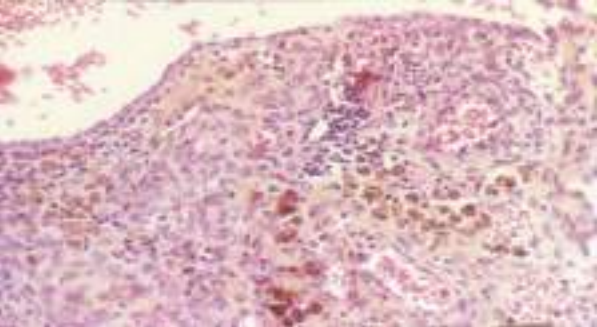




Diagnostic et symptomatologie: Quelles questions pour reconnaître une endométriose

Pr Philippe MERVIEL

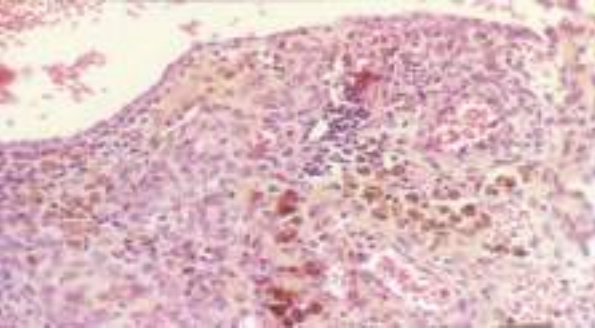
**Service de Gynécologie-Obstétrique
et centre d'AMP – CHRU de Brest**



Endométriose (1)



- **Endométriose externe**: en dehors du myomètre.
Survient entre 17 et 37 ans
- Adénomyose: invagination des glandes endométriales au sein du myomètre. > 40 ans
- La cancérisation est exceptionnelle (endométriome → cystadénocarcinome endométroïde, post-ménopause)
- Elle est hormono-dépendante (E2), la ménopause est un mode de guérison physiologique (le THS n'influence pas l'évolution de la maladie)
- **DOULEURS, INFERTILITE, ATTEINTES ORGANIQUES**



Endométriose



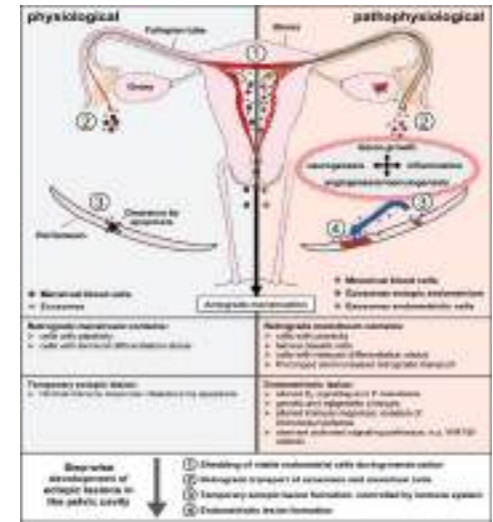
- Endométriose externe: **10 à 15%** des femmes en âge de procréer, **5 à 50%** des femmes infertiles et **5 à 21%** des femmes hospitalisées présentant des douleurs pelviennes
- Adolescentes: **5-10%** des adolescentes présenteraient de l'**endométriose** (après 16 ans), en particulier chez **75%** des **dysménorrhées résistantes aux traitements médicaux**

Histoire familiale (mère , sœur)	++	Pigmentation cutanée	+
Age précoce des premières règles	++	Tabagisme	+
Longueur courte du cycle	++	Poids	-
Durée et abondance du flux menstruel	++	Amaigrissement	-
Exposition PCB et dioxine	+	Activité physique	-
Statut socio-économique	+	Alcool	--
Distribution périphérique de la graisse	+	Parité	--

**Endométriose externe
(≠ adénomyose)**

**Superficielle, ovarienne et
profonde**

Théorie des Cellules Souches



Prédisposition
Stress oxydatif
Microbiome

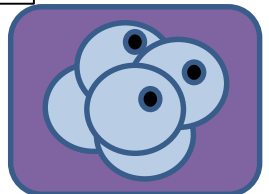
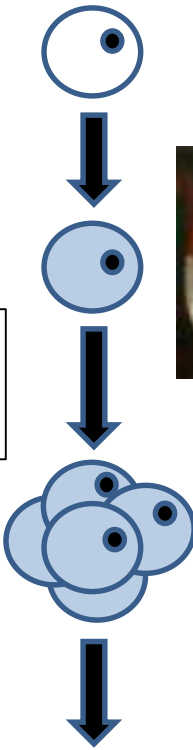
Changements
génétiques/
épigénétiques

Aromatase
Résistance Prog
Mutations type
cancer

Expansion clone
Angiogénèse
Liquide péritonéal

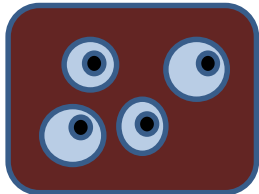
Fibrose

Réaction immune
Reflux menstruel
Infection



Lésion glandulaire

Limitation
croissance



Lésion fibreuse

Cellules endométriales → cellules endométriosiques

Adhésion des cellules endométriales/péritoine, organes pelviens

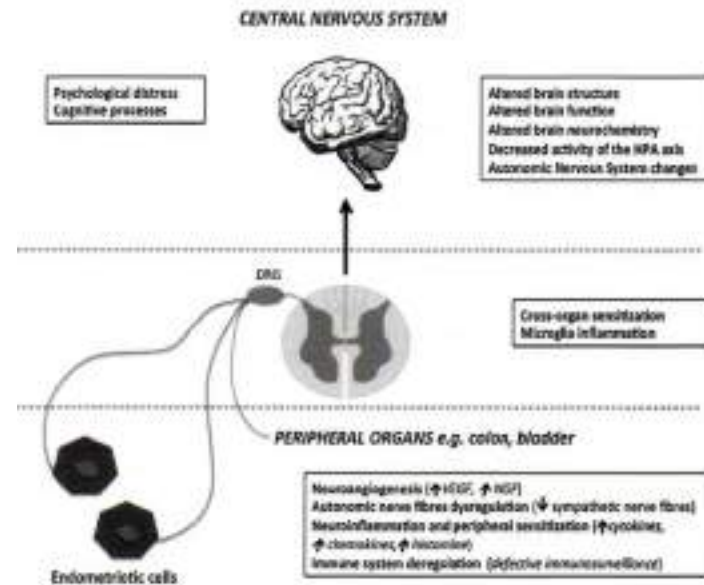
Prolifération des cellules endométriosiques et **Invasion**

Réaction inflammatoire (prostaglandines, radicaux libres)

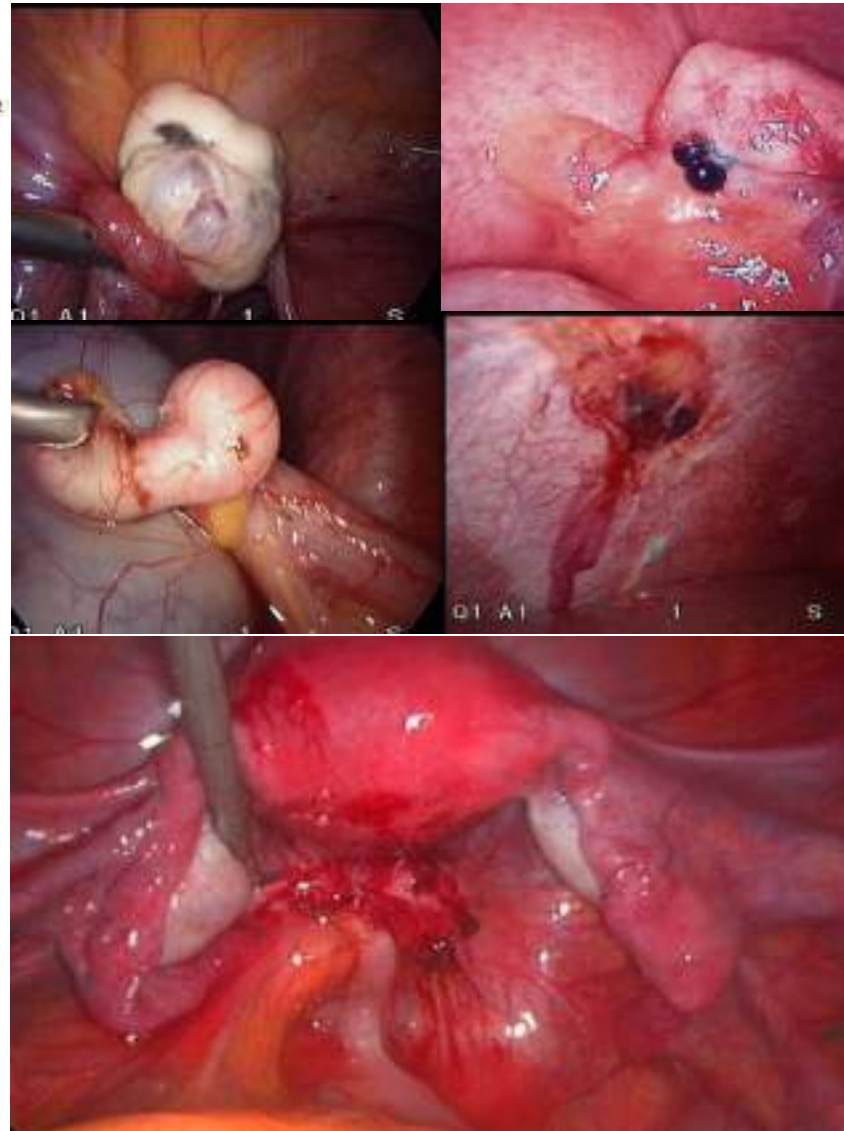
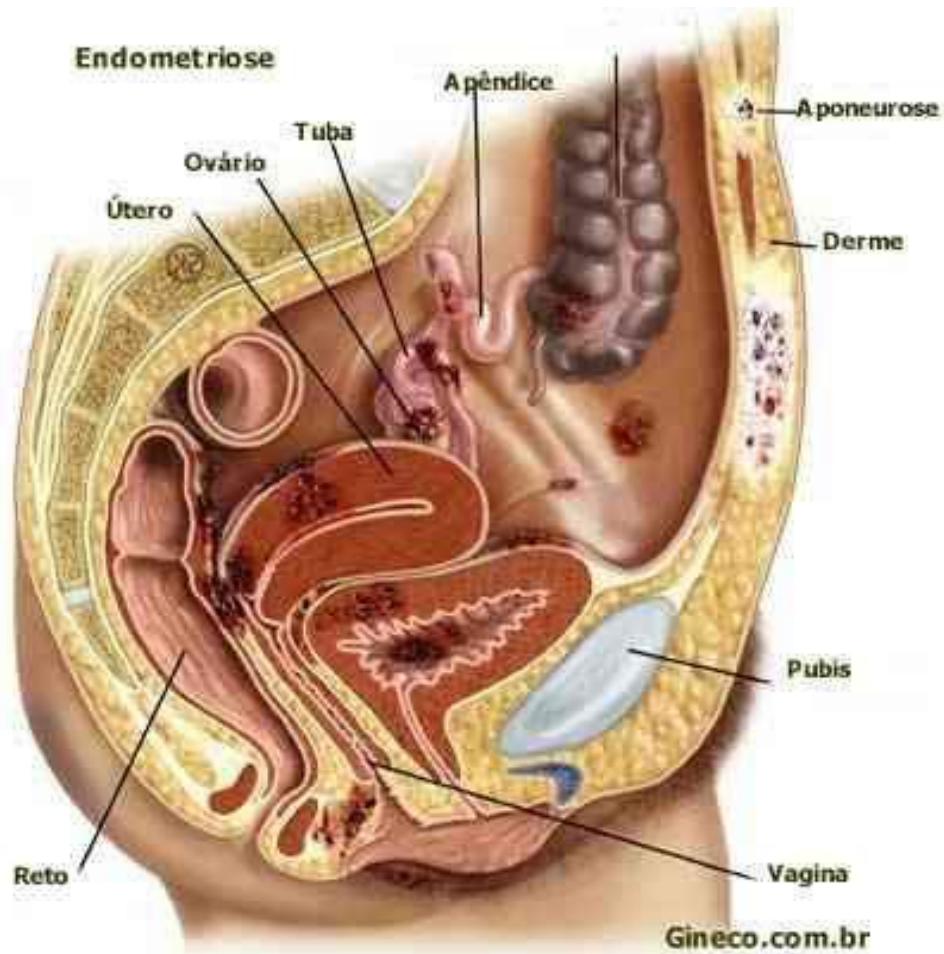
Fibrose périphérique (rétraction, adhérences)

AUTONOMIE

- **Hormonale**: sécrétion d'oestrogènes et récepteurs; résistance à la progestérone
- **Néovascularisation**
- **Néoneurogénèse** (arc réflexe)



Localisations



**Retard diagnostique de 7 ans en France
(8 à 10 ans GB et USA)**

Diagnostic clinique de l'endométriose: 5 D

- 1. **Dysménorrhée** (3^{ème}-4^{ème} jour des règles)
- 2. **Dyspareunie profonde positionnelle**
- 3. **Douleurs pelviennes chroniques**
- 4. **Dysurie** +/- pollakiurie, mictions impérieuses, hématurie
- 5. **Digestif**: ténesme, trouble du transit +/- rectorragie



Ces signes cliniques sont le plus souvent **majorés par les règles** → **Avez-vous eu une amélioration avec un traitement supprimant les règles (ou durant une grossesse)**

Pas de corrélation entre importance des lésions et signes cliniques, cependant **l'atteinte de plusieurs secteurs augmente les douleurs** (Rocha TP, Reprod Sci 2022)

- **QUALITE DE VIE +++** (absentéisme scolaire, professionnel, baisse de 20%)
- **Quantifier (EVA); Quels antalgiques sont efficaces (pallier 1, 2 ou 3)**

Rocha TP (Reprod Sci 2022): L'atteinte de plusieurs secteurs entraine des douleurs plus importantes

Symptom	Compartment	OR	CI	<i>p</i>
Severe Dysmenorrhea	Posterior	1.60	1.09–2.34	0.02
	Anterior and posterior	3.14	1.57–6.32	<0.01
	Posterior and lateral	3.55	1.18–10.67	0.02
Severe Dyspareunia	Posterior	1.62	1.12–2.34	0.01
Severe Acyclic pain	Posterior and lateral	2.24	1.04–4.80	0.04
Severe Dyschezia	Posterior	2.09	1.36–3.23	<0.01
	Anterior and posterior	2.56	1.42–4.61	<0.01
	Posterior and lateral	4.40	2.00–9.73	<0.01
	Anterior, posterior, and lateral	3.62	1.21–10.80	0.02
Severe Dysuria	Anterior	15.56	3.79–63.78	<0.01
	Anterior and posterior	5.74	2.53–13.05	<0.01
	Anterior, posterior, and lateral	5.66	1.50–21.35	0.01
Infertility	Posterior	1.60	1.06–2.54	0.04
	Anterior and posterior	2.62	1.29–5.29	<0.01

Dysménorrhée retardée

- Avant la survenue des règles, liée aux prostaglandines (+/- habituelles) → AINS
- Le 1^{er}-2^{ème} jour des règles, liée à l'abondance et à des caillots (théoriquement sang incoagulable mais risque de caillots si abondantes, comme c'est le cas chez la femme jeune), coliques utérines → diminuer abondance des règles
- Croissante jusqu'au 3^{ème}-4^{ème} jour des règles, **en faveur de l'endométriose** car liées aux prostaglandines et RLO (EVA ≥ 8)
- **Douleurs chroniques**: elles sont pelviennes, abdominales, anales, lombaires, sacrées, membres inférieurs, diaphragmatiques, ...
Syndrome myofascial, Sensibilisation (modif seuils douloureux)

Dyspareunie profonde positionnelle

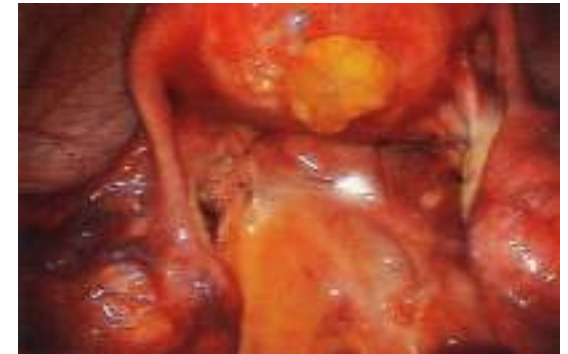
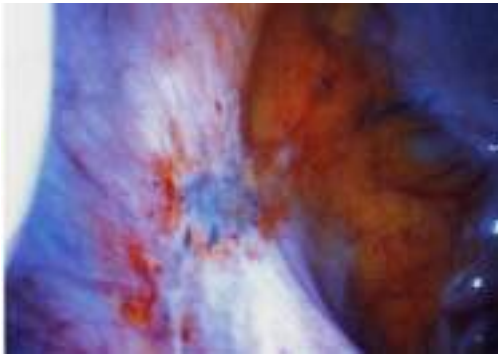
- **Endométriose**: profonde, postérieure et positionnelle car liée à la percussion de la verge sur des lésions du torus et/ou des utéro-sacrés, concomitante du RS et constante
- Pas d'intromission, mais peut-être secondaire à une dyspareunie profonde
- Pas différée, ce qui est plus en rapport avec une colopathie fonctionnelle (colon irritable) et la mobilisation de gaz intestinaux dans le TD

Troubles urinaires/digestifs

- Pollakiurie, mictions impérieuses, dysurie, en rapport avec une atteinte du CDS antérieur
- Ténésme, douleur à irradiation anale, en rapport avec une atteinte recto-vaginale ou du CDS de Douglas. Les troubles du transit (diarrhée) peuvent être liés aux prostaglandines sécrétées avant les règles
- Hématurie (\neq inf urinaire), rectorragies (\neq hémorroïdes)
- **Ménorragies**: décrite dans 25% des cas. Témoigne des troubles de la fonction ovarienne liés à l'existence d'endométriomes.

