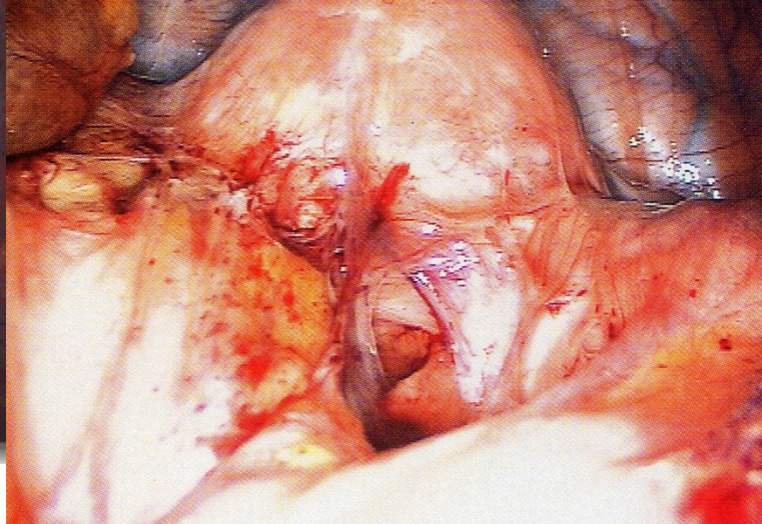
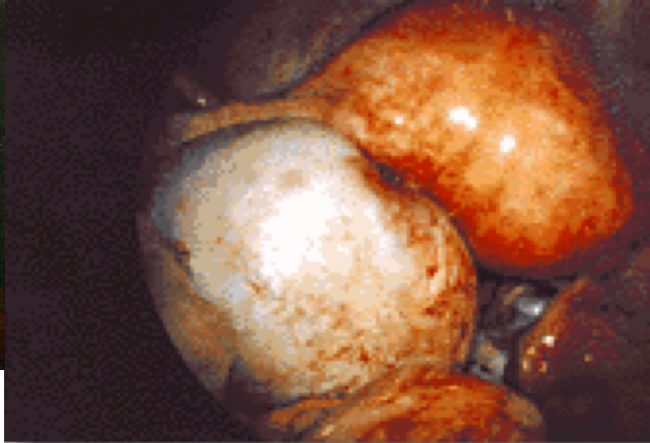




Flash « Endométriose »

Pr Philippe MERVIEL

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



**AUCUN CONFLIT D'INTÉRÊT AVEC
CE SUJET**

L'actualité: ENDOBREIZH, réseau breton de prise en charge de l'endométriose

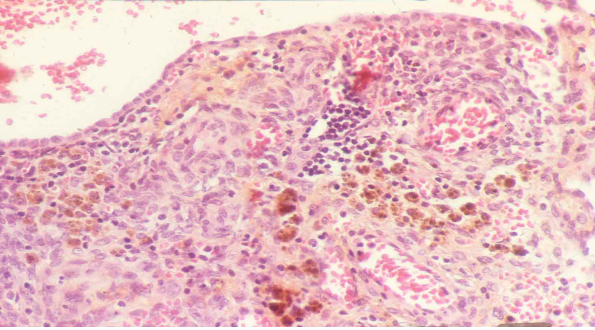


Pourquoi un réseau sur l'endométriose ?

- Fréquence**
- Délai de diagnostic**
- Impacts**

endobreizh.

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



Endométriose



- Présence de tissu endométrial en dehors de l'endomètre et du myomètre.
- **Pathologie fréquente** (10-15% des femmes, 20-50% des femmes infertiles): **17-37 ans** (10% adolescentes, < 5% de patientes ménopausées)
- **Hormono-dépendante (oestrogènes)**
- **Polymorphisme des lésions (stades, endométriose superficielle, profonde)**
- **Pas de corrélation entre lésions et douleur**
- **Diagnostic parfois difficile → retardé de 7 ans environ**
- **Cancérisation exceptionnelle**

→ DOULEURS, INFERTILITE, ATTEINTES ORGANIQUES

**Importance du diagnostic précoce:
Rôle des praticiens de 1^{er} niveau
Appel aux médecins généralistes de
Bretagne Occidentale**



Règles douloureuses: ce n'est pas une fatalité !



ENDOMETRIOSE : 1 femme sur 10 touchée

“ J'ai très mal au ventre quand j'ai mes règles ”

“ Nous n'arrivons pas à faire de bébé ”

“ J'ai parfois des saignements avant mes règles ”

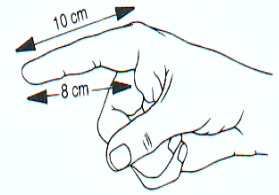
“ Depuis quelques temps, les rapports sexuels sont douloureux ”

“ Mes troubles digestifs et urinaires sont aggravés pendant les règles ”

Ces quelques signes peuvent être évocateurs d'une endométriose.

Parlez-en à votre médecin !

Importance de l'interrogatoire et de l'examen clinique: 5 D



Les bases anatomiques du toucher vaginal.

- 1. **Dysménorrhée** (3^{ème}-4^{ème} jour des règles)
- 2. **Dyspareunie profonde positionnelle**
- 3. **Dysurie** +/- pollakiurie, mictions impérieuses, hématurie
- 4. **Digestif**: ténesme, trouble du transit +/- rectorragie
- 5. **Douleurs pelviennes chroniques** (un KO < 8 cm ne fait pas mal → rechercher endométriose profonde associée)

Ces signes cliniques sont le plus souvent **majorés par les règles**
Interrogatoire +++

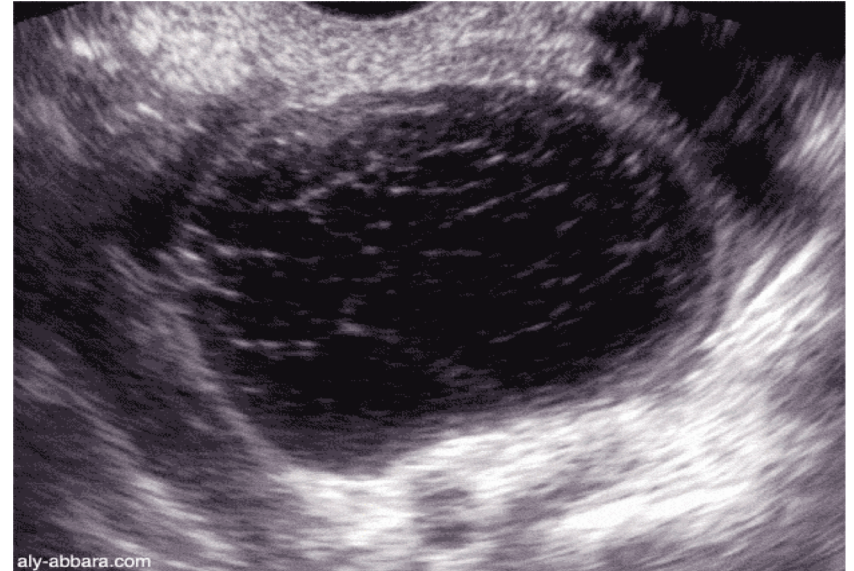
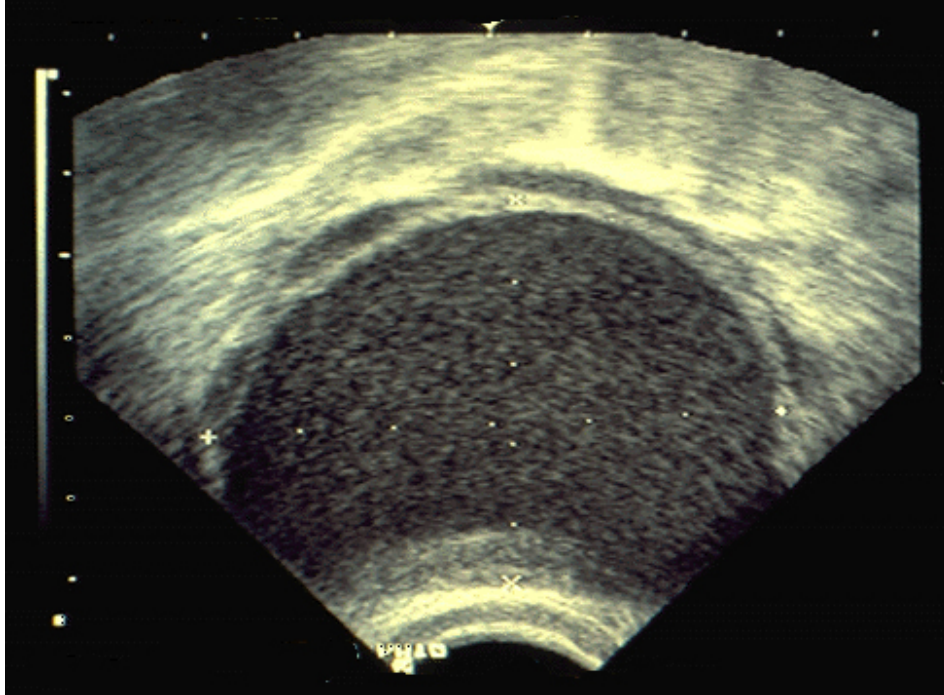
Examen clinique (spéculum, TV, +/- TR) **contributif** (70% +)

Importance de la qualité des examens complémentaires (échographie, IRM)

endo**breizh.**

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

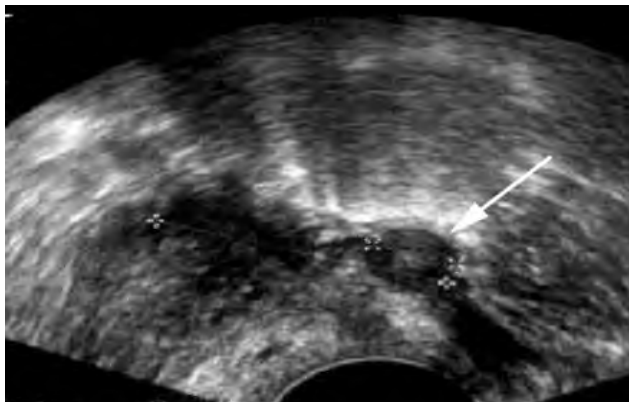
Echographie en 1^{ère} intention: Ovaires +++, Ligaments et Torus

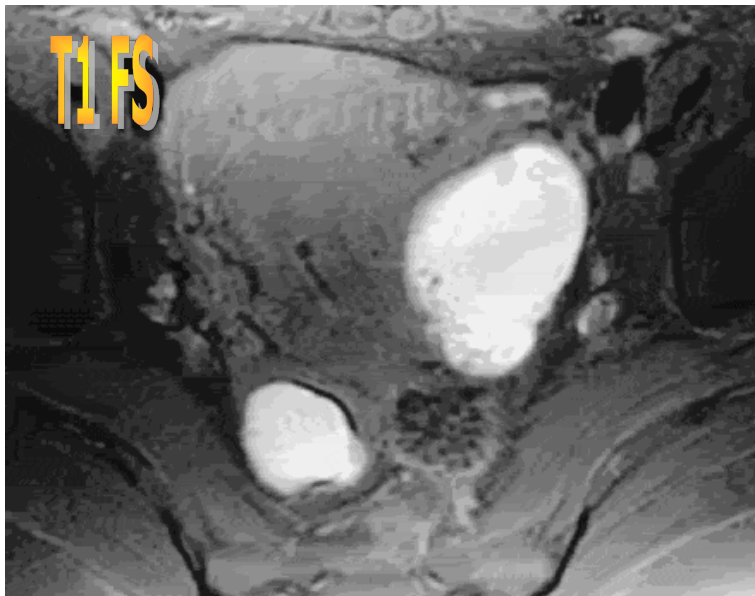
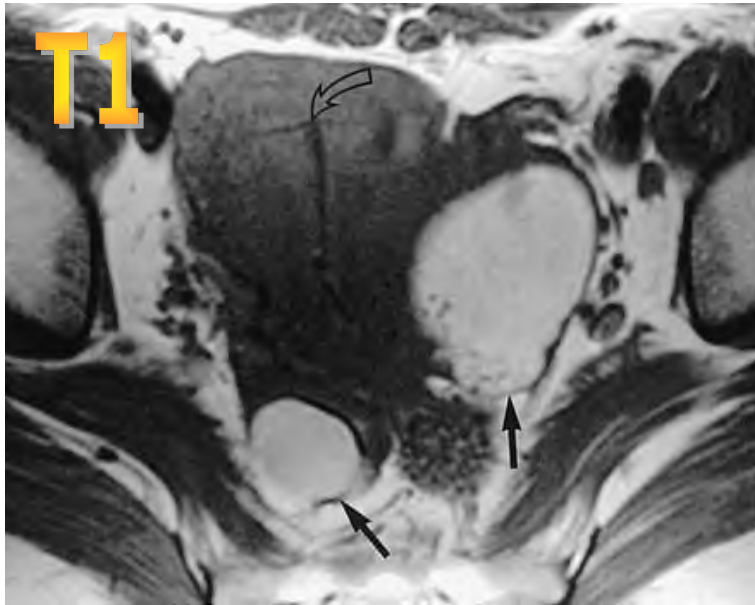


Aspect feuilleté et régulier du contenu (sang)

Diag différentiel: Kyste fonctionnel hémorragique (réticulé)

Echographie difficile pour atteinte péritonéale, digestive et ligaments



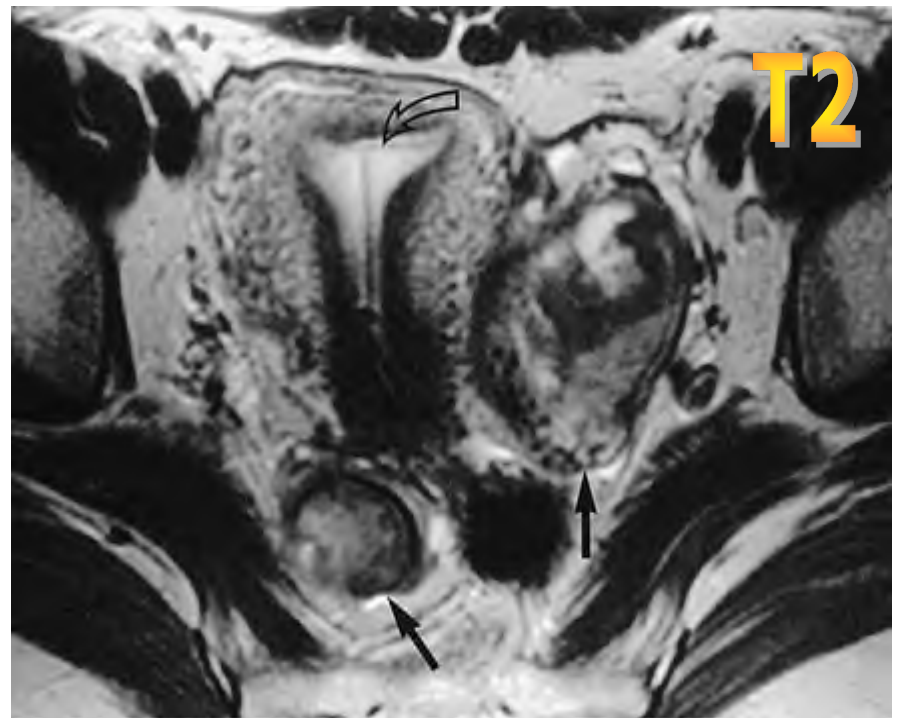


2ème intention: IRM

Hyper signal T1 (90% des cas)

Persistance de l'hypersignal T1 sur les séquences avec suppression de graisse (FAT SAT).

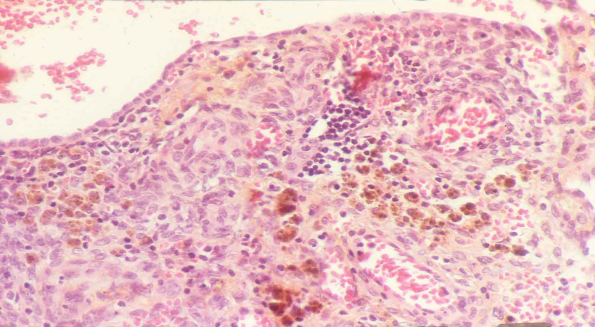
Hyposignal T2 (dénommé «shading») (68% des cas)



IRM ne décrit que des lésions > 0,5-1 cm

**Praticiens de 1^{er} niveau: mise en œuvre du
traitement médical
Vérification de son efficacité**





Endométriose: Traitements Médicaux



- Principes:
 - **Supprimer les règles** (COP continue, SIU Lng, Diénogest)
 - **Diminuer les oestrogènes** (agoniste GnRH, +/- progestatif)
 - **Traiter la douleur** (AINS)
 - **Pas de médicament qui détruit les lésions** (SPRM ?)
- Traitements efficaces sur la douleur (**30-70%** des cas) et l'arrêt de la progression (**60%** des cas, vs 20% si non traitée)
- **Cependant effets secondaires:** prise de poids (Pg), hypo-oestrogénie (agonistes de la GnRH), thrombose (COP)

1^{ère} ligne: Oestro-progestatifs ou SIU Lévonorgestrel (B)

Oestro-progestatifs: Antigonadotrope et < prostaglandines

- COP 24 j (arrêt 4j) ou en continu (monophasique)
- Effet rebond rapide à l'arrêt
- Risque thrombo-embolique
 - Monophasique continu (21 cp): Minidril, Ludeal G (30γ EE + LNG 150 μg) +/- Leeloo (20 + 100), Seasonique (en supprimant les cp à 3 mois)
 - Qlaira (28 cp): EV 1, 2, 3 mg + Dienogest 2, 3 mg
- SIU Lévonorgestrel: Intérêt sur les localisations recto-vaginales
 - Mirena (52 mg +++), ... Kyleena (5 ans). Pas Jaydess (trop faible)

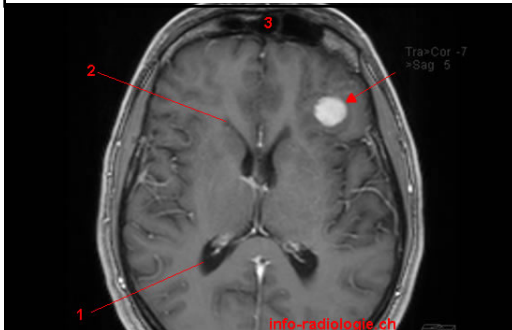
2^{ème} ligne: Progestatifs et Dienogest (C)

Progestatifs: suppression de l'action mitogène des oestrogènes, effet anti-inflammatoire et inhibition de l'angiogénèse et des métalloprotéinases.

- + ↓ -
- **Acétate de médroxyprogestérone** (MPA): 100 mg/j, mais ES (spottings, prise poids)
 - **Chlormadinone** (Lutéran)
 - **Microprogestatifs** (Désogestrel)
 - **Etonogestrel** (Nexplanon)

Efficacité +/-
% résistance des
lésions: jusqu'à
60%

Risque x 3,4/6 mois et x 7/3 ans
Risque x 3 chez des F 35-44 ans



Les patientes traitées devront, **après un an d'exposition, avoir une IRM cérébrale qui sera renouvelée à 5 ans puis tous les 2 ans en cas de poursuite de traitement.**

Une IRM cérébrale devra être réalisée systématiquement, à l'initiation, chez une patiente présentant des facteurs de risque identifiés de méningiome (antécédent de radiothérapie encéphalique dans l'enfance ou de neurofibromatose de type 2)

CSST 12/01/2021



Diénogest



- **Progestatif norstéroïde, dérivé de la testostérone, non androgénique, ni gluco-minéralocorticoïde.** Effet très atrophiant sur l'endomètre. Dose: 2 mg/jour (Sawis[®], Dimetrum[®], Endovela[®])
- Pas d'AMM pour la contraception (mais inhibe l'ovulation)
- **Douleurs:** Effets comparables aux COP et ag LHRH, persistance après l'arrêt, peu d'ES. Déminéralisation osseuse (- 1,2%) récupérée en 6 mois (adolescentes)
- **Endométriomes:** Diminution du volume de 41% (douleur – 50%), prévention des récives
- Irrégularités menstruelles, céphalées, gêne mammaire, acné, humeur dépressive

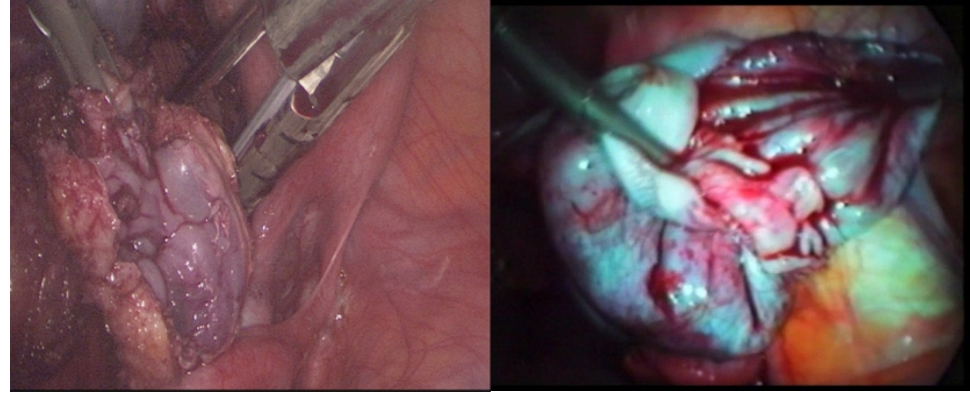
2^{ème} → 3^{ème} ligne: Agonistes de la GnRH (B)

- Effet flare-up, puis << E2 (ménopause); mais réversible à l'arrêt
- Régression de 50% des symptômes
- ES: dépression, flushs, < libido, < DO, anomalies lipidiques
- **Add-back therapy** (> 3 mois): oestro-progestatif, THS, Tibolone (Livial): *L'add-back thérapie doit comporter un oestrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et d'améliorer la qualité de vie des patientes (Grade B). L'AMM recommande d'y adjoindre un progestatif. L'add-back thérapie peut être prescrite avant le 3e mois pour limiter les effets secondaires (AE).*
- **De moins en moins d'indications car prescription limitée. Pas chez l'adolescente**
- **AINS**: inhibiteur de COX-2 (synthèse prostaglandines, augmentée dans l'endométriose). Pas un traitement de fond +++

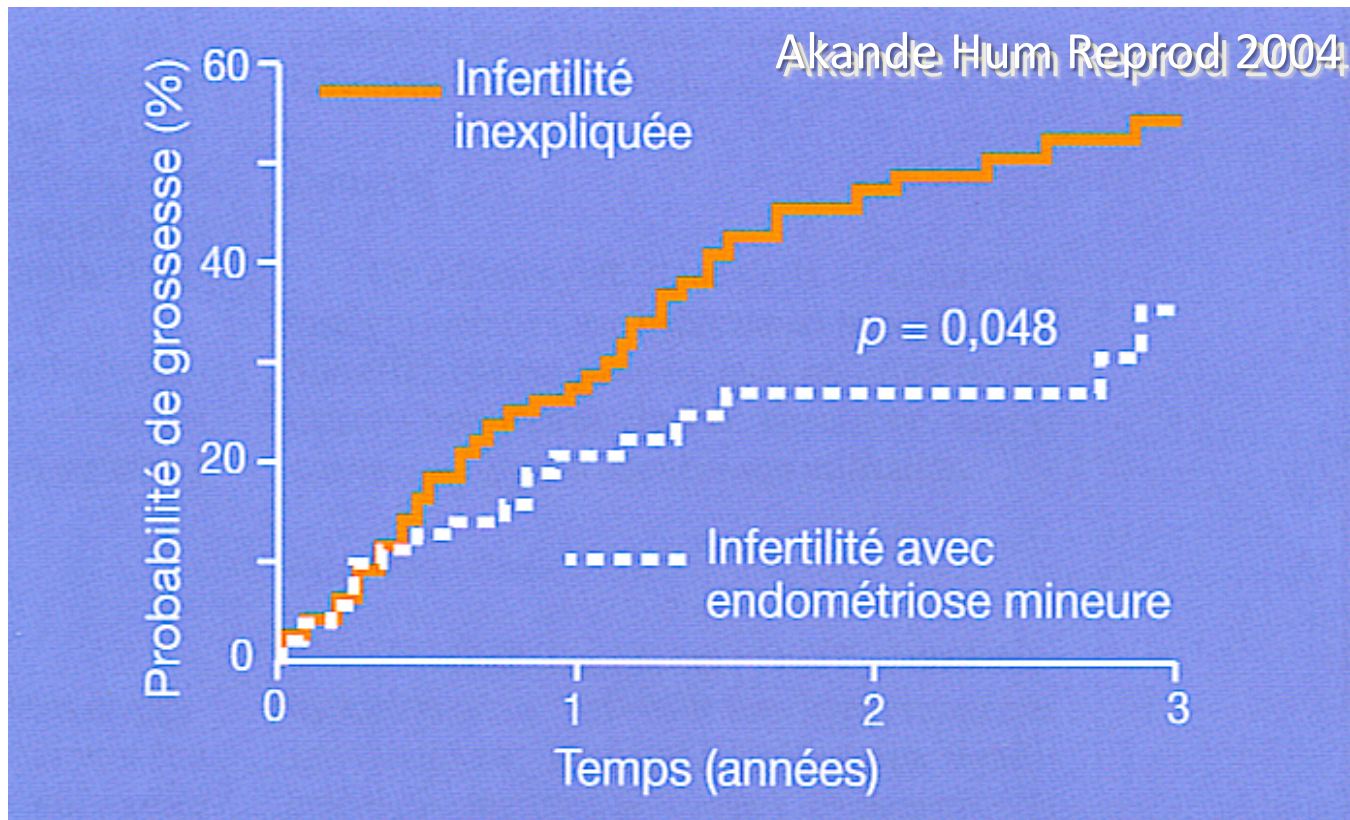
**Adresser pour une prise en charge de
2^{ème} niveau: Chirurgie, AMP**



La chirurgie en dernier recours, si Douleurs



- **Indications:**
 - Douleur +++ malgré traitement médical
 - Atteintes organiques (tubaire, ovarienne, digestive, urinaire)
 - Préservation de la fertilité (avant le geste, pendant, ...après)
- **Avant tout conservateurs:** destruction de toutes les lésions et la restauration d'un pelvis normal.
- Avant la chirurgie, **informations** sur son déroulement, son objectif, les inconvénients et les bénéfices escomptés, ses possibles complications, ses cicatrices, ses suites ainsi que le déroulement de la convalescence (C)



Endométriose ≠ Stérilité

**La plupart des femmes endométriosiques sont enceintes spontanément
(mais atteintes ovaires, trompes, péritoine)**

- **Endométriose légère et minime: Expectative 6 à 12 mois, puis stimulation et IUI**
 - **Endométriose sévère ou récidivante: FIV**

On ne peut plus travailler seul ...

Réseau ENDOBREIZH

BUREAU

DR AURELIE LE MARREC - DR CÉLINE ROZEL -

DR SOPHIE LORAND - DR KRYSTEL NYANGO

TIMOH - DR SOPHIE FRESSARD - DR CLAIRE

MARIE ROGER - PR VINCENT LAVOUE - PR

PHILIPPE MERVIEL - DR ISABELLE THOMAS-

KERGASTEL - DR AURÉLIE DERRIEN - DR

AUDREY GUEHENEUC

SITE INTERNET:

WWW.ENDOBREIZH.FR

ADHÉSION GRATUITE

E-LEARNING

endobreizh.

RÉSEAU DE SANTÉ BRETON POUR LA PRISE
EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE

USAGE PROFESSIONNEL

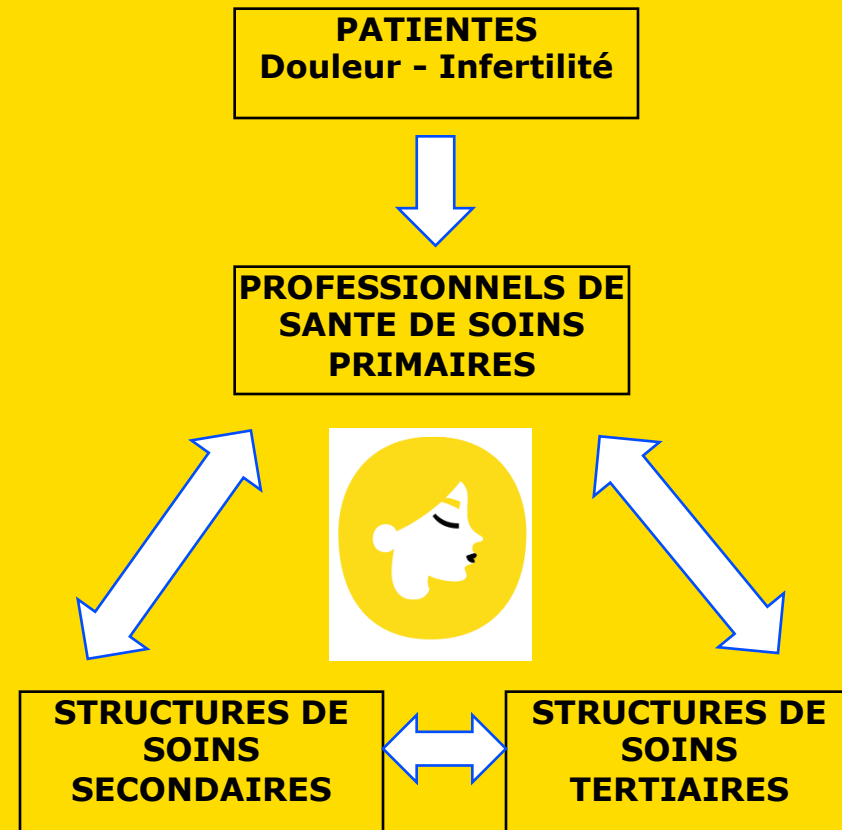
MAILLAGE DE SOINS ARTICULE EN TROIS NIVEAUX AUTOUR DE LA PATIENTE

Améliorer la détection des patientes

Faciliter les échanges entre
professionnels

Organiser le suivi

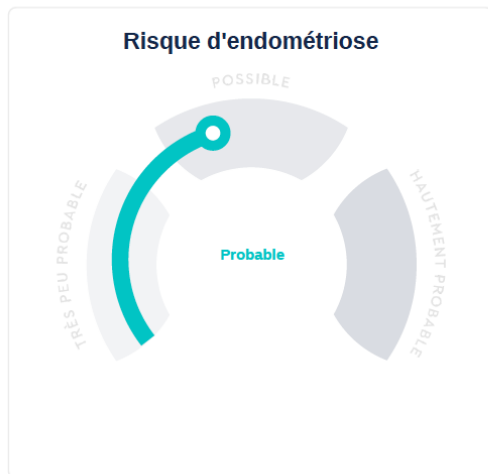
Favoriser le soin de proximité



Un dossier commun entre médecins et patientes

Consultation informations préalables

27/01/2021



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

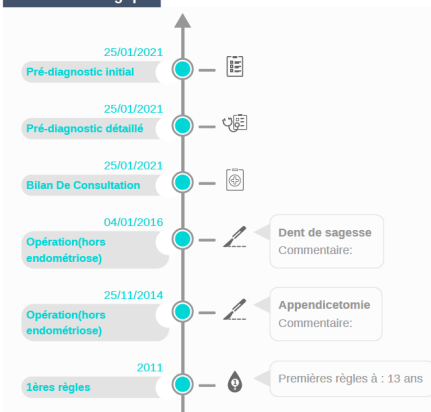


Une déception parce que le traitement ne marchait pas



Un sentiment de dépression face à l'éventualité de ne pas (ou plus) pouvoir avoir d'enfant

Frise chronologique

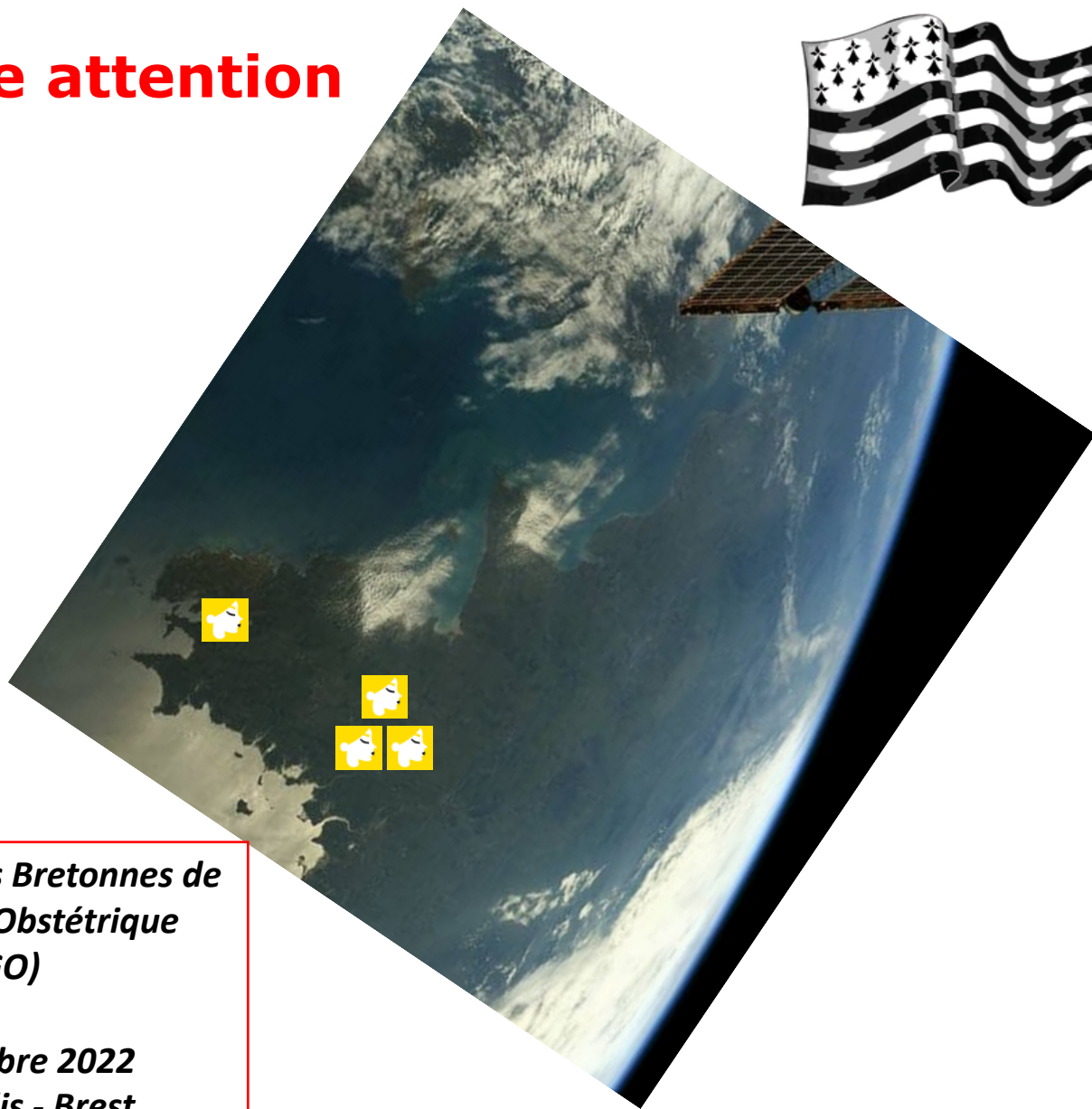


Pro.Ziwig.com



Endobreizh – Réseau de santé Breton pour la prise en charge de l'endométriose.

Merci de votre attention



**5^{èmes} Rencontres Bretonnes de
Gynécologie-Obstétrique
(RBGO)**

**11 Septembre 2022
Océanopolis - Brest**



Endobreizh – Réseau de santé Breton pour la prise en charge de l'endométriose.

philippe.merviel@chu-brest.fr