



L'ENDOMÉTRIOSE

Auteur : Dr Marie Puissant
(relecture et validation par le Dr Gabriel Charaf,
CHU Tivoli La Louvière)

Dernière mise à jour : 07/2025

Généralités	<p>Maladie inflammatoire chronique caractérisée par la présence de tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus.</p> <ul style="list-style-type: none">– Prévalence : 10-15% des femmes en âge de procréer. Maladie sous diagnostiquée avec une errance diagnostique d'environ 7-8 ans.– La physiopathologie n'est pas encore assez claire.
Symptômes	<ul style="list-style-type: none">– Pas de symptôme spécifique– Règle des 4 D :<ul style="list-style-type: none">▪ Dysménorrhées : Douleurs avec impact fonctionnel sur le quotidien des femmes (impossibilité d'aller à l'école, au travail, au sport, de faire des tâches quotidiennes, ...)▪ Dyspareunie profonde▪ Dysurie▪ Dyschésie– Pas de corrélation entre la taille des lésions et la douleur ressentie
Diagnostic	<p>Si l'anamnèse est évocatrice, on réalisera :</p> <ul style="list-style-type: none">– à l'examen clinique : toucher vaginal à la recherche de :<ul style="list-style-type: none">▪ Nodules douloureux▪ Sensibilité à la palpation des ligaments utero-sacrés ou du cul de sac de Douglas▪ Diminution de la mobilité utérine.– Imageries : échographie gynécologique et/ou IRM pelvienne de sensibilités et spécificités différentes. (Pour détecter un kyste ovarien, l'IRM et l'échographie auront chacune une bonne sensibilité et spécificités. Pour l'endométriose superficielle l'IRM a une mauvaise sensibilité et spécificité et l'échographie aura une bonne sensibilité mais une mauvaise spécificité). -> Un examen d'imagerie négatif n'exclut pas l'endométriose.– Si les examens reviennent négatifs mais que la suspicion persiste, une laparoscopie peut être envisagée.
Traitement	<ul style="list-style-type: none">– Aucun traitement curatif contre l'endométriose– Traitement symptomatique :<ul style="list-style-type: none">▪ Antalgiques : AINS▪ Traitement hormonal :<ul style="list-style-type: none">▪ Contraception continue à privilégier▪ Contraceptifs à base de diénogest, DIU au lévonorgestrel, implants : seraient associés à un meilleur contrôle des dysménorrhées.▪ Analogue de la GnRH : induit une ménopause artificielle (effets secondaires possibles : bouffées de chaleur, prise de poids, diminution de la densité osseuse, atrophie vaginale)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Association d'un antagoniste de la gonadoréline avec estradiol et noréthistérone (Ryeqo®: permettrait de diminuer les effets secondaires liés à la chute d'oestrogènes). ▪ Demande de remboursement doit être faite par le gynécologue. ▪ Laparoscopie : élimination des lésions et adhérences
Où référer ?	En cas d'échec du traitement médical, il est important de référer les patientes avec une suspicion d'endométriase vers des spécialistes de la pathologie. Notons qu'à ce jour, les hôpitaux peuvent s'auto-proclamer "clinique d'endométriase" mais à l'avenir, suite au rapport publié par le KCE en avril 2024, les hôpitaux devront respecter un certain nombre de critères afin de devenir des cliniques agréées ou centres d'expertise spécialisés où seraient dispensés des soins multidisciplinaires adaptés à chaque patiente.
Place du généraliste, situations cliniques	Le médecin généraliste joue un rôle central et doit être attentif devant des jeunes femmes qui présentent : <ul style="list-style-type: none"> – Des menstruations douloureuses avec notion d'absentéisme scolaire et professionnel à répétition. – Des "cystites" à répétition pour lesquelles aucun germe n'est détecté. – Un tableau de côlon irritable : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une femme atteinte d'endométriase aura deux fois plus de chance de développer un syndrome de côlon irritable par rapport à une femme non atteinte. ▪ Potentielles lésions d'endométriase se trouvant sur le système digestif entraînant constipation, douleur à la défécation, rectorragie, ballonnements intestinal, ...
Prévention	Une prévention accrue associée à un diagnostic et une prise en charge précoces peuvent ralentir voire stopper la progression naturelle de la maladie, et donc prévenir ses complications, comme l'infertilité ou les douleurs chroniques. Il est donc essentiel pour les médecins généralistes de ne pas banaliser la douleur des patientes et de favoriser un diagnostic rapide. Le tabou autour des règles peut freiner la parole : une affiche en salle d'attente peut aider à ouvrir le dialogue (exemple d'affiches : https://www.toimonendo.com/pour-les-professionnel-le-s-de-la-sant%C3%A9...)

Sources :

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Endométriase [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
2. Smith R, Kaunitz A. Dysmenorrhea in adult females: Clinical features and diagnosis [Internet]. 2022. Disponible sur: www.uptodate.com
3. Leroy Roos, Desimpel Fabian, Ombelet Sien, De Jaeger Mats, Benahmed Nadia, Camberlin Cécile, Christiaens Wendy. Comment améliorer la prise en charge de l'endométriase en Belgique ?. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 378BS. DOI : 10.57598/R378BS.
4. Endometriosis guideline [Internet]. Disponible sur: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>
5. Butrick, Charles W. « Patients with Chronic Pelvic Pain: Endometriosis or Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome? » JSL: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons 11, no 2 (2007): 182-89.
6. Chiaffarino, Francesca, Sonia Cipriani, Elena Ricci, Paola Agnese Mauri, Giovanna Esposito, Marta Barretta, Paolo Vercellini, et Fabio Parazzini. « Endometriosis and Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis ». Archives of Gynecology and Obstetrics 303, no 1 (janvier 2021): 17-25. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05797-8>.