



ENDOMÉTRIOSE

Stratégies pour la prise en charge de la douleur et de l'infertilité

éducation
éducation

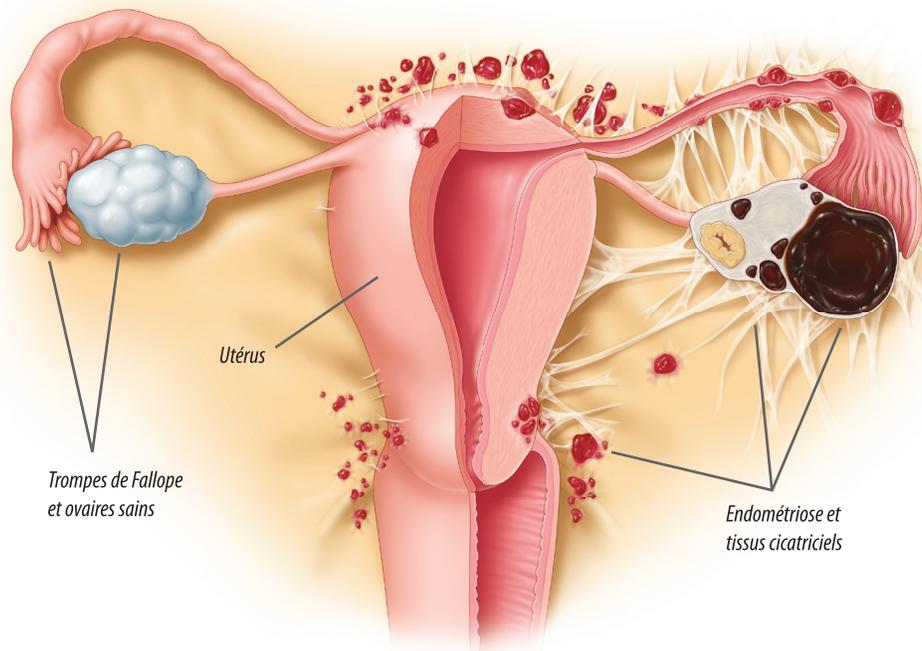
éducation
éducation
éducation
éducation



LA SOCIÉTÉ DES
OBSTÉTRICIEUS ET
GYNÉCOLOGUES
DU CANADA

Qu'est-ce que l'endométriose?

L'endométriose se définit comme étant la croissance de tissus (semblables à ceux qui tapissent l'utérus) à l'extérieur de celui-ci, généralement dans l'abdomen. Ces tissus réagissent au cycle menstruel de la même manière que ceux qui se trouvent dans l'utérus : chaque mois, ils s'épaississent, se dégradent et sont libérés. Le sang menstruel se trouvant dans l'utérus s'écoule par le vagin, alors que le sang et les tissus qui composent les endométriomes ne peuvent être évacués d'aucune façon. Cela se traduit par de l'inflammation et, dans certains cas, la formation de lésions (adhérences), ce qui peut entraîner l'apparition des douloureux symptômes de l'endométriose et rendre difficile l'obtention d'une grossesse.



L'endométriose est une maladie complexe qui peut être difficile à diagnostiquer et à traiter. Bon nombre des symptômes de l'endométriose (crampes menstruelles intenses et douloureuses, douleurs pendant les rapports sexuels et maux gastro-intestinaux comme la diarrhée, la constipation et la nausée) s'apparentent à ceux d'une vaste gamme d'autres troubles.

LES FAITS :

L'endométriose touche jusqu'à...

1 femme sur 10 en âge de procréer

5 femmes sur 10 atteintes d'infertilité*

5 femmes sur 10 connaissant des douleurs pelviennes chroniques*

Les études portant sur l'hérédité indiquent que l'endométriose est de 3 à 10 fois plus élevée **chez les femmes ayant une mère ou une sœur (parent du premier degré)** atteinte de cette affection.

Les femmes qui présentent une **anomalie de l'appareil génital** sont également exposées à un risque accru d'endométriose.

Ne jamais avoir été enceinte, présenter une hypofertilité ni avoir connu des intervalles prolongés entre les grossesses sont tous des facteurs qui sont associés à une **augmentation du risque d'endométriose**.

