ado avec dysménorrhée



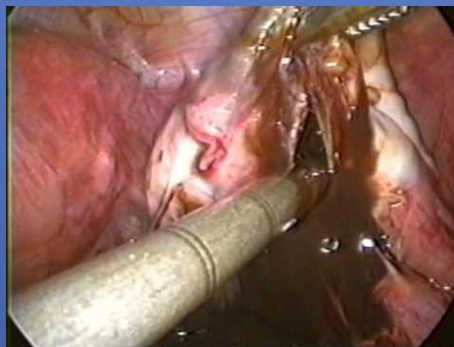
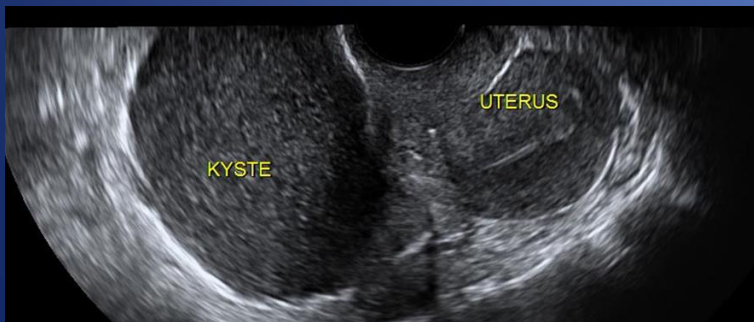
# QCM 2

Mme B, 41 ans, présente des douleurs pelviennes depuis un mois qui la réveillent la nuit et la dérangent quand elle fait du sport. Sinon elle est peu gênée. Elle a fait un contrôle gynécologique il y a 2 mois sans particularité. Vous organisez une échographie abdominale qui montre un kyste ovarien gauche de 8 cm suspect d'endométriome. Que faites-vous :

- A. Vous lui dites que les endométriomes sont bénins et qu'elle peut retourner dans 6-12 mois chez son gynécologue
- B. Comme elle envisage peut-être encore une grossesse vous lui dites qu'il faut enlever l'endométriome
- C. Vous la réadrez chez son gynécologue
- D. Vous lui dites qu'il y a des grands risques de malignité à son âge et lui conseillez une annexectomie
- E. Vous prescrivez de la physiothérapie

# Prise en charge des endométriomes

- Compliquée!!!
- Risque de diminution de la réserve ovarienne en cas de kystectomie
- Opérer en cas de douleurs
- Plus compliqué en cas d'infertilité
- Imagerie en cas de doute diagnostique



## Tableau 1. Recommandations 2014 de l'ESHRE sur la prise en charge de l'endométriose<sup>4</sup>

ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology.

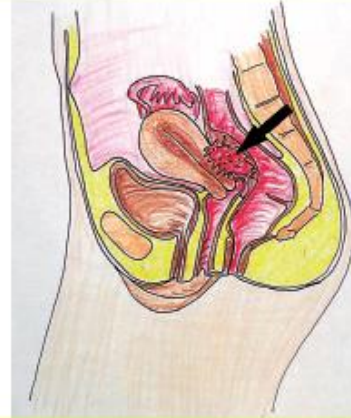
- Chez les patientes présentant des douleurs avec un endométriome  $\geq 3$  cm:
  - il est recommandé de pratiquer une kystectomie pour diminuer le risque de récurrence du kyste et des douleurs
- En présence de douleurs et d'un endométriome  $< 3$  cm:
  - le traitement chirurgical est recommandé (une kystectomie devrait être plus efficace qu'un drainage ou coagulation, même si le plan de clivage peut être difficile à identifier)
- Après chirurgie d'un endométriome, la prescription d'une contraception hormonale est recommandée chez les patientes sans désir de grossesse comme prévention secondaire d'une récurrence
- Chez les patientes infertiles qui vont subir une chirurgie et qui présentent un endométriome:
  - il est proposé de pratiquer une excision de la capsule du kyste plutôt qu'un drainage ou une électrocoagulation de la paroi du kyste afin d'augmenter les chances de grossesse naturelle
- Chez les patientes infertiles avec un endométriome  $> 3$  cm:
  - absence d'évidence qu'une kystectomie avant traitement de procréation médicalement assistée (PMA) améliore les taux de grossesse
  - il est recommandé d'effectuer une kystectomie avant PMA uniquement pour diminuer les douleurs ou améliorer l'accès aux follicules durant la ponction
- Chez les patientes avec endométriome, une antibioprophylaxie peut être utilisée au moment de la ponction d'ovocytes, même si le risque d'abcès ovarien postponction est bas

