

Endométriose : quand y penser ?

Jean Squifflet, Vassiliki Samartzi ¹

Endometriosis: When should it be considered?

Three steps play a key role when assessing patients with suspected endometriosis.

First step: Patient's clinical history and symptoms (dysmenorrhea, dyspareunia, dyschesia and chronic pelvic pain). Although there is no evidence of a relationship between patient's symptoms and the presence and severity of endometriotic lesions, the implemented or proposed medical / surgical treatment depends on the context in which endometriosis is observed.

The second step is the physical examination, including evaluation of the posterior vaginal fornix and of the Douglas pouch, which detects more lesions that are missed on ultrasonography and magnetic resonance imaging.

The third step is imaging. A recent meta-analysis found no difference in the detection of endometriotic lesions between ultrasound and magnetic resonance imaging, but these examinations should be performed by a radiologist with expertise in this field. To date, the final diagnosis of endometriosis is made by laparoscopy with biopsies of the lesions.

KEY WORDS

Endometriosis, pelvic pain, dysmenorrhea

Trois étapes jouent un rôle clé dans l'évaluation des patients chez qui on soupçonne une endométriose.

Première étape: antécédents cliniques et symptômes du patient (dysménorrhée, dyspareunie, dyschésie et douleur pelvienne chronique). Bien qu'il n'existe aucun lien entre les symptômes du patient et la présence et la gravité des lésions endométriosiques, le traitement médico-chirurgical mis en place ou proposé dépend du contexte dans lequel l'endométriose est observée.

La deuxième étape est l'examen physique, y compris l'évaluation du fornix vaginal postérieur et du cul-de-sac de Douglas, qui peut détecter des lésions non vues à la RMN et à l'échographie.

La troisième étape est l'imagerie. Une méta-analyse récente n'a révélé aucune différence dans la détection des lésions d'endométriose entre l'imagerie par ultrasons et par résonance magnétique, mais ces examens devraient être effectués par un radiologue ayant une expertise dans ce domaine.

À ce jour, le diagnostic final de l'endométriose est réalisé par laparoscopie avec biopsies des lésions.

Que savons-nous à ce propos ?

L'endomètre touche 5 à 10% des femmes entre la ménarche et la ménopause. Toute symptomatologie cyclique permenstruelle doit faire évoquer un diagnostic potentiel d'endométriose. Aucun symptôme n'est malheureusement spécifique à l'endométriose. La prise en charge des patientes doit se baser sur une anamnèse et une communication continue et adaptée en fonction de l'évolution de l'examen clinique et de l'imagerie. Une prise en charge multidisciplinaire doit être envisagée vu les récurrences fréquentes des symptômes.

Que nous apporte cet article ?

Les connaissances sur l'endométriose sont limitées par le fait de ne pas avoir un modèle animal disponible et les difficultés de prouver la présence de celle-ci sans passer par un acte chirurgical invasif. Le retard de diagnostic de la pathologie peut expliquer le manque de confiance des patientes envers les thérapeutes. Les récurrences fréquentes de la symptomatologie et de la pathologie nécessitent un suivi régulier.

INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie bénigne hormono-dépendante se définissant histologiquement par la présence de glandes endométriales et de leur stroma en dehors de la cavité utérine.

Ces lésions d'endométriose sont principalement localisées au niveau du pelvis. De manière moins fréquente, ces lésions peuvent être localisées en extra-pelvien dans le reste de la cavité abdominale, au niveau digestif, au niveau du diaphragme et au niveau de la cavité pleurale.

What is already known about the topic?

The endometrium affects 5 to 10% of women between menarche and menopause. Any permenstrual cyclic symptomatology should evoke a potential diagnosis of endometriosis. No symptoms are unfortunately specific to endometriosis. Patient management should be based on an anamnesis and continuous communication adapted to the evolution of clinical examination and imaging. Multidisciplinary management should be considered given the frequent recurrence of symptoms

What does this article bring up for us?