*statistiques fondées sur des femmes soumises à une évaluation laparoscopique de l'infertilité et des douleurs pelviennes

Quel type de patiente êtes-vous en ce qui concerne l'endométriose?

Les **symptômes** que vous ressentez dépendront du siège des lésions d'endométriose. Les symptômes seront différents pour chaque femme.

- **Crampes menstruelles intenses**
Ces crampes sont plus intenses que les crampes menstruelles normales; elles peuvent également se manifester plus tôt pendant le cycle menstruel et durer plus longtemps.
- **Rapports sexuels douloureux**
Douleur profonde au niveau de l'abdomen et/ou du bassin pendant ou après les rapports sexuels.
- **Miction ou défécation douloureuse**
Ces symptômes peuvent être ressentis pendant les règles ou, dans les cas graves, même entre les règles.
- **Douleur dans le bas du dos ou du ventre**
- **Douleur pelvienne chronique**
Douleur abdominale et pelvienne qui n'est pas liée au cycle menstruel, mais qui se manifeste quotidiennement depuis au moins six mois.
- **Autres malaises gastro-intestinaux**
(p. ex. diarrhée, constipation et nausées)
Ces symptômes se manifestent généralement pendant les règles.

Pour certaines femmes, la douleur associée à l'endométriose peut entraîner de la fatigue, des sentiments de dépression et d'isolement, des problèmes liés aux relations et à la sexualité et de la difficulté à respecter ses engagements sociaux et au travail.

Diagnostic

Les premières étapes consistent à **évaluer la douleur** et à **examiner** votre région abdominale ou à pratiquer un **examen pelvien** pour localiser la provenance de la douleur. Une **échographie** pourrait également être réalisée pour écarter d'autres causes de vos symptômes et, dans certains cas, une **laparoscopie** pourrait être nécessaire – comme il s'agit d'une intervention chirurgicale, on n'y a recours que lorsque les autres options pour le diagnostic et le traitement se sont avérées inefficaces.



Endométriose et infertilité

Si vous souffrez d'endométriose, il peut être plus difficile de tenter de devenir enceinte parce que les tissus cicatriciels peuvent bloquer vos trompes de Fallope, rendant difficile la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde. L'endométriose peut également entraîner un risque accru de grossesse ectopique (lorsque l'ovule fécondé s'implante et se développe à l'intérieur d'une trompe de Fallope).

On peut se réjouir que bon nombre de femmes atteintes d'endométriose sont en mesure de concevoir; toutefois, ce peut être plus long pour certaines.

Êtes-vous...

Une adolescente atteinte de douleur pelvienne chronique? Voir la page 3

Une adulte qui ne prévoit pas devenir enceinte prochainement? Voir la page 4

Une adulte atteinte de douleur pelvienne chronique et d'infertilité? Voir la page 5

Une adulte atteinte d'endométriose profondément infiltrante? Voir la page 6

Une femme en périménopause atteinte d'endométriose? Voir la page 7

Êtes-vous une adolescente atteinte de douleur pelvienne chronique?

