

**endo**+**breizh.**

FILIÈRE DE SANTÉ BRETONNE POUR  
LA PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE



# Traitements hormonaux

pour une patiente  
présentant une  
endométriose douloureuse

**Claire-Marie ROGER**

Gynécologue-obstétricien  
Clinique La Sagesse, Rennes

# endo**breizh.**

FILIÈRE DE SANTÉ BRETONNE POUR  
LA PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE



## Conflits d'intérêt

- **déclare ne pas avoir de liens d'intérêts conduisant à des conflits particuliers à ce jour dans le cadre de cette présentation**
- **déclare ne faire état dans cette présentation que de données confirmées**

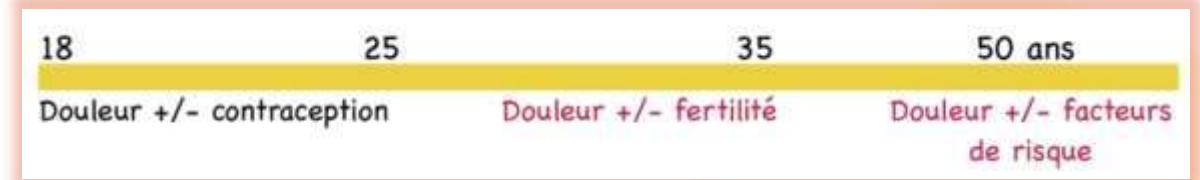
Loi du 4 mars 2002 (article L 4113-13 du code de la santé publique) et décret du 28 mars 2007

article R.4127-13 du code de la santé publique

# Pourquoi / pour qui prescrire un TTT médical?

- **Pathologie chronique**

- Ttt médical suspensif
- Impact des ttt à moyen long terme- EI // bénéfices attendus



Objectif : qualité de Vie!

- **Toute patiente avec retentissement fonctionnel ne relevant pas d'une chirurgie**



### Indications chirurgicales :

- patientes symptomatiques résistantes au traitement médical
- certaines indications dans l'infertilité,
- urétérohydronéphrose, pré occlusion digestive, paroi post césarienne, thorax
- doute sur la nature bénigne d'une lésion.

# Information patiente

## → décision partagée



- information éclairée :

- risque d'évolution ou de récurrence,
- **les traitements proposés ont fait la preuve de leur efficacité pour améliorer la QV**
- alternatives thérapeutiques,
- bénéfices / risques attendus,
- prendre en compte les attentes et les préférences de la patiente
- Sites internet de référence pour explications / Attention contenu!
- **Associations de patientes... etc**

### Choix selon :

- contre-indications,
- effets indésirables potentiels,
- traitements antérieurs,
- avis de la patiente.

# Recos HAS CNGOF - ESHRE

patiente douloureuse ou post op  
en l'absence de projet de grossesse

- en **première intention:**

- COP;
- SIU au LNG à 52 mg.

- En **deuxième intention :**

- microprogestatif oral au désogestrel ;
- implant à l'étonogestrel ;
- aGnRH en association à une *add-back* thérapie (O et P) ;
- diénogest.

- ...Macroprogestatifs sans évaluation récente



Amélioration globale  
de la qualité de Vie



Réduction du risque  
de récurrence douloureuse  
en post op

# Les oestro-progestatifs



- Le dosage d'EE (20 *versus* 35  $\mu\text{g}$ ) n'influence pas l'efficacité sur la douleur
- LNG ou norgestimate ( limite risque thrombose) =2G
- Prise discontinuée... ou continue si dysménorrhée
- Satisfaction similaire continu / discontinu
- trois fois plus d'arrêts de traitement et plus d'EI chez les patientes ayant un schéma continu (NP2).
- Voie d'administration orale ou vaginale

- ➔ Diminution des douleurs (NP3) (dyspareunie, dysménorrhée, douleurs pelviennes) -
- ➔ Réduit le volume des endométriomes (NP2)
- ➔ Limite récurrence post op (NP1).



*En raison du risque thromboembolique, il est recommandé de suivre les règles de bonne pratique concernant l'usage des COP*

# Le DIU au lévonorgestrel



- 1ere intention, à 52mg
- Autres dosages non évalués



**Diminution des douleurs  
(dyspareunie,  
dysménorrhée, douleurs  
pelviennes) NP2**

# Les microprogestatifs

- Désogestrel 75mcg / j PO en continu



→ Diminution de la douleur  
chez les patientes ayant une  
atteinte de la cloison recto-  
vaginale (NP3).

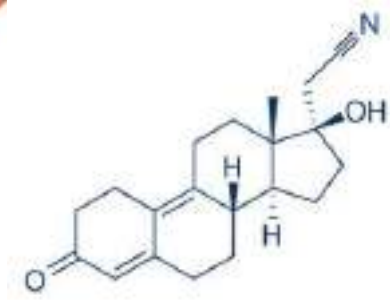
- implant étonogestrel 68mg



→ Diminution de la douleur  
→ Mauvaise tolérance 30%



# Le Diénogest



- 2mg/jour PO en continu

**!! Pas d'AMM contraception**

⇒ AMM endométriose  
⇒ Diminution douleurs cycliques

# Les macroprogestatifs

- **Médrogestone - Acétate de Chlormadinone** (indication endométriose)
  - absence de données récentes pour placer les macroprogestatifs dans le traitement de l'endométriose ...
- 
- le risque de développer un méningiome augmente avec la dose et la durée d'utilisation du traitement
  - dose minimale efficace et à la durée la plus courte possible
  - Surveillance IRM cérébrale

# Les analogues de la GNRH



- Durée d'un traitement par GnRHa : 6 à 12 mois,
- Injectable IM SC, nasal
  
- *add-back* thérapie macroprogestatif + œstrogène (DMO, tolérance EI )
- *L'add-back* thérapie ne réduit pas l'efficacité



**Diminution des douleurs  
(NP2)**

# Traitements à venir



- **Antagonistes de la GnRH :**
  - Elagolix utilisé par voie orale ,
  - relugolix associé à add-back thérapie dans le même comprimé,
  - linzagolix...
- **Inhibiteurs spécifiques :**
  - les inhibiteurs du TNF- $\alpha$ , infliximab en cours d'évaluation;
  - l'inhibiteur du VEGF,
  - inhibiteurs des métalloprotéases matricielles (MMP)
  - inhibiteurs des histones désacétylases

# Surveillance

- **Tempo serré : réévaluation** du traitement à 3-4 mois
  - **tolérance / efficacité**
  - **Évolution qualité de Vie**
- Traitement **adapté/ ré-adapté** à la demande de la patiente

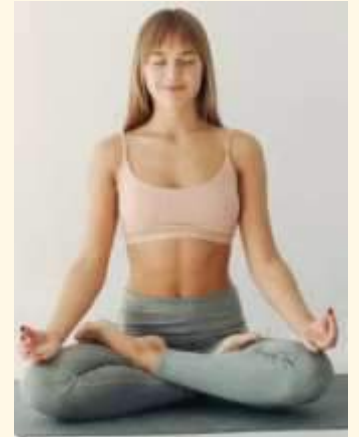
# TTT non hormonaux complémentaires

- **Antalgiques**
- **AINS** à éviter au long cours / effets secondaires gastriques et rénaux.
- Si origine neuropathique de la douleur : proposer un traitement spécifique. Les antiépileptiques antidépresseurs, TENS...

# Prise en charge globale +++

douleurs / fertilité / qualité de vie

- En cas de douleurs chroniques : **évaluation multidisciplinaire**
- **Recours aux centres de référence**
- **TTT non médicamenteux** : Ostéo, acupuncture, yoga...
- régimes alimentaires ou des suppléments vitaminiques : données insuffisantes
- **Médecin du travail /Ergothérapeute**
- **Penser indication préservation de la fertilité**



# Merci de votre attention... et pour votre présence



## Sources :

HAS-CNGOF

ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology)

NICE (National Institute for health and Care Excellence)

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)

RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynecologists)

SOGC (Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada)