

Cet article a été transmis par le Pr Madélnat à l'association EndoFrance pour une utilisation qui lui réservée

## **PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE**

Patrick Madélnat  
Hôpital Bichat  
Juin 2007

L'endométriose est une maladie difficile. Avant tout elle est difficile à vivre pour celles qui en souffrent, mais elle est aussi difficile à traiter pour les praticiens qui prennent ces patientes en charge.

C'est dire toute l'importance de la relation qui unit les unes aux autres dans un climat où la compréhension mutuelle de la complexité du problème doit être permanente. L'endométriose est un terme qui ne devrait d'ailleurs pas être utilisé au singulier, tant les circonstances et les implications thérapeutiques sont différentes devant le caractère extrêmement polymorphe de cette maladie.

C'est donc plutôt des endométrioses au pluriel qu'il conviendrait de parler en distinguant :

1. les formes superficielles intra-péritonéales à type d'implants relativement limités
2. le kyste endométriosique ovarien uni ou bilatéral dont les spécificités sont propres sur le plan de la fertilité notamment
3. l'endométriose profonde sous péritonéale dont les rapports avec les organes vitaux que sont l'appareil digestif ou urinaire, induisent des difficultés chirurgicales parfois majeures
4. enfin l'endométriose interne localisée à la paroi utérine, aussi appelée adénomyose qui pose souvent le problème d'une éventuelle hystérectomie dont toute endométriosique accepte évidemment mal l'éventualité, avec ce qu'elle suppose en terme de renoncement à tout espoir de grossesse ultérieure.

Il est très complexe de répondre à la question que posent naturellement toutes les patientes endométriosiques : "Pourquoi moi ?". Si de nombreuses explications sont proposées pour justifier la survenue et l'évolution de cette affection, c'est qu'aucune n'est à elle seule suffisante pour répondre à l'ensemble des situations :

- la théorie du reflux menstruel (la régurgitation du sang des règles par les trompes) est indiscutablement logique mais dans ce cas, toutes les femmes ou presque devraient être endométriosiques ce qui heureusement, est loin d'être le cas ;
- des facteurs génétiques sont certainement en cause, expliquant le caractère assez souvent familial de cette affection.. Mais, personne n'a jusqu'alors identifié le gène de l'endométriose qui permettrait de reconnaître devant une symptomatologie évocatrice des groupes à haut risque de souffrir de la maladie ;
- des facteurs immunologiques sont certainement vraisemblables, les recherches nombreuses effectuées en ce sens permettent de le penser. Mais, il est toujours difficile de juger du caractère primitif ou secondaire à l'affection des anomalies rencontrées chez les patientes endométriosiques tant au niveau sanguin qu'au niveau du liquide péritonéal ;
- comme souvent dans ces situations complexes c'est à l'association probable de ces différentes hypothèses qu'il faut se référer plutôt qu'à une cause unique susceptible de rendre compte de la totalité des cas ;
- en outre, il ne faut pas oublier qu'un nombre non négligeable de femmes sont porteuses de lésions endométriosiques typiques sans en avoir aucune conséquence ni en terme de douleur, ni en terme de fertilité. Celles-ci ne doivent en aucun cas être considérées comme des malades à part entière de l'affection,

Cet article a été transmis par le Pr Madélnat à l'association EndoFrance pour une utilisation qui lui réservée

même s'il faut être attentif à leur devenir et leur proposer une surveillance raisonnable.

Malgré sa fréquence et sa symptomatologie souvent bruyante l'endométriose est une maladie encore méconnue, on peut le regretter, mais c'est ainsi ! Le délai séparant le début des troubles et le premier diagnostic de la maladie est souvent anormalement long, plusieurs années en moyenne. On peut imaginer l'incompréhension des patientes lorsque l'origine de leurs troubles est enfin identifiée après de trop fréquentes années d'errance diagnostique. Il est logique de comprendre leur ressentiment à l'égard des praticiens qui n'ont pas identifié leur problème, mais elles doivent admettre qu'il est souvent complexe d'arriver à ce diagnostic, parfois très difficile. N'est-ce pas d'ailleurs parfois par le biais d'autres compétences (gastro-entérologue, urologues) qu'on arrive parfois à la solution, preuve, s'il en était besoin, de la difficulté fréquente de reconnaître la maladie.