En présence d'un endométriome, il est recommandé d'informer la patiente du risque de diminution de la réserve ovarienne après la chirurgie ainsi que de la possible perte de l'ovaire. En cas d'antécédent de chirurgie ovarienne, l'indication opératoire doit être posée de manière prudente



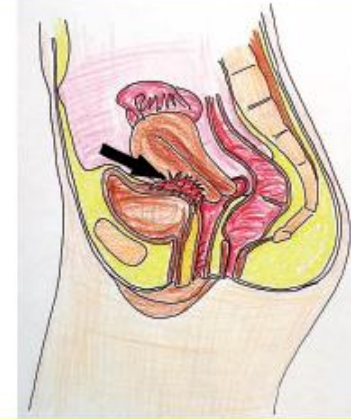
# Endométriose profonde

- Nodule rectovaginal, vésical, paraaurétéral
- Symptômes selon la localisation
- Investigations: IRM, échographie spécialisée, exclure une sténose digestive et une hydronéphrose
- Référer pour prise en charge multidisciplinaire en centre tertiaire

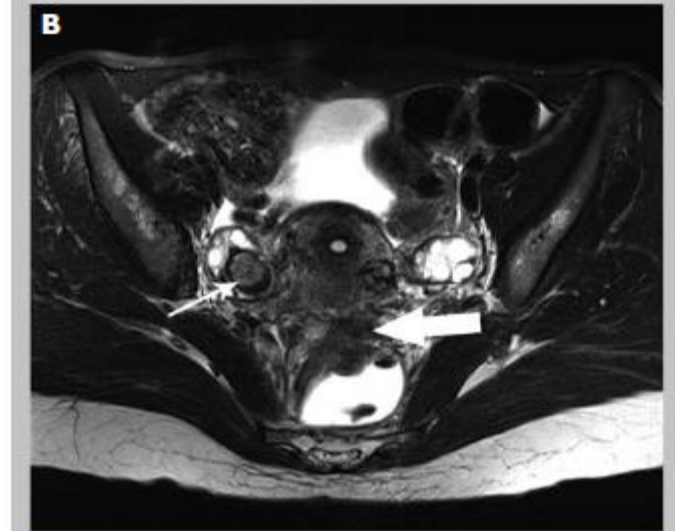


**Figure 2.** Nodule d'endométriose profonde

Il est situé dans le compartiment postérieur, infiltrant la paroi postérieure de l'utérus, le fornix vaginal postérieur, la jonction recto-sigmoïdienne avec comblement du cul-de-sac de Douglas (flèche).



**Figure 3.** Vue sagittale médiane schématisée montrant un nodule d'endométriose profonde du compartiment antérieur, implanté entre la vessie et la paroi antérieure de l'utérus (flèche)



**Figure 9.** Endométriose profonde recto-vaginale chez une femme de 32 ans souffrant de dysménorrhée et de douleurs défécatoires