Knowledge about endometriosis is limited by not having an available animal model and the difficulties of proving the presence of the model without an invasive surgical procedure. The delayed diagnosis of the pathology can explain the lack of confidence of the patients towards the therapists. Frequent recurrences of symptomatology and pathology require regular monitoring

Les localisations intra-parenchymateuses au niveau des poumons et du foie sont également décrites. Il existe également des localisations extra-péritonéales comme au niveau des ganglions lymphatiques et des articulations comme le genou, la vulve et la paroi abdominale.

Parmi les localisations pelviennes, trois aspects de la pathologie sont décrits :

1. Les lésions d'endométriose superficielle péritonéales localisées préférentiellement au niveau du cul-de-sac de Douglas, des ligaments sacro-utérins ou du repli vésico-utérin.
2. L'endométriose ovarienne caractérisée par la présence de tissu endométrial envahissant l'ovaire sous la forme de kystes hématiques aussi appelés kystes « chocolat ».
3. Les lésions d'endométriose profonde décrites dans la littérature sous des termes différents types « infiltrating endometriosis », « deep endometriosis », « recto-vaginal endometriosis » ou « adenomyosis of the recto-vaginal septum ». La particularité de ces lésions est qu'elles infiltrant les structures adjacentes en profondeur à la différence des lésions d'endométriose péritonéale qui restent superficielles. La localisation la plus fréquente des lésions d'endométriose profonde se situe dans la région rétro-cervicale de l'utérus ou au niveau intestinal.

La prévalence exacte de l'endométriose est inconnue puisqu'elle peut varier en fonction de la population étudiée. Néanmoins, il est généralement accepté que 5 à 10% des femmes en âge de reproduction présente de l'endométriose (1,2). Ce pourcentage varie en fonction des caractéristiques des patientes dans la population étudiée puisqu'en cas de douleurs chroniques pelviennes ou d'infertilité (3), ce pourcentage peut monter jusqu'à 50%.

L'endométriose est plus souvent associée à des douleurs cycliques de type dysménorrhées avec dyspareunie profonde, à des douleurs pelviennes chroniques, et à des problèmes d'infertilité.

L'absence de modèle animal probant dans la pathologie endométriotique rend difficile le fait d'établir un lien causal entre l'endométriose et les symptômes associés à sa pathologie. De plus, l'importance de ces symptômes est extrêmement variable et va de patientes totalement asymptomatiques à des patientes hautement symptomatiques.

Ceci explique également qu'il est excessivement difficile d'établir des classifications de l'endométriose et donc le lien entre l'endométriose sévère et une symptomatologie sévère (douleurs et/ou infertilité) n'est pas établi à l'heure actuelle. Ceci engendre un manque de consensus dans la littérature internationale dans l'utilisation des différentes classifications proposées.

L'endométriose est une pathologie oestrogéno-dépendante en grande partie, bénigne, inflammatoire, qui affecte principalement les femmes durant leur vie reproductive, de la ménarche à la ménopause.

PATHOGÉNÈSE

Les deux théories principales de l'étiologie de l'endométriose sont la métaplasie ou transformation de l'épithélium coelomique proposée par Meyer en 1919 et la théorie de l'implantation secondaire des fragments endométriaux suite au reflux tubaire au moment de la menstruation par Sampson en 1927.

Bien qu'aucune de ces théories ne suffisent à expliquer toutes les formes de cette pathologie énigmatique, ceux-ci suggèrent de considérer l'endométriose comme une pathologie plutôt hétérogène dans ces formes et son évolution.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE

Comme mentionné dans l'introduction, déterminer la prévalence exacte de l'endométriose dans une population est difficile puisque certaines patientes peuvent être asymptomatiques et que le diagnostic formel de l'endométriose requiert, dans la majorité des cas, une chirurgie.

Dans une population asymptomatique nécessitant une chirurgie pour une autre raison (ligature tubaire par laparoscopie), la prévalence de l'endométriose est variable entre 1 et 7%, 15% dans une population bénéficiant d'une hystérectomie par laparoscopie ou par voie abdominale (4) et de l'ordre de 30 à 50% dans une population se plaignant de douleurs pelviennes chroniques et/ou d'infertilité.

La présence de ces symptômes dans une population d'adolescentes semble être associée à une prévalence de l'endométriose plus importante puisque celle-ci est rapportée chez 40% des adolescentes présentant des

anomalies du tractus génital, jusqu'à 50% des patientes présentant une infertilité et 70% des adolescentes présentant des douleurs pelviennes chroniques (5,6).

Les facteurs associés à un risque augmenté d'endométriose sont la nulliparité, l'exposition prolongées aux oestrogènes (ménarche précoce et ménopause tardive), des cycles menstruels courts (inférieurs à 27 jours), une tendance aux ménorragies, une obstruction du flux menstruel (anomalie müllérienne), un indice de masse corporelle faible, des antécédents d'abus physiques ou sexuels durant l'enfance ou l'adolescence et une consommation augmentée d'acides gras insaturés.

Par opposition, les facteurs associés à une diminution du risque d'endométriose sont les grossesses multiples, des périodes de lactation prolongées et des ménarches tardives. L'augmentation de la consommation d'acides gras à longue chaîne type oméga 3 a été associée à une réduction du risque d'endométriose dans une étude prospective (7).

ENDOMÉTRIOSE PÉRITONÉALE

L'endométriose péritonéale se présente par définition au niveau de la cavité péritonéale sous forme de lésions superficielles n'infiltrant pas en profondeur, à la différence des lésions d'endométriose profonde. Ces lésions péritonéales peuvent se présenter sous des aspects histologiques extrêmement variés (endomètre atrophique prolifératif voire décidualisé) (8) les décrivent comme pouvant être des lésions rouges inflammatoires, noires microkystiques voire blanches, pouvant correspondre à des stades différents de la pathologie. Le caractère très superficiel de ces lésions rend le diagnostic préopératoire difficile et le seul moyen de s'assurer de la présence ou de l'absence de ces lésions est l'exploration de la cavité péritonéale par laparoscopie.

La suspicion de présence de ces lésions d'endométriose péritonéale à l'examen clinique, peut être suggérée par la palpation des ligaments sacro-utérins plus tendus voire granuleux ainsi que l'aspect plus épais des ligaments et du péritoine à l'imagerie échographique ou de résonance magnétique nucléaire.

La présence concomitante d'adhérences péritonéales associées à ces lésions d'endométriose peut être suggérée par l'aspect figé et non mobile des structures pelviennes à l'examen clinique ou à l'examen échographique dynamique ainsi que par l'absence de mobilité des annexes voire un aspect fusionné des ovaires sur la ligne médiane ayant comme terme anglo-saxon « kissing ovaries ».

ENDOMÉTRIOSE OVARIENNE

L'endométriose ovarienne est caractérisée par la présence de tissu endométrial envahissant l'ovaire sous la forme d'une structure kystique homogène hématique renfermant des débris cellulaires multiples ayant l'aspect macroscopique de chocolat fondu, raison pour laquelle ces kystes sont également appelés « kystes chocolats ».

Une atteinte bilatérale des ovaires est décrite dans un tiers

des cas et ces kystes peuvent, bien entendu, être multiples au sein d'un ovaire.

La particularité de ces kystes endométriotiques, d'un point de vue histologique, est la présence d'une paroi fibreuse extrêmement adhérente au tissu ovarien natif, sans plan de clivage net. Ceci explique que la technique chirurgicale conservatrice utilisée pour enlever ou détruire ces kystes d'endométriose au sein de l'ovaire est toujours un sujet de débat dans la littérature médicale.

En effet, d'un côté, un traitement insuffisant ou l'exérèse incomplète de la paroi kystique exposent à un risque de récurrence ; de l'autre côté, un traitement plus extensif et une exérèse d'une partie du cortex ovarien normal expose à un risque de diminution de la réserve ovarienne et/ou de ménopause précoce chez des patientes désirant préserver leur fertilité.

Il s'agit probablement de la forme d'endométriose ayant un risque de récurrence le plus élevé, principalement majoré (10% de récurrence après kystectomie à deux ans). Ce risque est majoré chez les populations jeunes et avec une endométriose ovarienne bilatérale.

La particularité des kystes endométriotiques sont le contenu hématique. Ceci est facilement mis en évidence à l'imagerie radiologique (échographie et/ou résonance magnétique nucléaire). Néanmoins, le diagnostic différentiel avec une image fonctionnelle de type corpus luteum peut être équivoque, raison pour laquelle la prise d'une ovariostase peut facilement discriminer le type de kyste.

ENDOMÉTRIOSE PROFONDE

La définition la plus communément utilisée dans la littérature est « deep infiltrating endometriosis ». Elle est définie comme la présence d'endométriose sous la forme d'une masse nodulaire située à plus de 5 mm en profondeur du péritoine. La localisation la plus fréquente est le septum recto-vaginal et la zone rétro-cervicale de l'utérus. Une extension au niveau des structures digestives telles que la jonction recto-sigmoïdienne est également observée.

Une prévalence des lésions au niveau uro-gynécologique est également observée, principalement au niveau du repli vésico-utérin avec une infiltration de la paroi vésicale.

L'extension en latéral de ces lésions d'endométriose peut avoir des répercussions au niveau urétéral avec des sténoses et des pertes de la fonction rénale de manière relativement peu symptomatique.

La particularité clinique des lésions d'endométriose profonde rétro-cervicales est qu'elles peuvent être mises en évidence par un examen clinique gynécologique de type toucher vaginal où une induration voire une lésion exophytique rétro-cervicale au niveau du dôme vaginal est facilement palpée.

Par contre, l'infiltration en profondeur de la lésion est difficilement évaluable à l'examen clinique, raison pour laquelle des examens complémentaires sont recommandés.

SYMPTOMATOLOGIE

Les patientes présentant de l'endométriose présentent plus souvent des syndromes de douleurs pelviennes chroniques de type dysménorrhée et dyspareunie profonde, des problèmes d'infertilité ainsi que la présence de masses annexielles.

Dans les publications réalisées par Sinai (9), sur 1000 femmes présentant de l'endométriose, 80% d'entre elles présentent des douleurs, 25% des problèmes d'infertilité et 20% des kystes ovariens endométriotiques.

Toute douleur cyclique se présentant dans la période des règles ou juste avant celles-ci doit faire évoquer un lien d'hormono-dépendance ou de localisation de lésions d'endométriose.

Par exemple, un pneumothorax se déclenchant de manière systématique au moment des règles doit faire évoquer un diagnostic d'endométriose pulmonaire.

La présence d'une douleur cyclique concomitante aux règles au niveau de l'épaule droite doit faire évoquer le diagnostic d'endométriose péritonéale ou pleurale au niveau diaphragmatique.

Des extensions de l'endométriose au niveau urinaire peuvent provoquer des symptômes de mictalgies permenstruelles, voire d'hématurie permenstruelle.

Enfin, la présence d'endométriose profonde au niveau de la muqueuse digestive peut expliquer des rectorragies permenstruelles.

Des localisations extra-péritonéales de l'endométriose telles qu'au niveau des cicatrices de Pfannenstiel, voire des cicatrices d'épisiotomie, engendrent des symptômes de douleurs cycliques permenstruelles synchrones aux règles, en regard de la lésion.

D'autres symptômes moins fréquents sont également présents ou associés à l'endométriose tels que des syndromes d'irritation digestive et vésicale, des saignements irréguliers, des douleurs lombaires, de la fatigue chronique.

Lors de lésions d'endométriose profonde rétro-cervicale, une dyspareunie profonde dans certaines positions peut être l'élément déclenchant un diagnostic d'endométriose.

Les dyschésies qui se définissent par des douleurs ou difficulté à l'évacuation des selles au moment des règles doivent faire évoquer la possibilité d'une extension rectale voire recto-sigmoïdienne de l'endométriose profonde. Les symptômes digestifs associés peuvent être une alternance constipations / diarrhées, des crampes intestinales. Malheureusement, parmi tous ces symptômes présents, seule la dyschésie est associée à une probabilité d'envahissement plus fréquent de l'endométriose profonde au niveau rectal. Aucun de ces symptômes n'est spécifique à l'endométriose.

Hansen KE (10) observe que la symptomatologie viscérale (syndrome viscéral) est plus souvent présente chez les patientes présentant de l'endométriose et que celles-ci présentent entre 5 et 7 symptômes différents par rapport aux patientes ne présentant pas d'endométriose (22% vers 3%).

EXAMEN CLINIQUE

À l'examen de la paroi abdominale, les cicatrices antérieures doivent être explorées (cicatrices de Pfannenstiel ou de laparotomie médiane) avec inspection et palpation de celles-ci ainsi que visualisation de l'ombilic où des lésions d'endométriose spontanée sans chirurgie ont également été décrites.

En cas de dyspareunie superficielle ou au niveau de l'introïtus, une inspection et une palpation de celui-ci avec recherche d'induration d'une éventuelle épisiotomie doit être réalisée.

Enfin, la mise en place du spéculum avec une recherche de lésion vaginale voire cervicale bleutée peut être effectuée en cas de symptomatologie de type dyspareunie profonde.

L'examen clinique probablement le plus sensible mais nécessitant une expérience importante est la réalisation d'un toucher vaginal bimanuel avec palpation du cul-de-sac de Douglas, des ligaments sacro-utérins et recherche de fixité de l'utérus, voire de la présence de masses annexielles fixes.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Prise de sang : il n'existe pas de marqueur biologique de l'endométriose. Le CA 125 peut être majoré en cas d'endométriose mais il n'a aucune spécificité de la pathologie endométriotique. Il n'est pas recommandé comme faisant partie d'un bilan de recherche d'endométriose.

Imagerie : les deux examens les plus utilisés dans l'imagerie du petit bassin chez la femme sont l'échographie et la résonance magnétique nucléaire. L'échographie peut être réalisée par voie vaginale, transrectale ou abdominale. Vu la proximité des lésions d'endométriose profonde au niveau du cul-de-sac de Douglas, un abord endocavitaire est nettement souhaitable. Ces deux imageries ont montré une bonne sensibilité et spécificité dans la mise en évidence de lésions d'endométriose ovariennes et d'endométriose profonde supérieure au centimètre, dans la littérature (11, 12).

Par contre, aucune de ces imageries n'a montré une sensibilité améliorée par rapport à la symptomatologie dans la mise en évidence de l'endométriose péritonéale.

Comme mentionné plus haut, le diagnostic différentiel des masses annexielles peut être facilité par la mise en place d'une ovariostase. De plus, la réalisation d'une résonance magnétique nucléaire peut permettre la localisation d'autres lésions d'endométriose profonde ainsi que préciser l'éventuelle infiltration du système urinaire ou digestif.

En cas de suspicion d'extension au niveau urinaire et digestif, des examens appropriés tels que cystoscopie, uro-IRM, côlon par lavement baryté ou colonoscopie virtuelle doivent être réalisés en vue d'exclure une sténose significative au niveau urétéral ou recto-sigmoïdien.

Le diagnostic de certitude de l'endométriose est un diagnostic histologique. Le prélèvement biopsique doit

être réalisé par laparoscopie. La visualisation de lésions d'endométriose péritonéale sans biopsie ne suffit pas à confirmer un diagnostic d'endométriose. Ce même raisonnement est valable pour les pathologies ovariennes et une biopsie de la paroi kystique est nécessaire pour confirmer ce diagnostic.

La réalisation d'une ovariostase, si elle est possible, reste un excellent moyen de diminuer le risque d'indication chirurgicale posée sur la présence d'un kyste qui pourrait être fonctionnel (corpus luteum).

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'ENDOMÉTRIOSE OU DES DOULEURS PELVIENNES

Bien que le diagnostic de certitude repose sur la réalisation d'une biopsie et d'une confirmation histologique, la convergence des symptômes présentés par la patiente, d'éventuels signes cliniques ou de critères à l'imagerie pelvienne peuvent donner une présomption de présence d'endométriose.