L'endométriosique est souvent douloureuse. C'est le rôle du praticien par l'interrogatoire soigneux, qu'il doit mener, de manière toujours complète de donner une significativité à un symptôme relativement banal en consultation gynécologique et loin de correspondre toujours à une endométriose :

1. dysménorrhée, c'est à dire une douleur contemporaine des règles ou voisine du début de celles-ci.
2. dyspareunie, c'est à dire une douleur survenant pendant les rapports sexuels dont l'intensité peut-être telle qu'elle en arrive à les interdire.
3. dyschésie, soit une douleur survenant à l'émission des selles d'autant plus caractéristique qu'elle existe ou s'exagère en période menstruelle.
4. dysurie ou autres manifestations survenant à l'évacuation de la vessie avec le même rythme cyclique.

C'est en effet lorsque la corrélation de ces manifestations douloureuses avec le cycle menstruel est identifiée, qu'un grand pas est fait vers le diagnostic. Ceci ne veut toutefois pas dire que toute manifestation douloureuse cyclique, rythmée par le cycle menstruel est forcément en rapport avec une endométriose. Mais là est toute la difficulté du diagnostic.

L'endométriosique est assez souvent infertile et pour nombre de patientes, c'est là le motif essentiel de sa demande. Il est clair que lorsque chez la même patiente les deux symptômes, douleur et infertilité, sont présents, l'hypothèse de l'endométriose se trouve très renforcée.

### **Que faudrait-il faire alors ?**

La coelioscopie semble une réponse logique à laquelle il faut évidemment recourir sans non plus en abuser. Prenons un exemple pratique : la dysménorrhée (douleurs pendant les règles) est une situation fréquente qui concerne bien des jeunes filles dès la période pubertaire.

Lorsqu'on prend en charge des patientes endométriosiques avérées plus âgées, on retrouve très fréquemment ce symptôme, a posteriori, en les interrogeant sur leurs antécédents. Dès lors, on pourrait proposer de coelioscoper toute adolescente post-pubertaire dysménorrhéique persistante. Oui, mais on ferait alors deux coelioscopies sur trois pour rien et ne découvrir aucune endométriose, ni aucune anomalie susceptible de rendre compte-compte du symptôme. A l'évidence, cette proposition est peu défendable et toute la difficulté est de ne proposer une coelioscopie, exploration relativement contraignante, qu'aux patientes ayant un risque réel d'être porteuse de l'affection. C'est plus simple à dire qu'à solutionner en pratique.

Cet article a été transmis par le Pr Madélinat à l'association EndoFrance pour une utilisation qui lui réservée

Outre son indiscutable intérêt diagnostique, la coelioscopie a deux autres valeurs, pronostique et thérapeutique.

Sur le plan pronostic, l'intérêt de la coelioscopie est grand en matière de fertilité ultérieure. L'importance des lésions et leur siège ainsi que le résultat des gestes chirurgicaux pratiqués durant la coelioscopie permettent au terme de la procédure de juger des chances de la patiente. Ainsi, pourra-t-on l'orienter vers des tentatives de fécondation spontanée si le résultat en fin d'intervention laisse penser que la fonction des trompes et des ovaires le permet. A contrario, il faudra savoir orienter la patiente vers l'Assistance Médicale à la Procréation dans le cas de figure inverse.

L'essentiel dans toutes les circonstances est de ne pas perdre de temps en de vains espoirs de fécondation spontanée, si elle est illusoire. Mais à l'inverse, il faut éviter la surmédicalisation que représente l'AMP si elle n'est pas vraiment nécessaire.

Sur le plan thérapeutique la coelioscopie vise à l'ablation de la totalité des lésions endométriosiques. C'est relativement simple dans les formes limitées de l'affection, ce peut être très complexe dans les formes évoluées et notamment dans leur localisation sous-péritonéales profondes. Surtout, il ne faut jamais cacher aux patientes les risques que font courir ces gestes sur le plan des adhérences post-opératoires, notamment. Aussi se trouve-t-on placé dans une situation complexe où peut exister un conflit d'intérêt. Plus les gestes d'ablation des lésions sont pratiqués de manière extensive, plus le résultat peut-être bon en matière de douleurs. Mais à l'inverse, plus les dissections sont importantes, plus le risque d'adhérences post-opératoires existe avec des conséquences possibles sur la fertilité ultérieure. Il y a évidemment un point d'équilibre à trouver, mais il n'est pas toujours facile de le déterminer.

Le kyste endométriosique ovarien (endométriome) est une entité relativement à part dans le contexte de la maladie endométriosique. Contrairement à d'autres localisations de l'endométriose qui ne peuvent-être reconnues qu'à la coelioscopie, le diagnostic sûr et fiable de l'endométriose repose sur l'échographie très performante en ce domaine. Le traitement de l'endométriome est essentiellement chirurgical, il répond, en effet, très mal, voire pas du tout, au traitement médical. L'intervention est habituellement pratiquée par le biais de la coelio-chirurgie ; le but de celle-ci est d'enlever le kyste et les lésions associées de voisinage en respectant le tissu ovarien normal qui l'entoure. Comme pour toute chirurgie de l'endométriose, sa complexité est fort variable de situations relativement simples à des cas de complexité majeure lorsque les lésions endométriosiques sont diffuses.

**Faut-il pour autant opérer tous les endométriomes ?** La réponse est non.

Les endométriomes de petites dimensions peuvent être traités par l'abstention pure et simple. A l'inverse, certaines formes complexes relèvent plus de l'ablation de l'ovaire (ovariectomie) que de la chirurgie conservant cet organe.

Surtout devant les récurrences, le chirurgien doit soigneusement peser les avantages et les inconvénients d'une nouvelle intervention et les mettre en balance avec des solutions moins contraignantes, comme la ponction échoguidée sous simple anesthésie locale. Il ne faudrait en effet, pas oublier que la chirurgie répétitive sur l'ovaire peut avoir des effets négatifs sur la fonction de reproduction en altérant de manière parfois importante, la réserve ovocytaire de ces patientes désireuses de grossesse..

Ainsi, doit-on en chaque circonstance soigneusement peser les avantages et les inconvénients d'une chirurgie dont les risques sont certains notamment, lorsqu'elle est répétitive.

Cet article a été transmis par le Pr Madélnat à l'association EndoFrance pour une utilisation qui lui réservée

L'endométriose pelvienne profonde sous-péritonéale est à bien des points actuellement la forme la plus caricaturale de la maladie. Pour des raisons mal connues sa fréquence semble actuellement croissante. Il existe vraisemblablement des facteurs environnementaux susceptibles de prendre en compte de cette situation. Mais, on est loin de les avoir identifiés de manière précise. L'avenir éclairera peut-être une structure qui à l'heure actuelle reste mal comprise.

Sur le plan des symptômes cette localisation est certainement la plus invalidante. Les femmes qui en sont porteuses savent combien leur vie est gâchée au quotidien par cette situation, tant sur le plan personnel que conjugal. L'intensité des manifestations douloureuses connaît ici son apogée avec un retentissement majeur sur la vie quotidienne et sur la sexualité.

Les explorations radiologiques (IRM) et échographiques sont essentielles à l'exploration de ces situations, à la réserve qu'elles soient correctement faites, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas.

Le traitement médical de quelque nature qu'il soit, n'a ici qu'un effet palliatif, diminuant les symptômes sans faire régresser, ou à peine, les lésions.

La solution est chirurgicale mais encore faut-il que l'intervention ait été clairement explicitée à la patiente du fait de sa contrainte, de ses risques éventuels, des complications toujours possible et de la fréquence non négligeable de ses séquelles. Cette information ne doit pas être considérée comme trop rébarbative. Il faut opérer ces patientes, mais on leur doit ici, plus qu'ailleurs, des explications très détaillées susceptibles d'obtenir leur accord dans le cadre d'un consentement mutuel qui engage à la fois la patiente et son médecin.

Il est vrai, que les informations que doit recevoir la patiente peuvent-être très décourageantes, le spectre de l'anus artificiel même temporaire en est la caricature. Il faut toutefois savoir que cette obligation d'information faite aux patientes est légale et que nul médecin ne saurait s'y soustraire faute à s'exposer en cas de malheur, à un recours médico-légal fondé. Toute patiente qui reçoit ces informations parfois dévastatrices doit savoir que le médecin doit s'y soumettre faute de s'exposer à des critiques fondées et à un risque de procès probable au cas jamais impossible où les suites opératoires se compliqueraient.

On aurait tort toutefois, de diaboliser une chirurgie dont les résultats sont plus qu'honorables à la seule réserve d'être pratiquée dans des centres performants rompus à cette pratique. Tant sur le plan des douleurs, que sur celui de la fertilité les résultats sont plus que satisfaisants, même si le risque de récurrence, dont on aurait tort de croire qu'il est inéluctable, ne saurait jamais être écarté formellement.

Il reste à évoquer le problème particulier de l'adénomyose. Cette entité est indiscutablement différente survenant plus tardivement dans la vie et concernant souvent des femmes dont la fertilité n'est plus le problème essentiel. Le traitement médical de l'adénomyose n'existe pas. Son diagnostic est incertain car les différentes techniques d'imagerie susceptibles d'être utilisées pour la reconnaître sont peu performantes. C'est donc souvent sur des arguments de simple présomption que l'on est amené à proposer à une patiente l'hystérectomie (ablation de l'utérus), seule solution thérapeutique véritablement efficace.

Pour que cette proposition soit acceptable, il faut que l'intéressée ait renoncé à tout projet de grossesse, mais dans cette éventualité même, on sait combien l'hystérectomie est mal vécue, surtout chez des femmes ayant un long et lourd passé d'infertilité.

Cet article a été transmis par le Pr Madélnat à l'association EndoFrance pour une utilisation qui lui réservée

C'est dire les précautions dont le praticien doit s'entourer avant de proposer aux patientes concernées ce geste qui n'appartient évidemment plus à la chirurgie conservatrice.

La complexité du traitement de l'endométriose est majeure. Les contextes dans lesquels évolue cette affection sont extrêmement variables. Ainsi doit-on comprendre qu'il n'existe aucune solution uniformément applicable à l'ensemble des patientes. C'est en ce sens que toute proposition doit survenir au terme d'une information très détaillée donnée par le praticien à sa patiente, le but étant d'arriver à un consentement mutuel des deux parties concernées.

Ces situations souvent lourdes à gérer donnent globalement de bons résultats thérapeutiques. Encore faut-il que le contrat soit clairement établi.

On ne souffre pas, la vie durant d'une endométriose contrairement à ce que pensent certaines patientes persuadées du caractère inéluctable et définitif de cette affection. Mais à l'inverse, faire croire aux intéressées que le succès définitif est toujours acquis est une gageure à laquelle ne doit jamais souscrire le praticien prudent.

*Pr Patrick Madélnat*

*Conflits d'intérêts : l'auteur n'a pas transmis de conflits d'intérêts concernant les données diffusées dans cet article ou publiées dans la référence citée*