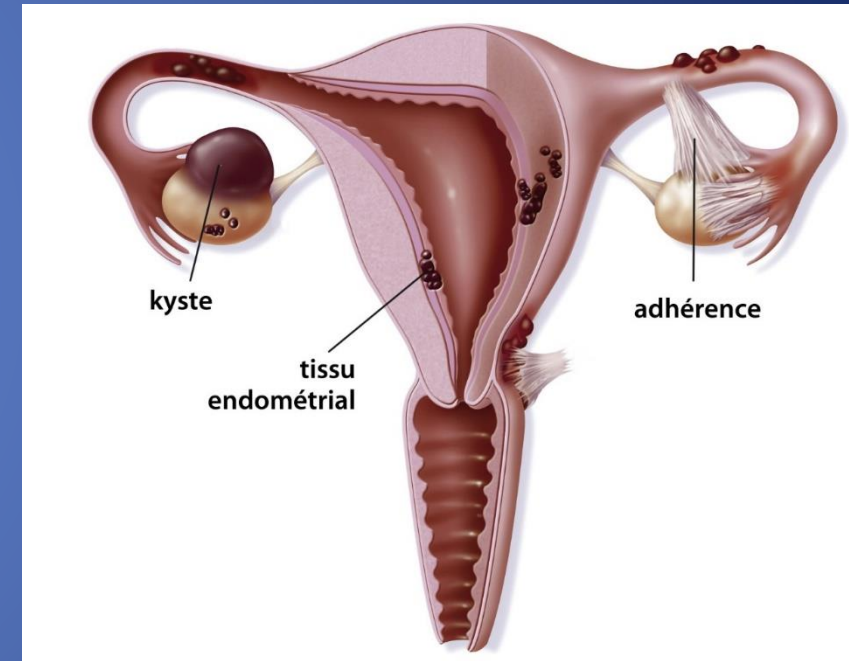
# Infertilité et endométriose

## Mécanismes multiples

- **Distorsion** anatomique par des adhérences, par des endométriomes
- **Substances «hostiles»** à l'ovulation, aux spermatozoïdes, la fertilisation, l'implantation (cytokines, facteurs de croissances)

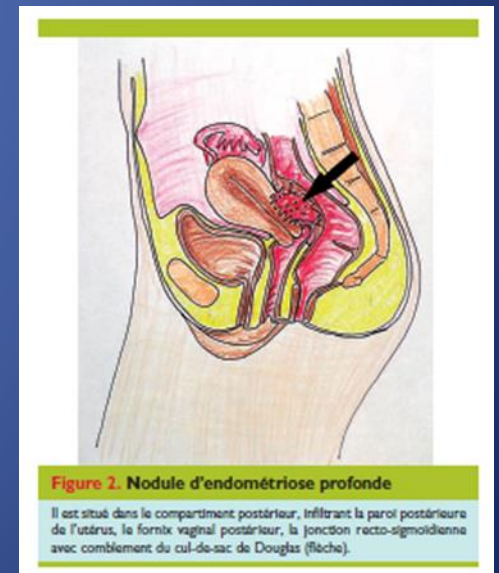
Chirurgie controversée (amélioration pour les stades précoces, peu étudiée pour les stades avancés)

Succès de la FIV dépend de la sévérité de l'endométriose

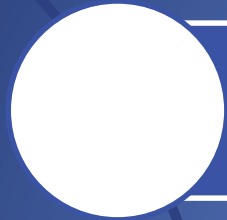


# Qui et quand référer?

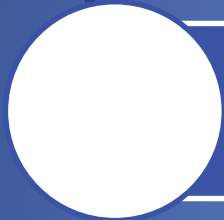
- Dysménorrhée réfractaire au traitement médicamenteux
- Dyspareunie
- Symptômes d'endométriose profonde
- Désir de grossesse
- Endométriome ou masse annexielle



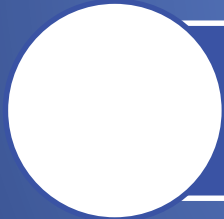
# Messages clés



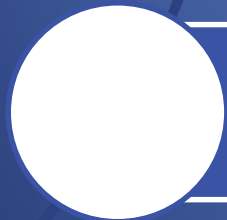
Pathologie fréquente, avec peu de données et peu de consensus notamment pour la prise en charge.



Douleurs chroniques, invalidantes, avec accentuation pendant les règles.



Le traitement par AINS et contraception orale peut être débuté par le médecin de famille.



En cas d'échec, une imagerie (echo ou IRM) doit être effectuée.

# Messages clés



La taille des lésions n'est pas corrélée avec la sévérité des symptômes.



La prise en charge chirurgicale doit s'effectuer le plus tard possible.



Les cas complexes doivent être pris en charge dans des centres spécialisés.



# Pour conclure...

- Premier contact pour des patientes avec une maladie chronique
- Symptômes peu spécifiques et absence de test diagnostique non invasif
- Réduire le délai avant le diagnostic et la prise en charge (éviter une chronification des douleurs)
- Prise en charge ciblée sur la patiente
- Trouver le bon timing pour la première intervention
- Accompagner les patientes!