Règles douloureuses: ce n'est pas une fatalité !

Pas de recherche d'endométriose si dysménorrhée primaire, calmée par les OP et les antalgiques de palier 1)



Dunselman (ESHRE, HR 2014; 29: 400-12):

- Y penser devant dysménorrhée, douleurs pelviennes, dyspareunie, dyschésie, dysurie, hématurie, saignements rectaux, douleurs épaules et infertilité
 - Diagnostic clinique et paraclinique

Echelle verbale multi-dimensionnelle évaluant le retentissement de la dysménorrhée

- **Grade 0:** Menstruation non douloureuse. Activité quotidienne non altérée
- **Grade 1:** Menstruation douloureuse mais ne limitant pas l'activité quotidienne. Antalgiques parfois requis. Douleur faible
- **Grade 2:** Activité quotidienne altérée. Antalgiques nécessaires et dont l'efficacité rend l'absence à l'école ou au travail rare. Douleur modérée
- **Grade 3:** Activité quotidienne limitée. Efficacité faible des antalgiques. Symptômes végétatifs: céphalées, fatigue, nausées, vomissements, diarrhée. Douleur sévère

EHP-5 (Endometriosis Health Profile, dérivé de l'EHP-30; Jones 2004) [sur dernier mois] – de 0 à 44

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs	0	1	2	3	4
Avez-vous l'impression que vos symptômes réglaient votre vie					
Avez-vous eu des changements d'humeur					
Avez-vous l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez					
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changé					

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs	0	1	2	3	4
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant(s)					
Vous êtes-vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports sexuels à cause de la douleur					
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête					
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas					
Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants					

Validation du diagnostic à partir de questionnaires

Chapron C, Lancet 2022

Variables	Se (%)	Sp (%)	C index	OR [95%CI]	p
VAS pains scores					
VAS dysmenorrhea ≥ 6	75.6 [72.5–78.6]	62.8 [59.5–66.0]	0,71	5.2 [4.2–6.5]	<0.001
VAS deep dyspareunia ≥ 3	67.5 [64.1–70.7]	62.4 [59.1–65.6]	0,67	3.4 [2.8–4.2]	<0.001
VAS GI symptoms ≥ 5	58.8 [55.2–65.2]	91.7 [93.5–95.1]	0,65	8.5 [6.3–11.6]	<0.001
VAS urinary tract symptoms ≥ 1	10.5 [8.4–12.8]	92.5 [90.6–94.2]	0.60	6.5 [4.3–9.6]	<0.001
Absence from school because of primary dysmenorrhea or loss of consciousness due to dysmenorrhea	17.5 [14.9–20.3]	95.3 [93.6–96.6]	0,58	2.5 [2.0–3.7]	<0.001
OCP for severe primary dysmenorrhea	22.5 [19.6–25.6]	91.9 [89.9–93.6]	0,59	3.3 [2.4–4.4]	<0.001
Rectorrhagia or hematuria	17.5 [14.9–20.3]	95.3 [93.6–96.6]	0,58	4.3 [3.0–6.1]	<0.001
Birth weight < 2500 g	6.25 [4.67–8.7]	96.5 [95.1–97.6]	0.52	1.8 [1.2–2.9]	0.009
Nulliparity	82.4 [79.6–84.0]	28.0 [25.1–31.1]	0.57	1.8 [1.4–2.3]	<0.001
Primary sterility	26.3 [23.2–29.4]	82.0 [79.3–84.5]	0.56	1.6 [1.3–2.0]	<0.001
BMI < 22	60.3 [56.8–63.7]	55.4 [52.0–58.7]	0.60	1.9 [1.5–2.5]	<0.001
Negative Rhesus	10.5 [8.46–12.8]	92.5 [90.6–94.2]	0.53	1.5 [1.04–2.04]	0.03
Family history of endometriosis	10.9 [8.8–13.2]	97.9 [96.7–98.7]	0.56	5.6 [3.3–9.2]	<0.001
Short regular cycles (<28 days)	9.7 [7.8–12.0]	91.4 [89.4–93.2]	0.51	1.15 [0.83–1.60]	0.20

Table 2: Diagnostic performances of dichotomized variables associated with endometriosis in the derivation sample N = 1685).

VAS: Visual Analogic Scale, OCP: oral contraceptive pill, BMI: Body Mass Index, GI: gastro-intestinal. Se : sensitivity, Spe : specificity, OR: crude odd ratio.

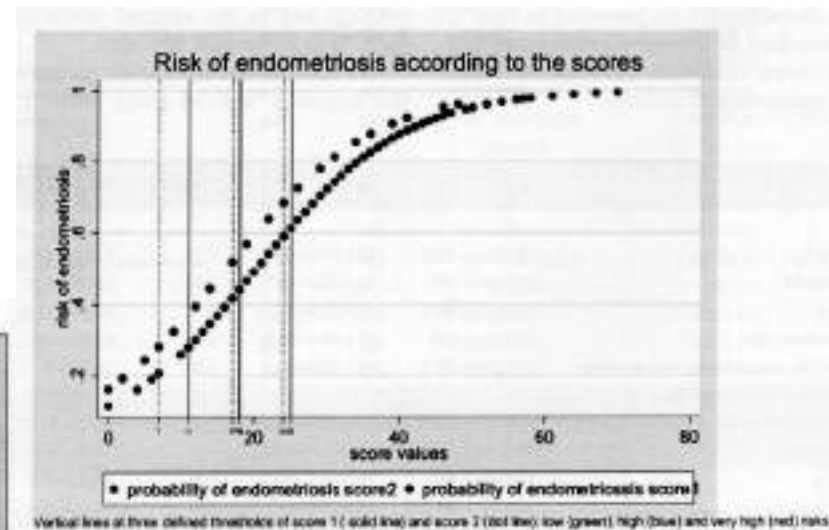
Validation du diagnostic à partir de questionnaires

Chapron C, Lancet 2022

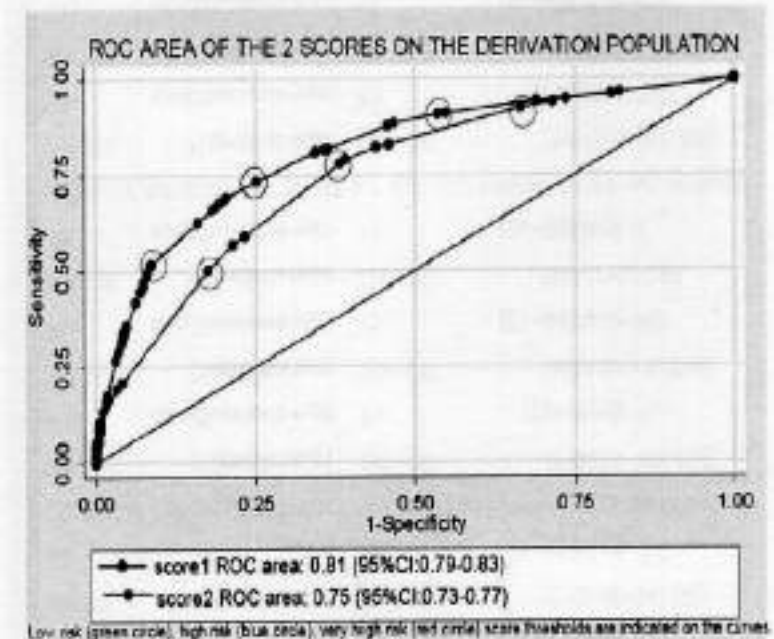
Variables	Score 1		Score 2		Score 1 calculation		Score 2 calculation	
	ORa (95% CI)	Simplified β coefficients	ORa (95% CI)	Simplified β coefficients	yes	no	yes	No
Family history of endometriosis	3.99 [2.3–7.1]	1.4	5.3 [3.1–9.0]	1.7	14	0	17	0
Primary sterility	1.9 [1.4–2.5]	0.6	1.7 [1.3–2.2]	0.5	6	0	5	0
BMI < 22	1.9 [1.5–2.4]	0.7	5.3 [4.3–6.6]	0.7	7	0	7	0
Short regular cycles (<28 days)	1.6 [1.1–2.4]	0.4	1.3 [1.0–1.9]	0.2	4	0	2	0
VAS pains scores								
VAS dysmenorrhea ≥ 6	3.1 [2.4–3.9]	1.1	5.3 [3.1–9.0]	1.7	11	0	17	0
VAS deep dyspareunia ≥ 3	1.92 [1.5–2.4]	0.6			6	0		
VAS GI symptoms ≥ 5	4.0 [1.9–5.6]	1.4			14	0		
VAS urinary tract symptoms ≥ 1	3.2 [2.0–5.0]	1.2			12	0		
					Sum=	Sum=		
					score1	score2		

Table 3: Association between prediction variables and endometriosis after selection: Final simplified model with 8 variables (score 1) and five variables (score 2) and calculation of the scores.

VAS: Visual Analogic Scale; OCP: oral contraceptive pill; BMI: Body Mass Index; GI: gastro-intestinal; Se: sensitivity; Sp: specificity; AUC: area under the curve; ORa: adjusted odd ratio.



Vertical lines at three defined thresholds of score 1 (solid line) and score 2 (dotted line): low (green), high (blue) and very high (red) risks



Low risk (green circle), high risk (blue circle), very high risk (red circle) score thresholds are indicated on the curves.

Examen clinique

- **Au spéculum:** Il peut exister des petits kystes du col, bleutés ou rougeâtres, saignant au contact, et des nodules bleutés dans le cul-de-sac vaginal postérieur, soit secondaire à une lésion recto-vaginale, soit primaire
- **Au toucher vaginal: D'après Chapron, au TV une lésion est palpée dans 87% des cas** (apprentissage)
 - Une rétroversion (+/- fixée) est retrouvée près de 50% des cas.
 - La mobilisation utérine est douloureuse.
 - La sensibilité à la pression (et l'infiltration) des ligaments utéro-sacrés ou de la cloison recto-vaginale peut être évocatrice d'endométriose.
 - Le TV peut également retrouver une masse annexielle, non spécifique et qui peut faire évoquer un endométriome ovarien dans contexte de douleurs cycliques.

Examen clinique (suite)

- Lorsque des lésions d'endométriose profonde sont palpées au TV, elles sont pratiquement toujours au niveau du tiers supérieur du vagin
- Les lésions d'endométriose profonde sont le plus souvent, non pas localisées au niveau de la cloison recto-vaginale mais au-dessus, et infiltrent les ligaments utérus-sacrés et le fond du cul-de-sac de Douglas, avec, dans certain cas, une infiltration digestive
- **Le toucher rectal:** N'est pas systématique, cependant, en cas de lésions au niveau de la cloison recto-vaginale, il améliore l'évaluation clinique de celle-ci

Endométriose recto-vaginale:

28 ans, douleurs +++, sang selles, atteinte vaginale



Reco HAS - CNGOF 2017

- Prise en charge si **retentissement fonctionnel** (douleur, infertilité) ou **altération du fonctionnement d'un organe** (AE).
- En l'absence de symptômes, **pas de dépistage systématique dans des populations à risque augmenté** (C).
- Un dépistage de l'endométriose n'est **pas recommandé dans la population générale** (AE).
- Les examens de première intention pour rechercher une endométriose sont **l'examen gynécologique et l'échographie pelvienne** (Accord d'experts).
- Chez les patientes présentant un endométriome (< 8 cm, douloureux), il est **recommandé de rechercher une endométriose profonde** (Grade C).
- Chez les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques, il est recommandé de rechercher une endométriose profonde **en cas de douleur à la défécation pendant les règles, de signes urinaires cycliques, de dyspareunie profonde intense, ou d'infertilité associée** (Grade B).

Recommandations internationales

	HAS CNGOF 2017 (France)	ESHRE 2014 (Europe)	ASRM 2012 (USA)	NICE 2017 (GB)
Dépistage systématique	Non	Oui		
Diagnostic clinique	Oui	Oui		Oui
Echographie	Oui 1 ^{ère} int	Oui (ovaire, rectum)		Oui, 1 ^{ère} intention
IRM	Oui	Non (péritoine)		2 ^{ème} intention, endométriiose profonde
CA 125	Non	Non		Non
Coelioscopie systématique	Non	Non		Non
Diagnostic histologique	Oui	Oui		
Oestroprogestatif	B (continu)	B (continu)		+
SIU lévonorgestrel	B	B (option)		
Progestatifs	C	A (puissants)		+
Diénogest	C	A		
Agoniste GnRH	B	A (add-back therapy)		
Kystectomie ovarienne	Oui (> 6 cm)	Oui	Oui (> 4 cm)	
Endométriiose rectovaginale	Oui (douleur)	Oui (douleur)	Non, → FIV	
Chirurgie si infertilité	Non	Oui (ovaire, I/II, rectovaginal)	Non	
PC infertilité	6 mois, stimulation+IIU, FIV	6 mois, stimulation+IIU, FIV	Stimulation+IIU (> 35), FIV	

Risque d'endométriose



Recommandation de professionnels à consulter

- Choix 1: Sage Femme
- Choix 2: Médecin généraliste / Gynécologue traitant

endobreizh.

Qualité de vie

Impact total sur la qualité de vie

Très faible Très élevé



Détails :

- Des difficultés à marcher à cause des douleurs
- L'impression que vos symptômes réglaient votre vie
- Des changements d'humeur
- L'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous endurez
- L'impression que votre apparence avait changé
- L'incapacité d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs
- Des difficultés à vous occuper de votre(vos) enfant(s)
- Un sentiment d'inquiétude à l'idée d'avoir des rapports douloureux
- L'impression que les médecins pensaient que c'était dans votre tête
- Une déception parce que le traitement ne marchait pas
- Un sentiment de dépression face à l'éventualité de ne pas (ou plus) pouvoir avoir d'enfant

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours



Frise chronologique

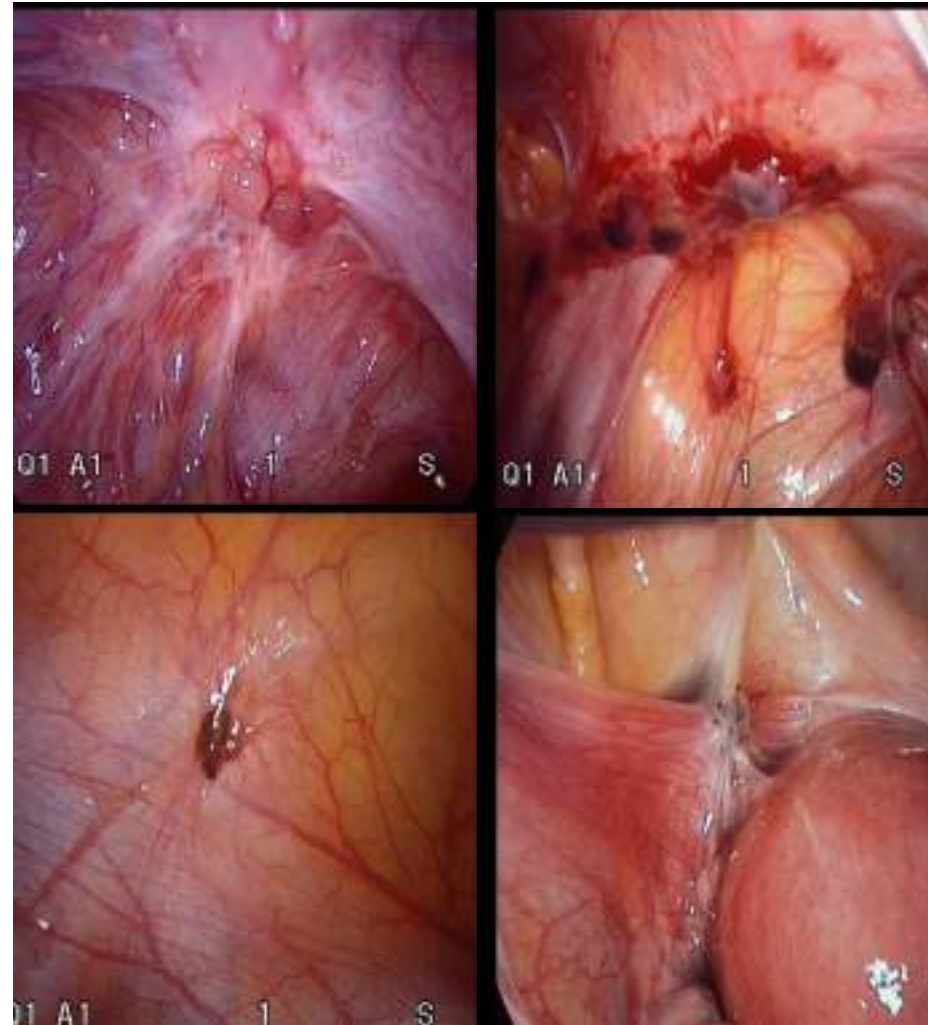


Conclusions

SC et EC Endométriose



- Un interrogatoire ciblé et un examen clinique précis permettent d'en faire très souvent le diagnostic
- Dysménorrhée retardée et dyspareunie profonde positionnelle sont les deux signes les plus fréquents
- Pb: retard diagnostique (7 ans)
- Apport des tests salivaires (Endo-test) ou sanguins





Merci de votre attention



endobreizh.com

philippe.merviel@chu-brest.fr