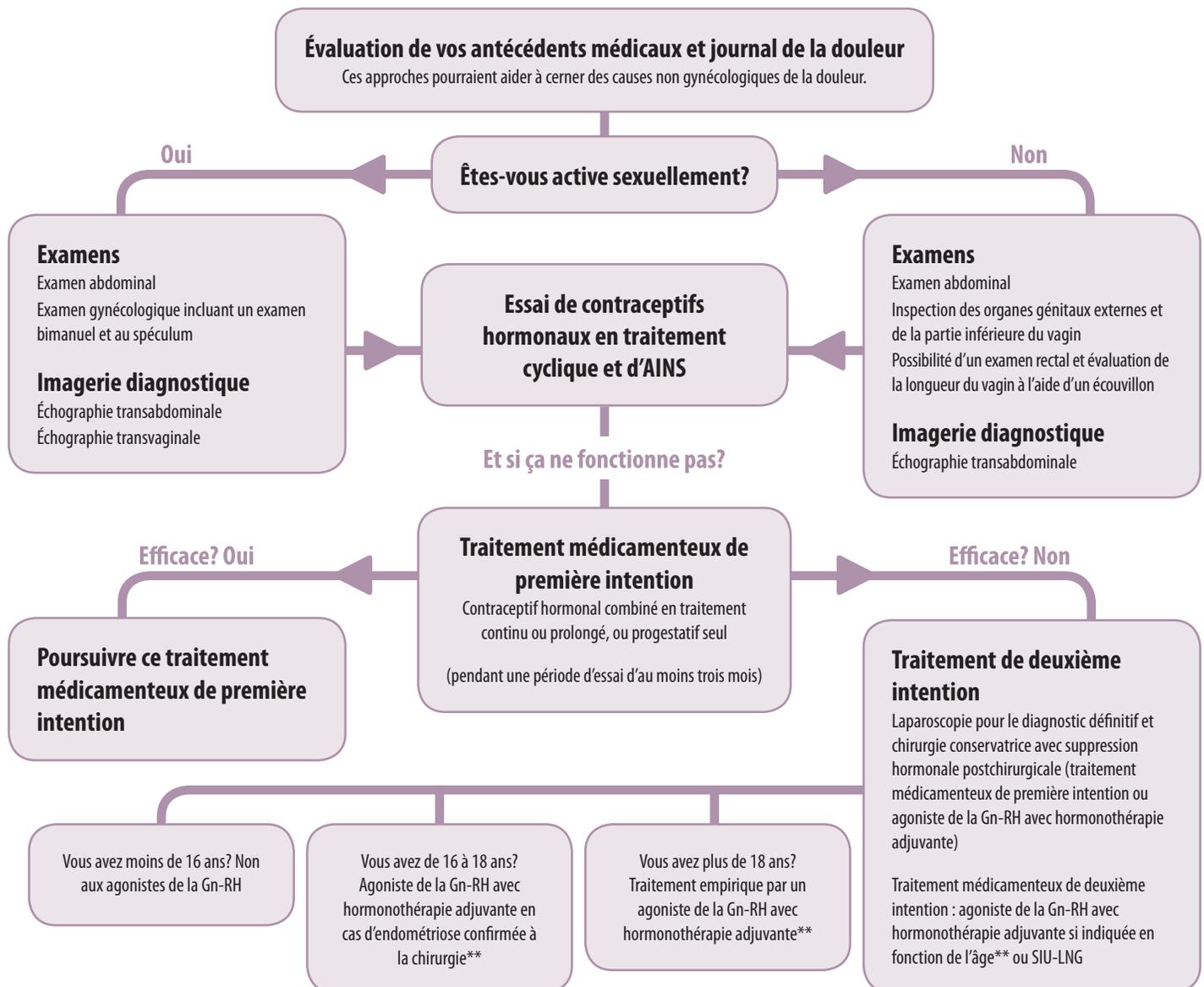
- Vous êtes âgée de 18 ans ou moins.
- Vous souffrez de crampes intenses plusieurs jours par mois.
- La douleur se situe principalement dans le bas du ventre, mais peut parfois se manifester dans d'autres régions.
- Des nausées accompagnent cette douleur.
- Vos symptômes vous obligent parfois à manquer l'école ou des activités sociales.

Conseils

- N'oubliez pas qu'il pourrait s'écouler quelques mois avant que les contraceptifs hormonaux combinés ne commencent à soulager vos symptômes.
- Envisagez d'utiliser un AINS pour soulager la douleur.
- Les contraceptifs hormonaux combinés peuvent soulager la douleur, mais ne guérissent pas l'endométriose.
- N'oubliez pas de prendre les comprimés à la même heure tous les jours.
- Vous devrez probablement retourner chez votre médecin après environ trois mois pour un suivi.

Le saviez-vous?

Le registre de l'Endometriosis Association révèle que 38 % des femmes atteintes d'endométriose présentent des symptômes dont l'apparition remonte avant l'âge de 15 ans.



**Le traitement par un agoniste de la Gn-RH avec hormonothérapie adjuvante n'est pas toujours indiqué chez les adolescentes, en raison de ses effets indésirables possibles sur la densité minérale osseuse. Il convient d'envisager une évaluation systématique de la densité minérale osseuse.

Êtes-vous une femme qui ne prévoit pas devenir enceinte prochainement?

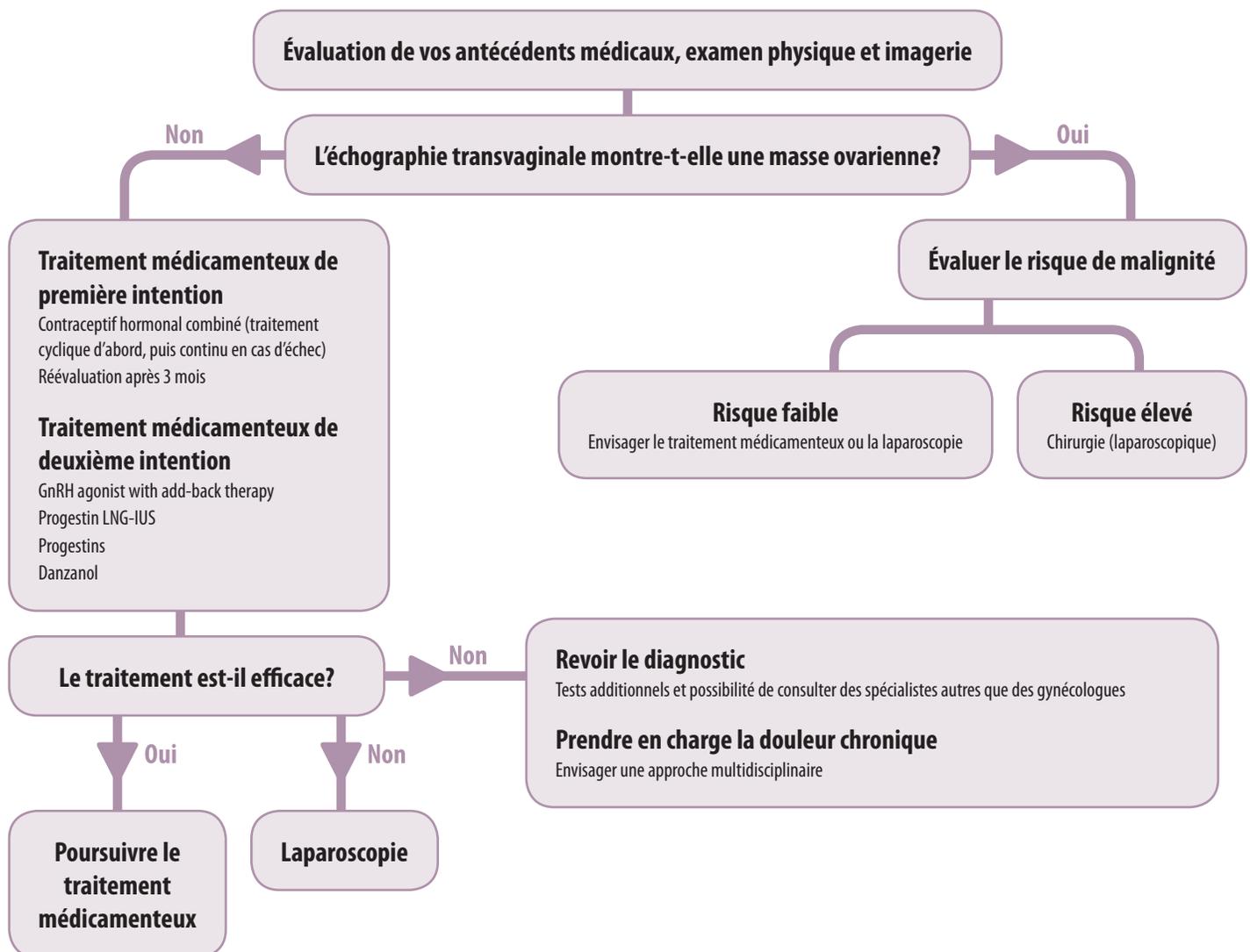
- Vous ne prévoyez pas de grossesse au cours des trois à quatre prochaines années.
- Vous pourriez souhaiter avoir un enfant ultérieurement.
- Vous avez peut-être déjà souffert d'endométriose et les symptômes ont ressurgi ou se sont aggravés.
- Vous ressentez une douleur pelvienne basse invalidante.
- Vous souffrez peut-être de dysménorrhée grave depuis l'apparition de vos premières règles.
- Vous avez peut-être déjà pris des contraceptifs hormonaux combinés en traitement cyclique ou continu et des AINS.

Conseils cliniques

- L'examen physique devrait comprendre une évaluation visant à déterminer la position, la taille et la mobilité de l'utérus : un utérus fixe rétroversé pourrait suggérer la présence d'une maladie grave liée aux adhérences.
- Les masses annexielles découvertes au moment de l'examen physique peuvent suggérer la présence d'endométriomes ovariens.
- Un examen rectovaginal peut être nécessaire pour palper les ligaments utérosacrés et la cloison rectovaginale, ce qui pourrait révéler la présence de nodules douloureux évoquant une endométriose profondément infiltrante.
- La tenue d'un examen pendant les règles peut améliorer les chances de détecter des nodules profondément infiltrants et la qualité de l'évaluation de la douleur.
- L'échographie permet de détecter les kystes ovariens et d'autres troubles pelviens, tels que les fibromes utérins.

Qu'en est-il de la laparoscopie diagnostique?

Il n'est pas nécessaire de réaliser cette intervention chez toutes les patientes avant d'instaurer un traitement; même si elle est considérée comme minimalement effractive, cette intervention comporte les risques d'une chirurgie et elle est généralement envisagée uniquement lorsque le traitement médicamenteux a échoué.



Êtes-vous une femme atteinte de douleur pelvienne chronique et d'infertilité?

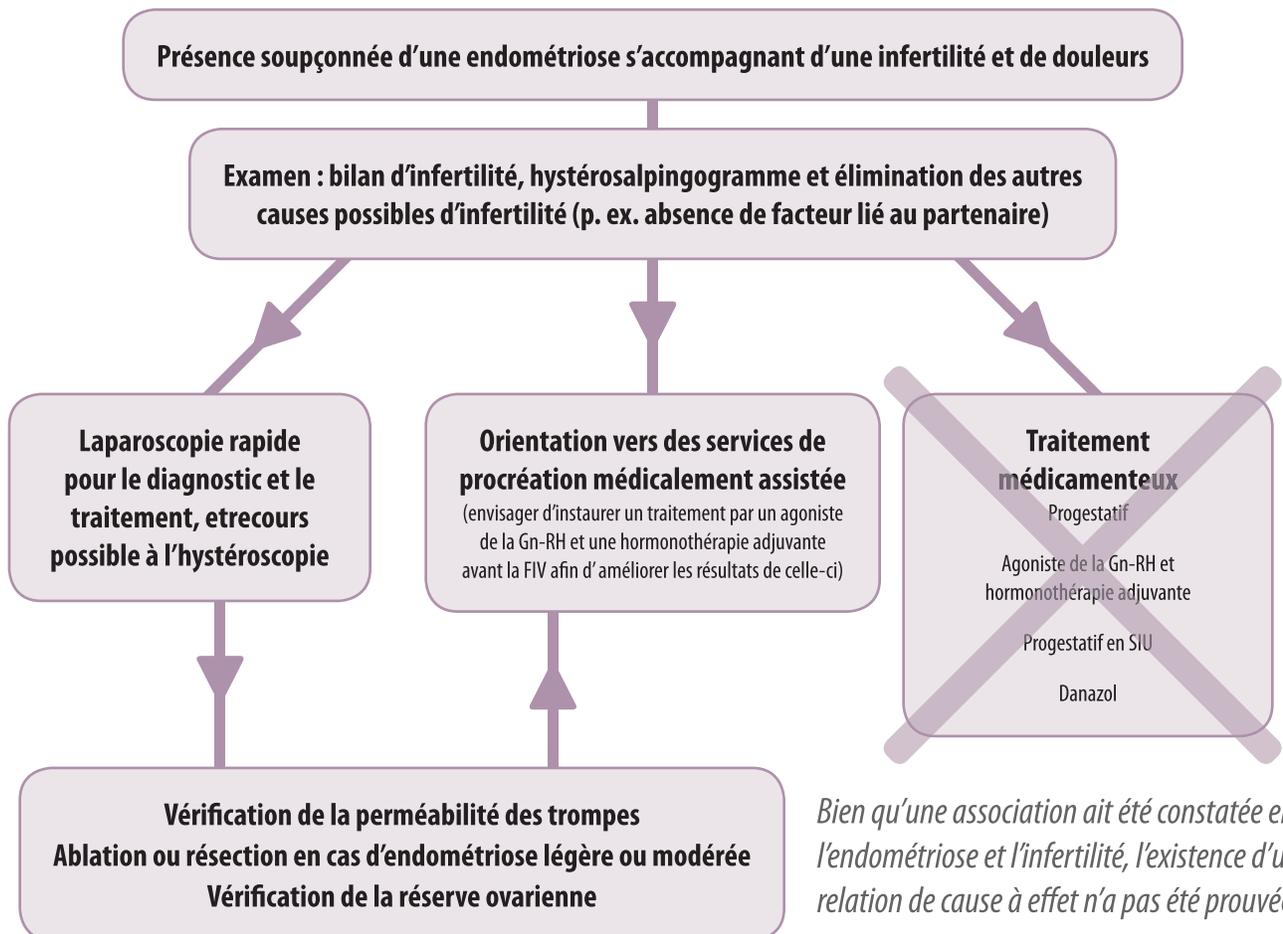
- Vous présentez une douleur pelvienne grave et une infertilité.
- La douleur pourrait être apparue ou s'être aggravée après l'interruption de la prise d'un contraceptif hormonal combiné.
- Vous tentez peut-être de devenir enceinte depuis 12 mois ou plus.
- Vous êtes par ailleurs en bonne santé.
- Votre partenaire ne présente aucun problème de fertilité qui pourrait expliquer l'incapacité à concevoir.

Conseils cliniques

- Plusieurs études laissent entendre que les femmes qui présentent une endométriose chronique ou avancée tireront avantage d'un traitement à long terme au moyen d'un agoniste de la Gn-RH avant la tenue d'un cycle de FIV.
- La prise en charge de l'infertilité causée par l'endométriose consiste à procéder au retrait chirurgical du tissu endométriosique et à une adhésiolyse afin de restaurer l'anatomie normale ou à avoir recours à la procréation médicalement assistée.

La laparoscopie est indiquée dans les cas suivants :

- En présence d'une dyspareunie profonde, d'une dysménorrhée grave, d'une dyschésie ou de douleurs pelviennes chroniques étant assez graves pour causer de la souffrance
- Lorsque des nodules douloureux sont palpés dans les ligaments utérosacrés
- En présence d'une masse annexielle persistante



Bien qu'une association ait été constatée entre l'endométriose et l'infertilité, l'existence d'une relation de cause à effet n'a pas été prouvée.

Êtes-vous une femme atteinte d'endométriose profondément infiltrante?

- Vous présentez une douleur pelvienne intense, persistante et invalidante.
- La douleur se situe souvent à l'abdomen ou au bas du dos.
- Vous souffrez de dyspareunie grave.
- Vous ne souhaitez pas devenir enceinte prochainement, mais vous aimeriez peut-être fonder une famille plus tard.

La prise en charge chirurgicale de l'endométriose est indiquée dans les cas suivants :

Patientes souffrant de douleur pelvienne...

qui ne réagissent pas au traitement médicamenteux, qui le refusent ou qui présentent des contre-indications à un tel traitement

qui connaissent une complication annexielle aiguë

qui présentent une grave maladie envahissante affectant les intestins, la vessie, les uretères ou les nerfs pelviens

Patientes chez qui la présence d'un endométriome ovarien est confirmée ou soupçonnée

Patientes pour qui l'incertitude du diagnostic affecte la prise en charge

Patientes qui présentent une infertilité et des facteurs connexes (c.-à-d. de la douleur ou une masse pelvienne)

Chirurgie conservatrice ou définitive?

La chirurgie conservatrice a pour but de restaurer l'anatomie normale et de soulager la douleur.

La chirurgie définitive consiste en une ovariectomie bilatérale visant à déclencher la ménopause; elle peut inclure le retrait de l'utérus et des trompes de Fallope et, idéalement, l'excision de tous les nodules et de toutes les lésions endométriosiques visibles.

Conseils cliniques

- Lorsque l'on estime que l'endométriose compte une composante profondément envahissante, la tenue de tests d'appoint (tels que la colonoscopie, la cystoscopie, l'échographie rectale et l'IRM) peut s'avérer nécessaire.
- Le terme « endométriose profondément infiltrante » désigne les lésions qui présentent une pénétration de 5 mm ou plus. Les lésions sont souvent multifocales et plus profondes que ce que permet d'estimer la seule visualisation.
- Dans les cas d'endométriomes ovariens, il est important de prendre en considération votre souhait d'avoir des enfants plus tard afin de déterminer le niveau d'intervention requis pour préserver les ovaires et leur fonctionnement.

Vous souffrez d'endométriose profondément infiltrante n'ayant pas réagi au traitement médicamenteux de deuxième intention?

Considérations préopératoires :

Évaluation des autres structures organiques, notamment de l'intestin et de l'uretère

Considérations particulières :

- La chirurgie nécessitera dans bien des cas une approche multidisciplinaire bénéficiant de l'expérience de plusieurs spécialistes.
- La laparoscopie est l'approche chirurgicale de préférence.

Laparoscopie ou chirurgie visant l'excision complète

Êtes-vous une femme en péri-ménopause atteinte d'endométriose?

- Vous êtes en péri-ménopause ou en ménopause.
- Vous souffrez de douleur pelvienne cyclique modérée.
- Vous avez peut-être des antécédents d'endométriose.

Avez-vous reçu un diagnostic d'endométriose?

Indications pour la chirurgie :

Patiente présentant une douleur pelvienne ne réagissant pas au traitement médicamenteux
Masse annexielle
Endométriome ovarien
Autre pathologie (p. ex. fibromyomes)

Traitement médicamenteux :

Traitement de première intention :

contraceptif hormonal combiné, progestatif

Traitement de deuxième intention : agoniste de la Gn-RH, possibilité d'une hormonothérapie adjuvante, progestatif en SIU, danazol

Oui

Évaluer de nouveau après trois mois pour déterminer s'il y a eu une amélioration

Non

Maintenir jusqu'à la ménopause

Chirurgie

Traitement de la douleur chronique et approche multidisciplinaire

Il existe divers traitements contre l'endométriose qui permettent d'améliorer *la qualité de vie*. Ceux-ci peuvent réduire la douleur, atténuer les lésions d'endométriose ou ralentir leur progression, préserver ou restaurer la *fertilité* et prévenir ou retarder le retour de la maladie.

Modification du mode de vie

Des changements à votre programme d'exercices physiques et de relaxation et le maintien d'habitudes alimentaires saines pour demeurer en santé peuvent aider à soulager les symptômes de l'endométriose.

Médicaments pour la prise en charge de la douleur

Au moins un cycle menstruel pourrait s'écouler avant que le traitement contre l'endométriose commence à agir. Vous pourriez donc devoir utiliser un médicament pour soulager la douleur en attendant que le traitement à long terme commence à enrayer vos symptômes. Les anti-inflammatoires en vente libre sont souvent efficaces pour soulager la douleur causée par l'endométriose. Ces médicaments sont peu coûteux et il n'y a pas de risque de développer une dépendance.

Contraceptif hormonal combiné en traitement cyclique ou continu

Ce traitement atténue la douleur liée à l'endométriose en stoppant les règles et en freinant la progression de l'endométriose.

La prise d'un contraceptif hormonal combiné sans interruption habituelle de sept jours chaque mois empêche les menstruations, ce qui peut être utile chez les femmes dont les symptômes d'endométriose sont les plus intenses pendant les règles.

Traitement par un progestatif

Il peut être administré sous forme de comprimé ou d'injection. Ce type de traitement aide à réduire les effets des œstrogènes, qui stimulent la croissance de lésions endométriosiques dans votre corps.

L'un des inconvénients de l'injection est qu'il peut y avoir un délai entre la fin du traitement et la reprise de l'ovulation. C'est pourquoi cette option n'est pas efficace si vous envisagez de concevoir dans un avenir rapproché.

Le saviez-vous?

Puisque l'endométriose est un trouble chronique et récurrent, les cliniciens devraient élaborer un plan de prise en charge à long terme prenant en considération les symptômes et les objectifs en matière de fertilité et de qualité de vie de chacune des patientes.

Suppression de la fonction ovarienne : agoniste de la Gn-RH avec hormonothérapie adjuvante

Si les contraceptifs hormonaux combinés ne sont pas efficaces pour traiter l'endométriose, on peut vous prescrire un médicament connu sous le nom d'agoniste de la gonadolibérine (Gn-RH), qui empêche les ovaires de fonctionner (soit le même processus que celui qui se produit à la ménopause). Parce que ce type de médicaments peut causer des symptômes semblables à ceux de la ménopause, un traitement adjuvant (aussi connu sous le nom de traitement de compensation) sera également prescrit pour ajouter des œstrogènes dans votre organisme. Ce traitement permettra de prévenir la perte de densité minérale osseuse et soulagera les symptômes semblables à ceux de la ménopause, comme les bouffées de chaleur.

Système intra-utérin (SIU)

Si la contraception hormonale combinée ou le traitement à l'aide d'un progestatif n'arrive pas à enrayer vos symptômes, votre professionnel de la santé pourrait alors recommander l'utilisation d'un système intra-utérin (SIU). Il s'agit d'une méthode contraceptive courante qui consiste en l'insertion, dans l'utérus, d'un dispositif en T. Ce dispositif libère un progestatif appelé lévonorgestrel, lequel contrecarre les effets des œstrogènes de la même manière que les autres traitements ayant recours à un progestatif. Le SIU administre continuellement le traitement pendant cinq ans ou jusqu'à ce qu'il soit retiré par un professionnel de la santé.

Chirurgie

Si les traitements prescrits se sont avérés inefficaces pour prendre en charge votre douleur ou pour améliorer votre qualité de vie, une laparoscopie peut être pratiquée pour exciser les fragments et lésions d'endométriose et le tissu cicatriciel. Cependant, cela ne veut pas dire pour autant que la prolifération des fragments d'endométriose est enrayerée; en effet, les lésions d'endométriose réapparaissent dans les cinq années suivantes chez de 20 à 40 % des femmes.

L'hystérectomie (ablation de l'utérus) peut être une autre option pour certaines femmes; malheureusement, la douleur peut se manifester à nouveau si l'endométriose s'est déjà propagée à d'autres organes. Le seul moyen d'enrayer l'endométriose de façon permanente est d'empêcher le fonctionnement ovarien par l'ablation des ovaires (toutefois, il pourrait subsister une certaine quantité de tissu cicatriciel).

Traitements de rechange

Certaines femmes trouvent que les thérapies parallèles, comme la physiothérapie, la massothérapie et l'acupuncture, sont des moyens efficaces de prendre en charge la douleur. Aucune donnée probante tirée d'études comparatives à répartition aléatoire n'appuie le recours à ces traitements contre l'endométriose; cela ne signifie pas pour autant que vous devriez les ignorer si vous croyez qu'ils pourraient vous aider à soulager la douleur que vous ressentez et à améliorer votre qualité de vie.



Autres ressources de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada à l'intention des patientes

Site Web éducatif pour le public : infoendometriose.ca

Dépliant d'information pour les patientes : *Endométriose* (disponible au www.sogc.org)

Dépliant d'information pour les patientes : *Endométriose — Stratégies thérapeutiques* (disponible au www.sogc.org)

Directive clinique : *Endométriose : Diagnostic et prise en charge* (disponible au www.sogc.org)



780, promenade Echo, Ottawa, Ontario K1S 5R7

Tél. : 1-800-561-2416 ou 613-730-4192

Télec. : 613-730-4314

www.sogc.org

La SOGC est responsable du développement du contenu et de l'élaboration de ce document avec l'aide d'une contribution à visée éducative des Laboratoires Abbott, Limitée.

This resource is available in English.