Les principaux traitements médicaux utilisés dans la prise en charge des symptômes de l'endométriose sont les traitements hormonaux et les anti-douleurs.

Parmi les traitements hormonaux, les oestroprogestatifs ou contraceptifs continus ou discontinus permettent de diminuer la symptomatologie d'endométriose. La prise de progestatifs tels que la medroxyprogestérone acetate ou les dérivés 19-nor-testostérone comme la noréthindrome et la dienogest en prise continue peuvent également être utilisés.

Les effets sur les douleurs pelviennes peuvent parfois être équivalents à des traitements présentant plus d'effets secondaires tels les GnRH agonistes.

Il n'y a malheureusement, à l'heure actuelle, aucune preuve dans la littérature d'efficacité de ces traitements dans la pathologie endométriotique ni sur son risque de récurrence.

Néanmoins, ces médications sont recommandées dans le traitement en première ligne des symptômes présentés par les patientes.

Ceci est à mettre en rapport avec plusieurs études rapportant le fait d'un délai parfois très long entre l'apparition des premiers symptômes de la maladie ou pouvant être rapportés à la maladie et le diagnostic établi, délai pouvant aller de 7 à 12 ans dans la littérature (13, 14).

Traitement chirurgical : la réalisation d'une laparoscopie exploratrice est hautement préférable à la laparotomie. Il est recommandé de réaliser des biopsies des lésions visualisées. La réalisation des biopsies reste le moyen de prouver de manière la plus fiable la présence d'endométriose pelvienne.

Le bénéfice de la laparoscopie s'établit en fonction de la raison pour laquelle celle-ci a été réalisée, soit en termes de douleurs, soit en termes de fertilité.

Dans une revue de 2014, Duffy JM (15) montre que les patientes qui bénéficient d'une laparoscopie opératoire ont trois fois plus de probabilités de présenter une

amélioration des douleurs à 12 mois que le groupe contrôle n'ayant pas bénéficié de chirurgie (63 versus 21%). Néanmoins, près de 20% des patientes vont bénéficier d'une nouvelle chirurgie endéans les deux ans, liée à une récurrence des symptômes. L'estimation de ce risque peut s'élever à près de 40% à 10 ans.

Les facteurs de risque de nouvelle chirurgie sont la présence de kystes ovariens et la conservation des ovaires.

Il est logique de constater qu'une chirurgie conservatrice expose à un risque de récurrence majoré par rapport à une chirurgie plus radicale.

Il faut préciser que le risque de complications chirurgicales est plus important dans l'endométriose profonde, lié à la proximité des structures urinaires et digestives. Pour rappel, la chirurgie des ovaires est à risque d'induire une diminution de la réserve ovarienne. C'est pour cette raison qu'une prise en charge dans des centres experts en particulier dans l'endométriose profonde est recommandée.

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

En complément de la prise en charge médicale par des anti-douleurs, anti-inflammatoires ou traitements hormonaux, les patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques doivent se voir également proposer des alternatives non chirurgicales telles qu'une prise en charge psychologique, une proposition de consultation dans une clinique de la douleur, un conseil dans l'alimentation, la réalisation d'activités sportives ou de relaxation voire de méditation.

En effet, le pourcentage important de récurrence de la symptomatologie, malgré des traitements médicaux et chirurgicaux optimaux voire morbides, confirme la nature multifactorielle et hétérogène de la symptomatologie et de la pathologie endométriotique.

ENDOMÉTRIOSE ET CANCER

Bien que l'endométriose semble associée à certaines tumeurs épithéliales ovariennes (adénocarcinome à cellules claires), il n'est pas prouvé, à l'heure actuelle, que les patientes présentant de l'endométriose sont à risque majoré de cancer.

Ce risque pourrait être différent en fonction du type d'endométriose (ovarienne, péritonéale ou profonde) bien qu'il existe, à l'heure actuelle, une concordance dans les anomalies oncogénétiques de type KRAS et PTEN, similaires dans l'endométriose et l'oncogénèse endométriale.

Il ne semble pas y avoir de risque majoré de transformation maligne des lésions d'endométriose.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de recommandation de proposer une chirurgie prophylactique d'exérèse ovarienne ou utérine chez les patientes ayant présenté de l'endométriose et il n'y a pas non plus de recommandation sur la nécessité d'un suivi oncologique particulier de ces patientes.

CONCLUSION

L'endométriose se définit comme la présence de glandes endométriales et de son stroma en situation ectopique de l'utérus bien que son diagnostic de certitude repose sur la réalisation d'une biopsie chirurgicale.

La prise en charge des patientes suspectes d'endométriose sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires se fait en fonction de la symptomatologie présentée ou non par la patiente.

Seules les répercussions digestives et urinaires avec risque de sténose sont une indication formelle de la chirurgie.

La prise en charge des autres présentations doit se discuter avec la patiente en fonction des risques, des antécédents, de la morbidité, de la proposition thérapeutique et du fait qu'il existe très peu de preuves de niveau 1 dans cette pathologie et sa prise en charge.

La symptomatologie et le bien-être des patientes doivent rester les points d'attention les plus importants.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Penser à l'endométriose devant toute douleur cyclique permenstruelle.

Différencier la prise en charge de l'endométriose des symptômes (douleurs et/ou infertilité).

La prise en charge dépendra des antécédents, des récurrences fréquentes, de l'âge de la patiente, des traitements médicaux déjà essayés, de l'évaluation du risque chirurgical.

RÉFÉRENCES

1. Bougie O, Yap MI, Sikora L *et al.* Influence of race/ethnicity on prevalence and presentation of endometriosis : a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2019 Mar 25 (Epub ahead of print).
2. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004 Nov ; 13-19 ; 364(9447) : 1789-99.
3. Rogers AS, D'Hooghe TM, Fazleabas A *et al.* Priorities for endometriosis research : recommendations from an international consensus workshop. *Reprod. Sci.* 2009 Apr ; 16(4) :335-46.
4. Mowers EL, Lim CS, Skinner B *et al.* Prevalence of endometriosis during abdominal or laparoscopic hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.* 2016 June ; 127(6) : 1045-53.
5. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 1997 Jun ; 24(2) : 235-58.
6. Reese KA, Reddy S, Roch JA. Endometriosis in an adolescent population : the Emory experience. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 1996 Aug ; 9(3) : 125-8.
7. Missmer SA, Chavarro JE, Malspeis S *et al.* A prospective study of dietary fat consumption and endometriosis risk. *Hum. Reprod.* 2010 Jun ; 25(6) : 1528-35.
8. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil. Steril.* 1997 Oct ; 68(4) : 585-96.
9. Sinaii N, Plumb K, Cotton L *et al.* Differences in characteristics among 1.000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil. Steril.* 2008 Mar ; 89(3) : 538-45.
10. Hansen KE, Kesmodel US, Baldursson EB *et al.* Visceral syndrome in endometriosis patients. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2014 Aug ; 179 : 198-203.
11. Bazot M, Daraï E. Diagnosis of deep endometriosis : clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. *Fertil. Steril.* 2017 Dec ; 108(6) : 886-894.
12. Guerriero S, Saba L, Pascual MA *et al.* Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis : systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2018 May ; 51(5) : 586-595.
13. Staal AH, van der Zanden M, Nap AW. Diagnostic delay of endometriosis in the Netherlands. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2016 ; 81(4) : 321-4.
14. Hadfield R, Mardon H, Barlow D *et al.* Delay in the diagnosis of endometriosis : a survey of women from the USA and the UK. *Hum. Reprod.* 1996 Apr ; 11(4) : 878-80.
15. Duffy JM, Arambage K, Correa FJ *et al.* Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014 Apr ; 3(4) : CD011031.

AFFILIATIONS

¹ Service de gynécologie – Hôpital de Jolimont

CORRESPONDANCE

Pr. JEAN SQUIFFLET

Cliniques universitaires Saint-Luc
Service de gynécologie
Avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles