

DÉPISTAGE et PRISE EN CHARGE de 1^{ÈRE} INTENTION de L'ENDOMÉTRIOSE devant des ALGIES PELVIENNES et/ou DYSMÉNORRHÉES

JEUDI 28 SEPTEMBRE 2023



DR THOMAS HÉBERT, CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE – OBSTÉTRICIEN *CHRU TOURS/ CH LOCHES*

DR FLORIANE BONNIN, GYNÉCOLOGUE MÉDICALE *CHIC AMBOISE/ CHRU TOURS*

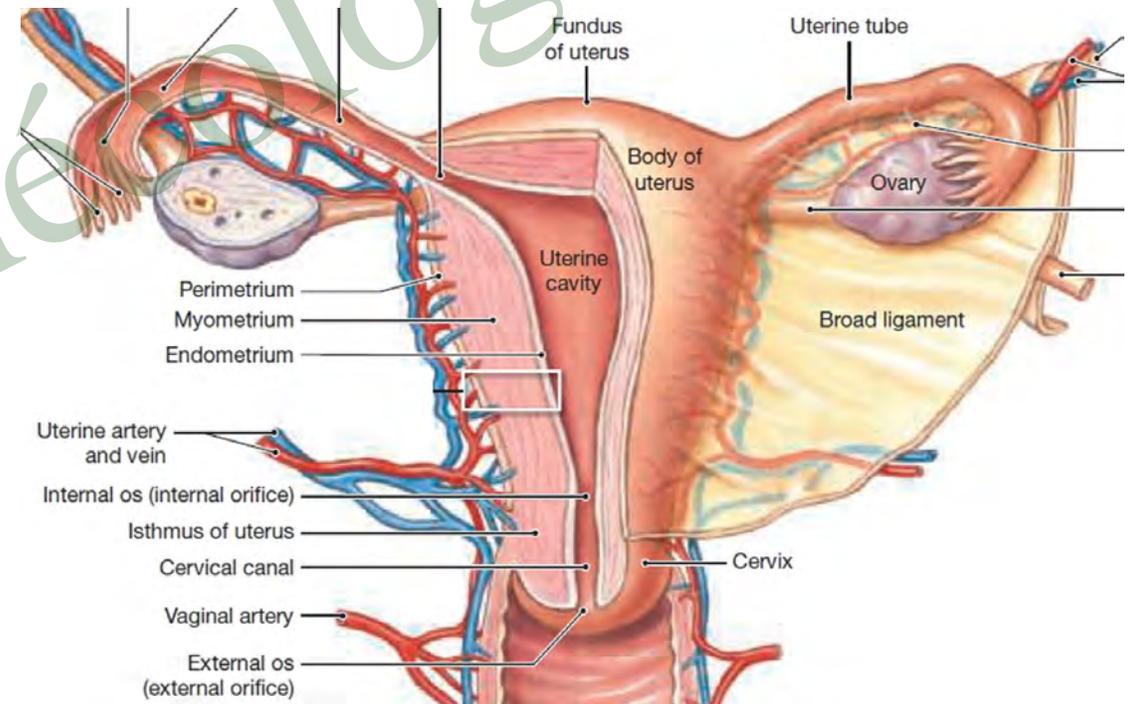
ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'ENDOMÉTRIOSE

- 10 à 15% des femmes en âge de procréer
- 25 à 40% des douleurs pelviennes chronique
- 50% des femmes infertiles
- Adénomyose : 10 à 40% des pièces d'hystérectomie
- 30 Milliards d'€ en 2005 dans l'UE

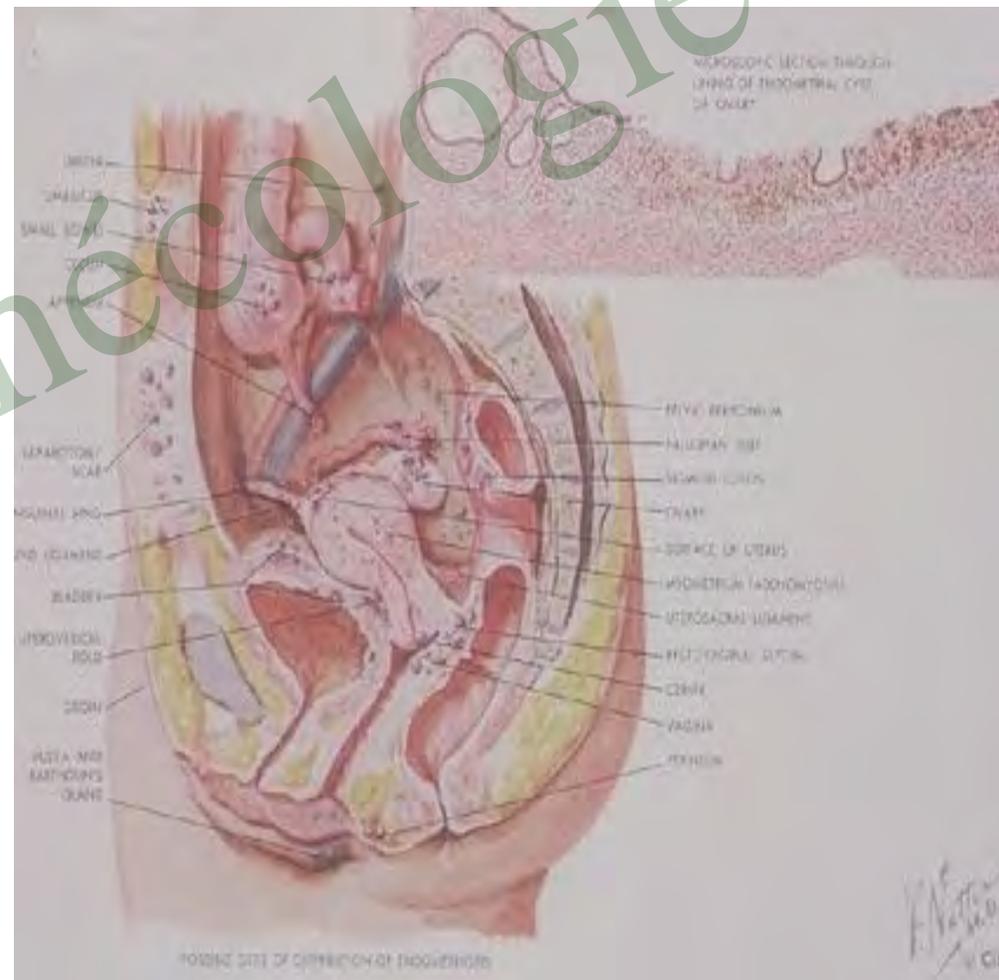
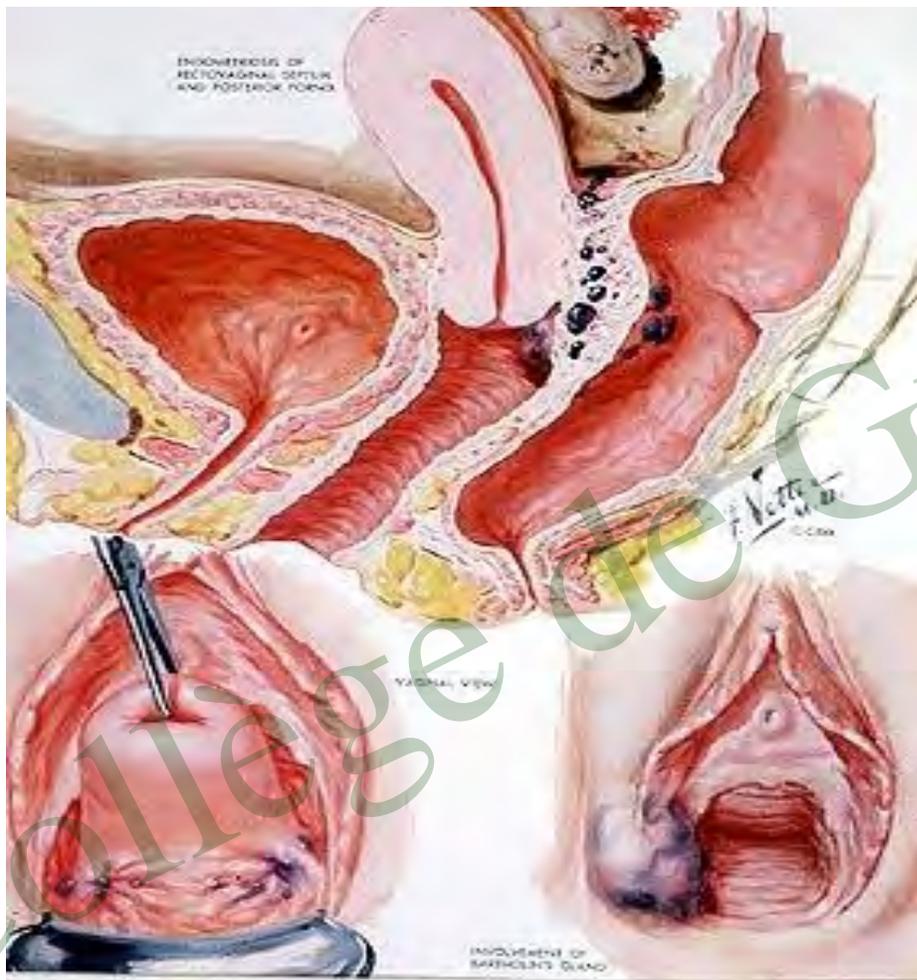
ENDOMÉTRIOSE... QU'EST CE QUE C'EST ?

Définition histologique :

- Présence de glandes endométriales en dehors de l'utérus
- Endométriose maladie = symptomatique
- Adénomyose = endométriose dans le myomètre



où... ?



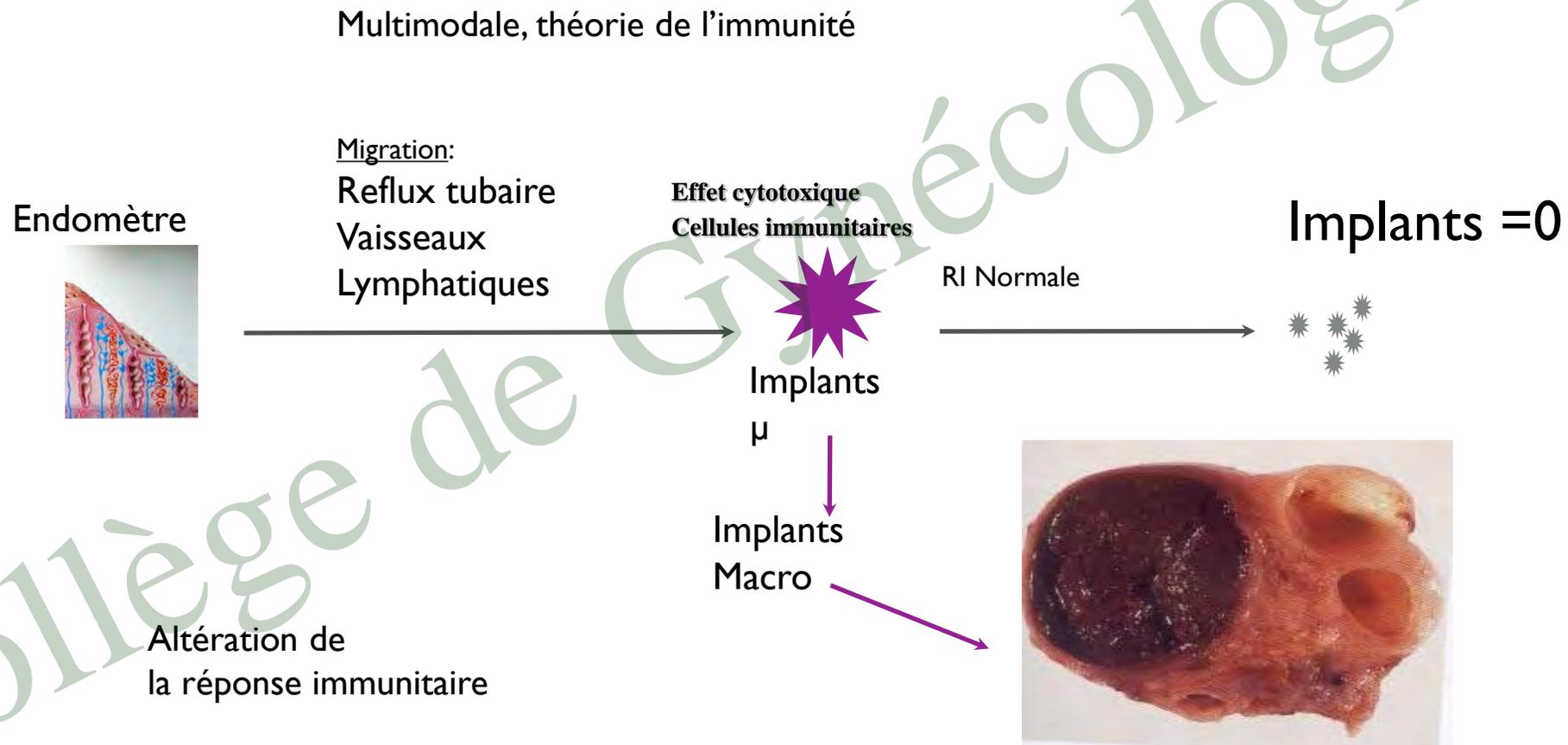
POURQUOI L'ENDOMÉTRIOSE ?

Plusieurs raisons...

- Le reflux menstruel
- Les facteurs génétiques?
- Les facteurs environnementaux?

=> Il s'agit d'une maladie plurifactorielle

OUI, POURQUOI ?



POURQUOI ? ENCORE ET TOUJOURS...

- Théorie Coelomique
 - Lors de l'embryogenèse, apparition de faisceaux de précurseurs mullérien dans la cavité coelomique postérieure
 - Différenciation sous l'impact oestrogénique
- En faveur du traitement chirurgical de l'endométriose

VIGNETTE CLINIQUE I

DÉTECTION ET PRISE EN CHARGE SÉQUENCÉE DES SYMPTÔMES DOULOUREUX CHEZ UNE FEMME ATTEINTE D'ENDOMÉTRIOSE

VIGNETTE CLINIQUE I - QUESTION

Mme A. 20 ans consulte pour des dysménorrhées invalidantes. Elle a eu ses premières règles à l'âge de 11 ans, avec des dysménorrhées d'emblée intenses ayant motivé l'institution d'une contraception microprogestative interrompue il y a un an. Elle n'a pas d'antécédent médico-chirurgical personnel ni familial.

1/ Parmi les symptômes ci-dessous lesquels sont évocateurs d'endométriose pelvienne profonde ?

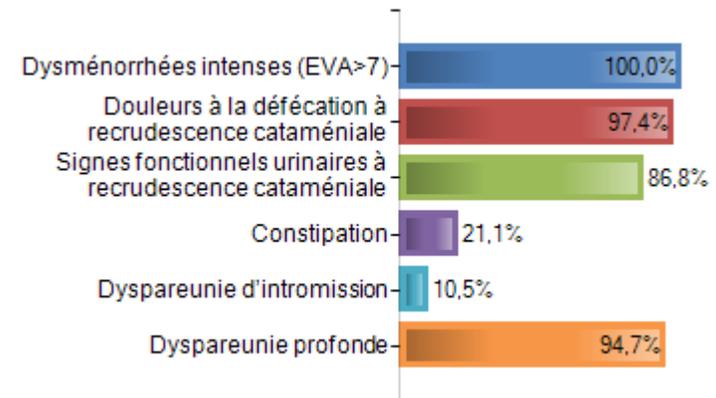
- a. Dysménorrhées intenses (EVA>7)
- b. Douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale
- c. Signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale
- d. Constipation
- e. Dyspareunie d'intromission
- f. Dyspareunie profonde

VIGNETTE CLINIQUE I - RÉPONSES

Mme A. 20 ans consulte pour des dysménorrhées invalidantes. Elle a eu ses premières règles à l'âge de 11 ans, avec des dysménorrhées d'emblée intenses ayant motivé l'institution d'une contraception microprogestative interrompue il y a un an. Elle n'a pas d'antécédent médico-chirurgical personnel ni familial.

1/ Parmi les symptômes ci-dessous lesquels sont évocateurs d'endométriose pelvienne profonde ?

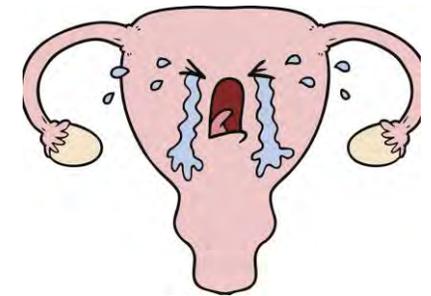
- a. **Dysménorrhées intenses (EVA>7)**
- b. **Douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale**
- c. **Signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale**
- d. Constipation
- e. Dyspareunie d'intromission
- f. **Dyspareunie profonde**



ENDOMÉTRIOSE : SYMPTÔMES

Les principaux symptômes évocateurs d'endométriose sont **DOULOUREUX** et **CYCLIQUES** :

- **Dysménorrhées** intenses (EVA \geq 8) résistantes aux antalgiques de palier I entraînant un absentéisme professionnel et social \pm malaises et vomissements
- **Dyspareunie profonde**
- **Dyschésie** ou douleur à la défécation, à recrudescence cataméniale \pm rectorragies associées
- Symptômes urinaires, **dysurie** ou pollakiurie, à recrudescence cataméniale
- **Infertilité**
 - Douleurs pelviennes chroniques (=> hypersensibilisation pelvienne et périnéale)
 - Douleurs inter menstruelles (=> phénomènes inflammatoire et adhérentiel)
 - Scapalgie cyclique (droite++) ou pneumothorax cataménial
 - Autres symptômes : asthénie chronique, troubles fonctionnels intestinaux (90% des patientes atteintes d'endométriose !), lombalgies, sciatalgies, cruralgies...



VIGNETTE CLINIQUE I - QUESTION

A l'interrogatoire, il n'existe pas de douleurs associées aux dysménorrhées ni de signes fonctionnels urinaires ou digestifs. A l'examen clinique, c'est principalement la palpation et la mobilisation utérine qui sont sensibles. On note une absence d'induration significative dans les différents culs de sac.

2/ Quelle est votre conduite à tenir ?

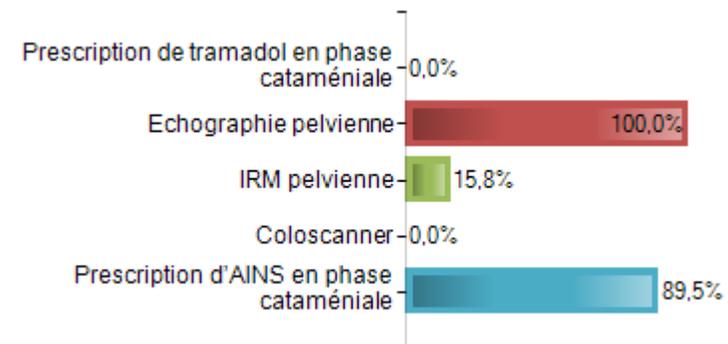
- a. Prescription de tramadol en phase cataméniale
- b. Echographie pelvienne
- c. IRM pelvienne
- d. Coloscanner
- e. Prescription d'AINS en phase cataméniale

VIGNETTE CLINIQUE I – RÉPONSES

A l'interrogatoire, il n'existe pas de douleurs associées aux dysménorrhées ni de signes fonctionnels urinaires ou digestifs. A l'examen clinique, c'est principalement la palpation et la mobilisation utérine qui sont sensibles. On note une absence d'induration significative dans les différents culs de sac.

2/ Quelle est votre conduite à tenir ?

- a. Prescription de tramadol en phase cataméniale
- b. Echographie pelvienne**
- c. IRM pelvienne
- d. Coloscanner
- e. Prescription d'AINS en phase cataméniale**



VIGNETTE CLINIQUE I - QUESTION

L'échographie pelvienne réalisée par voies sus-pubienne et endovaginale est normale.

3/ En sachant que Mme A n'a pas de désir de grossesse, quelle prise en charge proposez-vous ?

- a. IRM pelvienne
- b. Coelioscopie exploratrice
- c. Consultation auprès du centre de lutte contre la douleur
- d. Traitement hormonal

VIGNETTE CLINIQUE I - RÉPONSES

L'échographie pelvienne réalisée par voies sus-pubienne et endovaginale est normale.

3/ En sachant que Mme A n'a pas de désir de grossesse, quelle prise en charge proposez-vous ?

- a. IRM pelvienne
- b. Coelioscopie exploratrice
- c. Consultation auprès du centre de lutte contre la douleur
- d. **Traitement hormonal**



VIGNETTE CLINIQUE I - QUESTION

4/ Quel(s) traitement(s) hormonal(aux) pouvez-vous proposer en première intention chez Mme A ?

- a. Traitement macroprogestatif type Chlormadinone Acétate
- b. Traitement oestroprogestatif cyclique
- c. Traitement oestroprogestatif continu
- d. SIU au levonorgestrel 52mg
- e. Agoniste de la LHRH

VIGNETTE CLINIQUE I - RÉPONSES

4/ Quel(s) traitement(s) hormonal(aux) pouvez-vous proposer en première intention chez Mme A ?

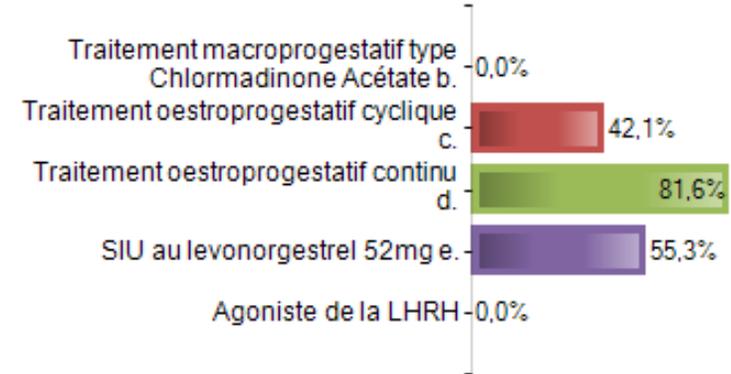
a. Traitement macroprogestatif type Chlormadinone Acétate

b. **Traitement oestroprogestatif cyclique**

c. **Traitement oestroprogestatif continu**

d. **SIU au levonorgestrel 52mg**

e. Agoniste de la LHRH



RECOMMANDATIONS 2017

- Endométriose symptomatique + pas de désir de grossesse => traitement hormonal
- Les contre indications, les effets indésirables potentiels et les traitements antérieurs doivent guider le choix de la molécule (accords professionnels).
- Compte tenu des données d'efficacité et des effets indésirables potentiels :

1^{ère} intention: **(grade B)** [COP cyclique
SIU lévonorgestrel 52mg]

2^{ème} intention: **(grade C)** [Analogues GnRH + add back therapy
Dienogest
Microprogestatifs (désogestrel)]

Autres macroprogestatifs: données insuffisantes pour définir leur place

Danazol et DMPA: non recommandés en raison des effets indésirables

TRAITEMENT MÉDICAL EN PRATIQUE (I)

Objectif :

obtenir l'aménorrhée ++ et ne jamais l'interrompre !

Ce qui contribue à :

- supprimer le mécanisme de la maladie et suspendre son évolution
- diminuer l'inflammation intra-péritonéale
- confirmer le diagnostic (test thérapeutique)
- éviter la récurrence après chirurgie

Inconvénients :

- l'aménorrhée est forcément contraceptive
- obtenir l'aménorrhée est parfois compliqué
- problème des effets secondaires indésirables et des épuisements d'efficacité
- problème des prescriptions hors AMM

TRAITEMENT MÉDICAL EN PRATIQUE (2)

- **PAS de stérilet au cuivre !!**
- Traitement au long cours (pas d'interruption)

En 1^{ère} intention : **enchaîner les plaquettes de pilule**

- **contraception oestro-progestative**
- monophasique
- commencer par les 2nde générations (remboursées) : Leelo[®] Minidril[®] ...
- préciser sur l'ordonnance « schéma sans règles »
- Attention aux contre-indications notamment vasculaires

TRAITEMENT MÉDICAL EN PRATIQUE (3)

En 2nde intention : **micro-progestatifs**

- Pilule au **désogestrel 0,075 mg** : Cerazette® Optimizette® Antigone®

à tester 3-4 mois puis réévaluer

!! pas de pilule au levonorgestrel Microval®

- **SIU** au levonorgestrel : Mirena® 52 mg

!! pas si atteinte ovarienne

!! les mini-SIU Jaydess® Kyleena® n'ont pas été étudiés dans l'endométriose

- **Implant** à l'étonogestrel : Nexplanon®

TRAITEMENT MÉDICAL EN PRATIQUE (4)

En 3^{ème} intention :

dienogest 2 mg par jour en continu

(Visanne®) Sawis® Dimetrum® Endovela®

- AMM exclusive endométriose
- pas d'AMM pour la contraception (mais contraceptif)
- agit en inhibant la croissance des implants endométriosiques

TRAITEMENT MÉDICAL EN PRATIQUE (5)

En 4^{ème} intention : **macro-progestatifs en continu**

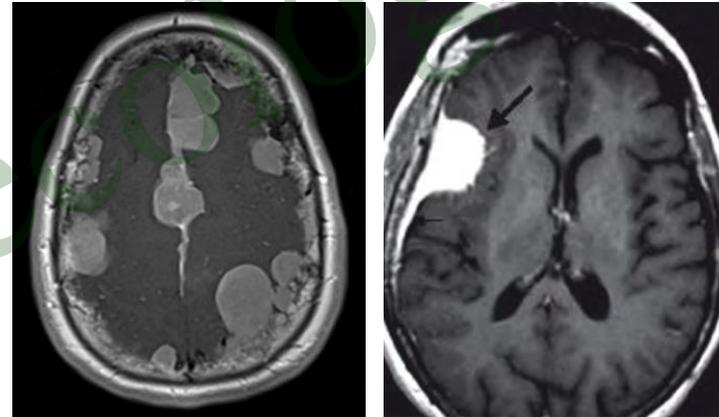
- **Drospirénone 4 mg *Slinda*®** - nouveauté 2020 – non remboursé (« mini » macro-progestatif avec AMM contraception)
- Acétate de chlormadinone *Lutéran*® (AMM endométriose en discontinu)
- Médrogestone *Colprone*® (AMM endométriose en discontinu)
- Acétate de nomégestrol *Lutényl*® (hors AMM) //!\ CI si ATCD thrombo-emboliques
- (((Acétate de cyprotérone *Androcur*®)))

En 5^{ème} intention (=> traitement pré-opératoire) :

analogue de la LH-RH *Décapeptyl*® *Enantone*® ± add-back therapy

MACROPROGESTATIFS ET MÉNINGIOMES

- Tumeur bénigne du SNC, rare
 - Sex-ratio femme/homme= 2/1
 - Incidence annuelle : 8/100 000 (pic incidence : 50-60 ans)
 - Facteurs de risque : irradiation cérébrale, hormones++ ...
- Communiqué ANSM juin 2020 :*
- Sur-risque de méningiome chez les femmes exposées aux macroprogestatifs
 - Augmentation importante du risque avec la dose utilisée, la durée du traitement et l'âge de la patiente
 - Surveillance régulière par imagerie cérébrale (IRM)
 - **Si découverte d'un méningiome : contre-indication à tout macroprogestatif (ANSM juin 2023)**



Nouvelles règles de prescription des macroprogestatifs !

Attestation annuelle d'information à remplir et signer par le médecin et la patiente pour tout traitement d'une durée supérieure à un an

La prise d'acétate de noméggestrol ou d'acétate de chlormadinone est associée à une augmentation importante du risque de méningiome (tumeur généralement non cancéreuse des membranes entourant le cerveau, les méninges). Le risque est très faible quand le médicament est pris pendant moins d'un an. Au contraire, au-delà d'un an d'utilisation, le risque augmente en fonction de la dose, de la durée du traitement et de l'âge de la patiente.

L'objectif de cette attestation est de garantir l'information des patientes par leur médecin sur :

- le risque de méningiome lié à la prise du traitement,
- les mesures permettant de vérifier l'absence de méningiome au cours du traitement, et de réduire les risques de survenue d'un méningiome au cours du traitement,
- la conduite à tenir en cas de diagnostic d'un méningiome.

CONFIRMATION PAR LE MÉDECIN ET PAR LA PATIENTE ET/OU SON REPRÉSENTANT*

Veuillez lire attentivement ce qui suit et cocher les cases. Nous confirmons que les points suivants ont été discutés :

Informations sur le risque de méningiome :

- Le risque de développer un méningiome est **multiplié par 12 à partir de 5 ans d'utilisation d'acétate de noméggestrol** (Lutényl et génériques). Il est **multiplié par 7 à partir de 3,5 ans d'utilisation pour l'acétate de chlormadinone** (Lutélan et génériques).
- Les symptômes cliniques pouvant évoquer un méningiome sont notamment : des maux de tête, des troubles de la vision, du langage, de l'audition ou bien des convulsions. En cas de doute, il est nécessaire de consulter son médecin traitant.

Avant de prendre le médicament :

- Ces médicaments sont **contre-indiqués** en cas d'existence ou d'antécédent de méningiome.
- Il n'est **pas nécessaire de réaliser une IRM au cours de la première année de traitement**, sauf en cas de facteur de risque de méningiome (radiothérapie du cerveau dans l'enfance ou neurofibromatose de type 2). Dans ce cas, l'IRM doit être réalisée au début du traitement.

Suivi au cours du traitement :

- L'intérêt du traitement doit être **réévalué au moins une fois par an en consultation**. Dans la mesure où le risque augmente avec la dose et la durée du traitement, les utilisations prolongées et à fortes doses doivent être évitées.
- Si le traitement est poursuivi au-delà d'un an, une IRM cérébrale devra être réalisée à la fin de la première année de traitement puis au plus tard 5 ans après la première IRM, puis tous les 2 ans tant que le traitement sera maintenu.
- En cas de découverte d'un méningiome, le traitement devra être arrêté définitivement et un avis neurochirurgical sera requis.

Important :

- Cette attestation confirme que la patiente a reçu une information de la part de son médecin mais ne constitue en aucune manière une décharge de responsabilité.

Nom du médecin :

Date :

Signature et tampon du médecin :

Signature :

Signature :

* par la loi, signature obligatoire du représentant légal.

Une copie est remise à la patiente qui doit la présenter impérativement à son médecin traitant à l'issue de son traitement. La durée de validité de cette attestation est de un an (sauf renouvellement à l'issue de la première année).
* pour l'acétate de noméggestrol 3,75 ou 5 mg et d'acétate de chlormadinone

INFORMATION POUR LES PATIENTES

LUTÉNYL, LUTÉLAN ET LEURS GÉNÉRIQUES (acétate de noméggestrol 3,75 ou 5 mg et acétate de chlormadinone 5 ou 10 mg)

Votre médecin vous a prescrit de l'acétate de noméggestrol (Lutényl ou génériques) ou de l'acétate de chlormadinone (Lutélan ou génériques).

► Ce document présente les informations importantes à connaître sur ces médicaments et le suivi qui sera mis en place selon votre situation individuelle.

Acétate de noméggestrol ou acétate de chlormadinone et méningiome : ce qu'il faut savoir

Comme tous les médicaments, l'acétate de noméggestrol et l'acétate de chlormadinone peuvent provoquer des effets indésirables. La prise de ces médicaments est associée à une augmentation importante du risque de méningiome. Ce risque augmente en fonction de la dose, de la durée du traitement et de l'âge. Lorsque ces médicaments sont utilisés moins d'un an, le risque de méningiome est très faible, au-delà, ce risque est multiplié par :

- 12 à partir de 5 ans de traitement par acétate de noméggestrol (Lutényl et génériques)^[1]
- 7 à partir de 3,5 ans de traitement par acétate de chlormadinone (Lutélan et génériques)^[1]

Qu'est-ce qu'un méningiome ? Il s'agit d'une tumeur des membranes qui entourent le cerveau : les méninges. Le méningiome peut être unique ou multiple. Dans l'immense majorité des cas, ces tumeurs ne sont pas cancéreuses mais sont susceptibles d'être à l'origine de troubles graves et nécessiter alors une intervention chirurgicale lourde et à risque. Un méningiome peut se développer en dehors de toute prise de médicament.

Le point sur votre suivi médical selon votre situation

Malgré le risque de méningiome, ces médicaments peuvent être utiles en dernier recours pour prendre en charge certaines maladies gynécologiques invalidantes comme l'endométriose, les règles très abondantes, irrégulières et prolongées, ou elles soient ou non en lien avec un fibrome.

► Après en avoir discuté avec vous, votre médecin a considéré que dans votre cas le bénéfice attendu par la prise de ce traitement était supérieur au risque : c'est pourquoi il vous le prescrit.

À savoir : Au-delà d'un an de traitement, votre médecin doit vous remettre chaque année une attestation d'information à compléter et signer ensemble. Vous devrez systématiquement présenter cette attestation annuelle à la pharmacie pour obtenir votre médicament.

Quelle que soit l'ancienneté de votre traitement, il doit être réévalué à chaque consultation de gynécologie et au moins une fois par an.

Date de début de votre traitement :

.....

Afin de prévenir le risque et de détecter le plus tôt possible tout développement de méningiome, un suivi par imagerie cérébrale est nécessaire au-delà d'un an de traitement. Cette technique permet de dépister des méningiomes, y compris s'ils sont de petite taille (IRM = imagerie à résonance magnétique).

[1] <https://ansm.santepubliquefrance.fr/actualites/luteny-lutelan-les-rapports-des-etudes-epidemiologiques-sont-disponibles>

Que faire si vous êtes déjà traitée ?

Un examen par imagerie cérébrale (IRM) doit être réalisé :

- à tout moment pendant votre traitement en cas de symptômes évocateurs de méningiome (voir ci-dessous) ;
- si vous êtes traitée depuis plus d'un an et que votre traitement nécessite d'être poursuivi.

Si vous êtes traitée depuis moins d'un an et que vous ne ressentez pas de symptômes évocateurs de méningiome, il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM cérébrale.

Que faire si vous débutez un traitement ?

Il n'est pas recommandé de réaliser une IRM au cours de la première année de traitement, sauf si vous avez un **facteur de risque de méningiome**. Dans ce cas, l'IRM doit être réalisée au début du traitement.

Facteurs de risque de méningiome : radiothérapie du cerveau dans l'enfance ou neurofibromatose de type 2.

Que faire si vous avez été traitée par le passé avec l'un de ces médicaments ?

Parlez-en à votre médecin à l'occasion d'une prochaine consultation de gynécologie. En cas de symptômes évocateurs de méningiome, une IRM cérébrale devra être pratiquée, même à distance de l'arrêt du traitement. En l'absence de symptômes évocateurs, il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM cérébrale.

Que se passe-t-il si votre IRM révèle la présence d'un méningiome ?

Votre traitement sera définitivement arrêté et un avis neurochirurgical sera requis. La prise d'acétate de noméggestrol, chlormadinone ou cyproterone ne sera plus jamais possible.

Que se passe-t-il si votre IRM ne révèle rien de particulier ?

Vous pourriez poursuivre votre traitement, après discussion avec votre médecin. Dans ce cas, il vous prescrira une IRM 5 ans après la première, puis tous les 2 ans tant que votre traitement sera maintenu. Chaque année, il vous remettra également une attestation d'information que chacun de vous signera ; elle vous sera indispensable pour obtenir votre médicament en pharmacie.

► **À savoir :** Si votre traitement assurait votre contraception, en cas d'arrêt, même ponctuel, vous devez penser à utiliser une méthode contraceptive efficace.

Dans tous les cas, restez attentive aux signes ou symptômes évocateurs d'un méningiome.

Méningiomes : quels symptômes doivent être surveillés ?

Les symptômes peuvent être très différents selon la taille et la localisation du méningiome (liste non exhaustive). En cas de survenue d'un de ces symptômes en cours de traitement, contactez votre médecin.



Pour déclarer tout effet indésirable : www.signalement-sante.gouv.fr

Pour vous informer sur ces médicaments : www.base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/



Même stratégie de surveillance par **IRM cérébrale** pour la **promégestone Colprone®** depuis 07/2023

TRAITEMENT MÉDICAL EN PRATIQUE (6)

Si l'on ne peut pas être contraceptif (désir de grossesse) :

- Diminuer l'inflammation : AINS Ponstyl® Antadys®
- Diminuer la douleur : antalgiques palier 1 ou 2
- Diminuer l'abondance des règles : a. tranexamique Exacyl®

TRAITEMENT MÉDICAL EN PRATIQUE (7)

- Lésions d'endométriose => limitation du mouvement du tissu touché et des organes de voisinage (utérus, vagin, vessie, tube digestif, LUS...)
 - Perte de mobilité => effet domino => **verrouillage/ blocage du pelvis**
 - L'absence de mouvement affecte la fonction organique => troubles fonctionnels intestinaux...
-  **Un tissu qui ne bouge pas est un tissu qui devient douloureux**

Activité physique / Yoga / Kinésithérapie / Ostéopathie
Gestion de l'anxiété et du stress : hypnose, acupuncture, sophrologie...
Alimentation équilibrée ± « anti-inflammatoire »

VIGNETTE CLINIQUE I - QUESTION

Au terme de la consultation, le choix de Mme A. se porte sur un traitement hormonal oestro-progestatif que vous souhaitez prescrire selon un schéma cyclique.

Vous revoyez Mme A comme convenu à 3 mois de la précédente consultation. La tolérance clinique et métabolique est bonne. L'efficacité est également significative avec une diminution de l'EVA de 30 points.

En revanche, l'observance est mauvaise avec plusieurs oublis. La patiente vous fait part de son souhait d'une contraception de longue durée d'action.

5/ Que pouvez-vous lui proposer ?

- a. DIU au cuivre
- b. SIU au levonorgestrel 52mg
- c. SIU au levonorgestrel 13.5mg
- d. SIU au levonorgestrel 19.5mg
- e. Implant à l'étonogestrel

VIGNETTE CLINIQUE I - RÉPONSES

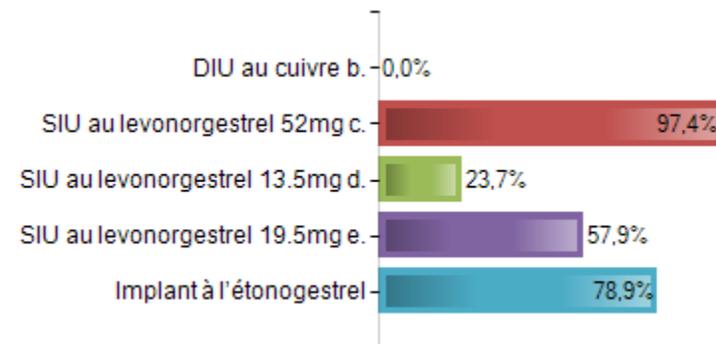
Au terme de la consultation, le choix de Mme A. se porte sur un traitement hormonal oestro-progestatif que vous souhaitez prescrire selon un schéma cyclique.

Vous revoyez Mme A comme convenu à 3 mois de la précédente consultation. La tolérance clinique et métabolique est bonne. L'efficacité est également significative avec une diminution de l'EVA de 30 points.

En revanche, l'observance est mauvaise avec plusieurs oublis. La patiente vous fait part de son souhait d'une contraception de longue durée d'action.

5/ Que pouvez-vous lui proposer ?

- a. DIU au cuivre
- b. SIU au levonorgestrel 52mg**
- c. SIU au levonorgestrel 13.5mg**
- d. SIU au levonorgestrel 19.5mg**
- e. Implant à l'étonogestrel**



VIGNETTE CLINIQUE I - QUESTION

Le choix de Mme A se porte sur un SIU au levonorgestrel 52mg.

Mme A s'est présentée à la consultation post-pose du SIU puis vous la perdez de vue.

Elle se représente à votre consultation 5 ans plus tard (elle est alors âgée de 25 ans). Le SIU, avec lequel elle était en aménorrhée, lui a été retiré 1 an auparavant pour un désir de grossesse. Son conjoint a 30 ans, et n'a pas d'antécédents ni d'enfants.

Elle décrit :

- une réapparition des dysménorrhées (EVA=9/10)*
- une dyspareunie profonde secondaire systématique s'aggravant progressivement (EVA=7/10)*
- des diarrhées cataméniales*
- des douleurs à l'exonération en phase cataméniale (EVA=7/10)*
- des douleurs intermenstruelles survenant environ 1 jour sur 3 (EVA= 5/10)*

Le retentissement sur la qualité de vie est important, avec notamment un absentéisme professionnel.

Elle vous apporte une échographie pelvienne qui met en évidence un endométriome ovarien gauche de 30mm sans autre anomalie.

L'examen clinique retrouve une induration nodulaire et douloureuse du torus ne transfixiant pas le vagin.

VIGNETTE CLINIQUE I - QUESTION

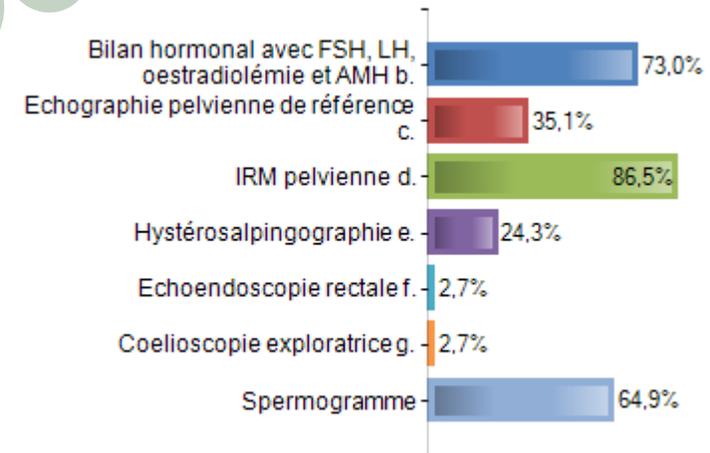
6/ Quel bilan complémentaire réalisez-vous ?

- a. Bilan hormonal avec FSH, LH, oestradiolémie et AMH
- b. Echographie pelvienne de référence
- c. IRM pelvienne
- d. Hystérosalpingographie
- e. Echoendoscopie rectale
- f. Coelioscopie exploratrice
- g. Spermogramme

VIGNETTE CLINIQUE I - RÉPONSES

6/ Quel bilan complémentaire réalisez-vous ?

- a. **Bilan hormonal avec FSH, LH, oestradiolémie et AMH**
- b. **Echographie pelvienne de référence**
- c. **IRM pelvienne**
- d. **Hystérosalpingographie**
- e. Echoendoscopie rectale
- f. Coelioscopie exploratrice
- g. **Spermogramme**



VIGNETTE CLINIQUE I - QUESTION

Le bilan de réserve ovarienne est normal pour l'âge et l'accessibilité des ovaires est bonne. Le spermogramme est sans anomalie.

7/ Quelle(s) prise(s) en charge pouvez-vous lui proposer ?

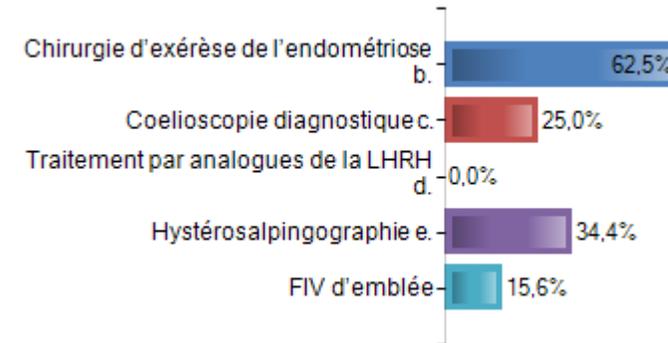
- a. Chirurgie d'exérèse de l'endométriose
- b. Coelioscopie diagnostique
- c. Traitement par analogues de la LHRH
- d. Hystérosalpingographie
- e. FIV d'emblée

VIGNETTE CLINIQUE I - RÉPONSES

Le bilan de réserve ovarienne est normal pour l'âge et l'accessibilité des ovaires est bonne. Le spermogramme est sans anomalie.

7/ Quelle(s) prise(s) en charge pouvez-vous lui proposer ?

- a. **Chirurgie d'exérèse de l'endométriose**
- b. Coelioscopie diagnostique
- c. Traitement par analogues de la LHRH
- d. Hystérosalpingographie
- e. **FIV d'emblée**



VIGNETTE CLINIQUE I - QUESTION

Mme A. choisit de bénéficier d'une chirurgie d'exérèse en 1^{ère} intention.

L'intervention s'est bien déroulée, toutes les lésions d'endométriose ont pu être retirées et l'épreuve au bleu évaluant la perméabilité tubaire est positive.

8/ Quelle prise en charge post-opératoire lui proposez-vous ?

- a. Analogue LHRH
- b. Inséminations
- c. Tentative de fertilité naturelle pendant 6-12 mois
- d. FIV d'emblée

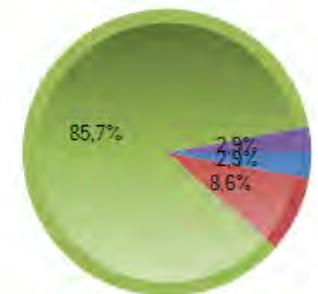
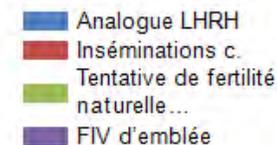
VIGNETTE CLINIQUE I - RÉPONSES

Mme A. choisit de bénéficier d'une chirurgie d'exérèse en 1^{ère} intention.

L'intervention s'est bien déroulée, toutes les lésions d'endométriose ont pu être retirées et l'épreuve au bleu évaluant la perméabilité tubaire est positive.

8/ Quelle prise en charge post-opératoire lui proposez-vous ?

- a. Analogue LHRH
- b. Inséminations
- c. **Tentative de fertilité naturelle pendant 6-12 mois**
- d. FIV d'emblée



ENDOMÉTRIOSE ET FERTILITÉ (I)

« **Stratégie active** » de prise en charge
pour l'**obtention rapide d'une grossesse**

Globalement, 2 cas de figures :

- **patiente plutôt jeune, endométriose modérée** : 6 mois d'essai de grossesse spontanée puis consultation à 6 mois si pas de grossesse
- **patiente très symptomatique ++ sans traitement hormonal, lourds antécédents chirurgicaux, endométriose importante** = spermogramme et hystérosalpingographie sous traitement hormonal
 - ⇒ si normalité des examens : essai de grossesse spontanée pdt 6 mois avant passage en FIV
 - ⇒ si bilan initial perturbé : passage en FIV immédiat

ENDOMÉTRIOSE ET FERTILITÉ (2)

Plusieurs facteurs interviennent dans le choix des propositions de traitement de l'infertilité :

- la sévérité de la maladie et les organes atteints
- la symptomatologie douloureuse et l'efficacité du traitement médical
- l'atteinte ovarienne (présence d'endométriomes, stigmates cliniques biologiques et échographiques d'altération de la réserve ovarienne) ou utérine (adénomyose)
- les facteurs associés (tubaires, masculins..)

⇒ **Prise en charge de l'infertilité : AMP et/ou chirurgie**

de manière indépendante ou combinée, en association à des traitements antalgiques et hormonaux

⇒ **Décision médicale partagée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire**

VIGNETTE CLINIQUE 2

DÉTECTION ET PRISE EN CHARGE SÉQUENCÉE DES SYMPTÔMES DOULOUREUX CHEZ UNE FEMME ATTEINTE D'ENDOMÉTRIOSE

VIGNETTE CLINIQUE 2

Mme S, 42 ans qui a eu 3 enfants sur grossesses spontanées consulte pour un désir de contraception définitive. Elle n'a pas d'antécédents médicaux chirurgicaux notables.

A l'interrogatoire les ménarches étaient à 14 ans, avec des dysménorrhées qualifiées de « peu invalidantes » par la patiente. Prise de contraception hormonale vers 17 ans lors des premiers rapports.

Elle a une pratique sportive régulière du tennis.

La survenue des grossesses a été rapide, Mme S n'a pas de plainte concernant sa sexualité.

Elle est actuellement avec un SIU au levonorgestrel à 52ug et souhaiterait se « débarrasser des hormones ».

VIGNETTE CLINIQUE 2 - QUESTION

1/ Quelles sont les propositions que l'on peut faire à Mme S concernant son désir de contraception définitive ?

- a. Une Ligature Résection tubaire par voie mini invasive (coelio, V Note...)
- b. Une vasectomie chez son conjoint
- c. Une hystérectomie
- d. Un DIU au cuivre

VIGNETTE CLINIQUE 2 - RÉPONSES

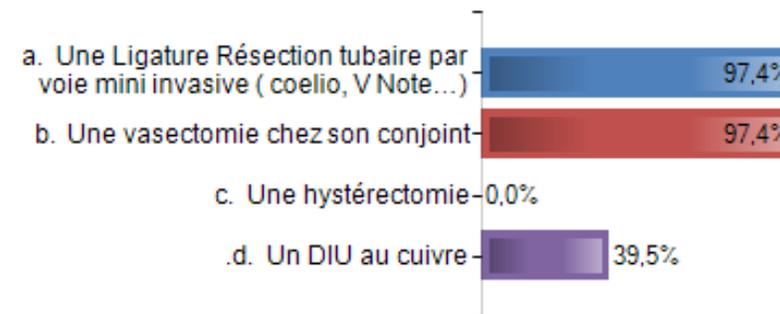
1/ Quelles sont les propositions que l'on peut faire à Mme S concernant son désir de contraception définitive ?

a. Une Ligature Résection tubaire par voie mini invasive (coelio, V Note...)

b. Une vasectomie chez son conjoint

c. Une hystérectomie

d. Un DIU au cuivre



VIGNETTE CLINIQUE 2 - QUESTION

Finally, the choice of Mme S is based on the realization of a laparoscopic salpingectomy (VNotes).

After the legal delay of 4 months, the patient benefits from outpatient surgery, the immediate sequelae are simple, the operative report does not mention any particular lesions found during surgical exploration except for a 20mm cystic formation on the right ovary, not treated during surgery.

You re-visit Mme S 3 months post-operative, she has resumed her activities, including tennis, she is well but she complains of the appearance of important pain in the right shoulder regularly.

2/ Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire pour comprendre cette douleur.

- a. Vous l'adressez à un confrère rhumatologue
- b. Vous faites un examen clinique du membre supérieur
- c. Vous recherchez une cause traumatique
- d. Vous faites une échographie de l'épaule type échographie à la recherche d'une rupture de la coiffe des rotateurs

VIGNETTE CLINIQUE 2 - RÉPONSES

Enfin, le choix de Mme S se porte sur la réalisation d'une salpingectomie par voie basse coelio assistée (VNotes).

Après le délai légal de 4 mois, la patiente bénéficie donc de la chirurgie en ambulatoire, les suites immédiates sont simples, le compte rendu opératoire ne précise pas de lésions particulières retrouvée lors de l'exploration chirurgicale en dehors d'une formation kystique sur l'ovaire droit de 20mm, non traitée durant la chirurgie.

Vous revoyez Mme S à 3 mois post opératoire, elle a repris ses activités, y compris le tennis, elle va bien mais elle se plaint de l'apparition de douleurs importante dans l'épaule droite de manière régulière.

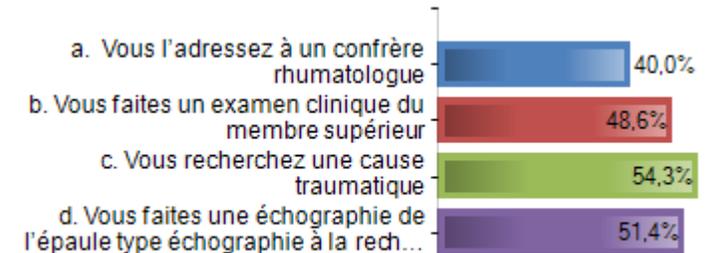
2/ Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire pour comprendre cette douleur.

a. Vous l'adressez à un confrère rhumatologue

b. Vous faites un examen clinique du membre supérieur

c. Vous recherchez une cause traumatique

d. Vous faites une échographie de l'épaule type échographie à la recherche d'une rupture de la coiffe des rotateurs



VIGNETTE CLINIQUE 2 - QUESTION

Finally, your investigations do not find any lesion of the shoulder, nevertheless the patient still complains of pain. At the secondary interrogation, you understand that these pains occur mainly at the end of the menstrual cycle.

3/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

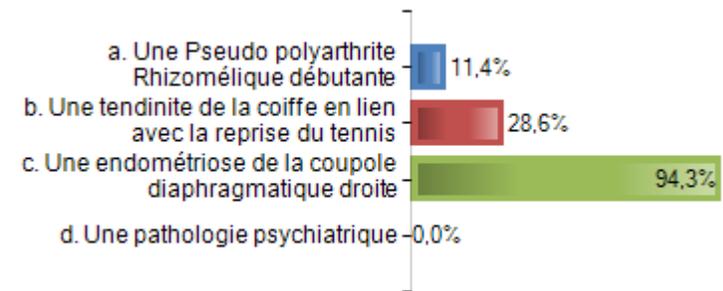
- a. Une Pseudo polyarthrite Rhizomélique débutante
- b. Une tendinite de la coiffe en lien avec la reprise du tennis
- c. Une endométriose de la coupole diaphragmatique droite
- d. Une pathologie psychiatrique

VIGNETTE CLINIQUE 2 - RÉPONSES

Finally, your investigations do not find any lesion of the shoulder, nevertheless the patient still complains of pain. At the secondary questionnaire, you understand that these pains occur mainly at the end of the menstrual cycle.

3/ Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- a. Une Pseudo polyarthrite Rhizomélique débutante
- b. Une tendinite de la coiffe en lien avec la reprise du tennis
- c. Une endométriose de la coupole diaphragmatique droite**
- d. Une pathologie psychiatrique



VIGNETTE CLINIQUE 2 - QUESTION

4/ Quel examen allez-vous réaliser pour étayer votre diagnostic ?

- a. Une IRM de l'épaule
- b. Un bilan biologique recherchant les éléments du complément et les FAN
- c. Une corticothérapie d'épreuve
- d. Une IRM diaphragmatique droite
- e. Un scanner cérébral

VIGNETTE CLINIQUE 2 - RÉPONSES

4/ Quel examen allez-vous réaliser pour étayer votre diagnostic ?

- a. Une IRM de l'épaule
- b. Un bilan biologique recherchant les éléments du complément et les FAN
- c. Une corticothérapie d'épreuve
- d. Une IRM diaphragmatique droite**
- e. Un scanner cérébral

■ a. Une IRM de l'épa...
■ d. Une IRM
diaphragmatique ...



VIGNETTE CLINIQUE 2 - QUESTION

Vous avez choisi de faire une IRM de la coupole diaphragmatique, celle-ci est interprétée comme normale par le radiologue.

5/ Quelle va être votre prochaine étape dans votre démarche diagnostique ?

- a. Vous l'adressez à une ou un collègue pour 2ème avis, votre choix s'oriente vers un centre de recours de prise en charge de l'endométriose.
- b. Vous l'adressez à un centre de prise en charge de la douleur
- c. Vous débutez un traitement par diénoGEST
- d. Vous laissez la patiente avec ses douleurs, prescrivez du tramadol au cas où et partez en vacances... vous réfléchirez à la plage .. ou pas
- e. Vous tentez un traitement symptomatique par AINS.

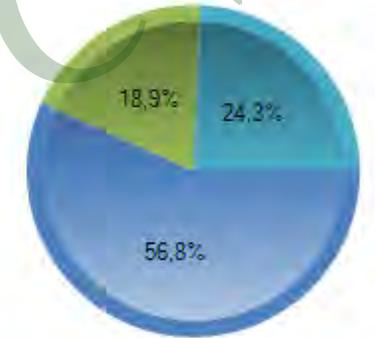
VIGNETTE CLINIQUE 2 - RÉPONSES

Vous avez choisi de faire une IRM de la coupole diaphragmatique, celle-ci est interprétée comme normale par le radiologue.

5/ Quelle va être votre prochaine étape dans votre démarche diagnostique ?

- a. **Vous l'adressez à une ou un collègue pour 2^{ème} avis, votre choix s'oriente vers un centre de recours de prise en charge de l'endométriose.**
- b. Vous l'adressez à un centre de prise en charge de la douleur
- c. **Vous débutez un traitement par diénoGEST**
- d. Vous laissez la patiente avec ses douleurs, prescrivez du tramadol au cas où et partez en vacances... vous réfléchirez à la plage .. ou pas
- e. **Vous tentez un traitement symptomatique par AINS.**

- a. Vous l'adressez à une ou un collègue pour 2^{ème} avis, votre choix s'oriente...
- c. Vous débutez un traitement...
- e. Vous tentez un traitement...



VIGNETTE CLINIQUE 2 - QUESTION

Le dossier de Mme S a été présenté en RCP d'endométriose, les images relues sont sans arguments significatifs pour une localisation diaphragmatique d'endométriose.

La RCP a préconisé un traitement d'épreuve par traitement hormonal, le choix s'est arrêté sur le dienogest. Vous la revoyez 3 mois plus tard, ses scapulalgies se sont arrêtées, mais Mme S a pris 6 kg et ne supporte pas ce traitement hormonal.

6/ Quelle sera votre stratégie ?

- a. Vous la réadressez au centre de recours pour avis ou soumettez son dossier en RCP endométriose directement ?
- b. Vous essayez un autre traitement et lui proposez un SIU au levonorgestrel à 52ug
- c. Vous jetez l'éponge ?
- d. Vous l'adressez à un acupuncteur

VIGNETTE CLINIQUE 2 - RÉPONSES

Le dossier de Mme S a été présenté en RCP d'endométriose, les images relues sont sans arguments significatifs pour une localisation diaphragmatique d'endométriose.

La RCP a préconisé un traitement d'épreuve par traitement hormonal, le choix s'est arrêté sur le dienogest. Vous la revoyez 3 mois plus tard, ses scapulalgies se sont arrêtées, mais Mme S a pris 6 kg et ne supporte pas ce traitement hormonal.

6/ Quelle sera votre stratégie ?

a. Vous la réadrez au centre de recours pour avis ou soumettez son dossier en RCP endométriose directement ?

b. Vous essayez un autre traitement et lui proposez un SIU au levonorgestrel à 52ug

c. Vous jetez l'éponge ?

d. Vous l'adressez à un acupuncteur



VIGNETTE CLINIQUE 2 - QUESTION

Le dossier de Mme S a été présenté à nouveau en RCP endométriose, une chirurgie exploratrice et curatrice a été réalisée avec une résection partielle du diaphragme par voie robot assistée, les suites opératoires sont simples.

Vous revoyez Mme S en consultation de suivi, elle n'est pas très observante de son traitement par diénogest qui a été maintenu car elle se plaint toujours de la prise de poids.

7/ Que lui conseillez-vous ?

- a. Arrêter le traitement en l'informant du risque accru de récurrence
- b. Changer pour un SIU au lévonorgestrel 52ug
- c. Présenter à nouveau son dossier en RCP endométriose grâce à un accès à distance
- d. Adresser à nouveau à un centre de recours
- e. Toutes ces options sont bonnes

VIGNETTE CLINIQUE 2 - RÉPONSES

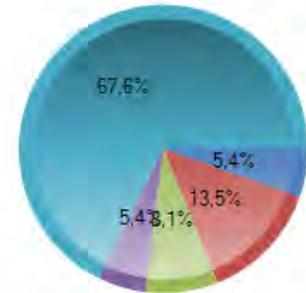
Le dossier de Mme S a été présenté à nouveau en RCP endométriose, une chirurgie exploratrice et curatrice a été réalisée avec une résection partielle du diaphragme par voie robot assistée, les suites opératoires sont simples.

Vous revoyez Mme S en consultation de suivi, elle n'est pas très observante de son traitement par diénoGEST qui a été maintenu car elle se plaint toujours de la prise de poids.

7/ Que lui conseillez-vous ?

- a. Arrêter le traitement en l'informant du risque accru de récurrence**
- b. Changer pour un SIU au lévonorgestrel 52ug**
- c. Présenter à nouveau son dossier en RCP endométriose grâce à un accès à distance**
- d. Adresser à nouveau à un centre de recours**
- e. Toutes ces options sont bonnes**

-  a. Arrêter le traitement en l'informant du risque ...
-  b. Changer pour un SIU au ...
-  c. Présenter à nouveau son dossier en RCP end...
-  d. Adresser à nouveau à un ...
-  e. Toutes ces options sont...



LE CONCEPT DE RÉSEAU EXPERT

- Centres de compétences
- A proximité des patientes
- Possibilité de solliciter les centres de recours
- RCP locales et régionales

COMMENT FAIRE EN PRATIQUE

- RCP Imagerie/ PMA/ Chirurgie/ Algologie
- RCP de recours
- Travailler ensemble pour améliorer nos compétences collectives

VIGNETTE CLINIQUE 3

ORIENTATION DANS LE PARCOURS DE SOINS D'UNE PATIENTE PRÉSENTANT UNE ENDOMÉTRIOSE

VIGNETTE CLINIQUE 3 - QUESTION

Mme C. 35 ans, vous est adressée dans le cadre de la prise en charge de son endométriose diagnostiquée au décours d'une infertilité primaire évoluant depuis 2 ans

Elle est assez peu symptomatique en dehors de dysménorrhées durant les 2 premiers jours des règles.

Dans le cadre de cette infertilité, une échographie pelvienne a mis en évidence une formation kystique ovarienne droite de 3 cm dont les critères échographiques font évoquer un endométriome.

La patiente est nulligeste, son seul antécédent médico-chirurgical est une appendicectomie. Elle a un tabagisme actif à 5 PA.

1/ Quel examen est nécessaire pour déterminer la stratégie thérapeutique ?

- a. Une nouvelle échographie pelvienne et endovaginale
- b. Une coéloscopie diagnostique
- c. Une IRM pelvienne
- d. Un colo scanner à l'eau
- e. Une échographie endorectale

VIGNETTE CLINIQUE 3 - RÉPONSES

Mme C. 35 ans, vous est adressée dans le cadre de la prise en charge de son endométriose diagnostiquée au décours d'une infertilité primaire évoluant depuis 2 ans

Elle est assez peu symptomatique en dehors de dysménorrhées durant les 2 premiers jours des règles.

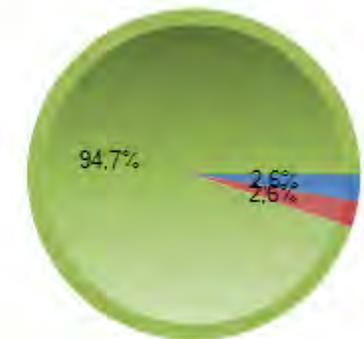
Dans le cadre de cette infertilité, une échographie pelvienne a mis en évidence une formation kystique ovarienne droite de 3 cm dont les critères échographiques font évoquer un endométriome.

La patiente est nulligeste, son seul antécédent médico-chirurgical est une appendicectomie. Elle a un tabagisme actif à 5 PA.

1/ Quel examen est nécessaire pour déterminer la stratégie thérapeutique ?

- a. Une nouvelle échographie pelvienne et endovaginale
- b. Une coelioscopie diagnostique
- c. Une IRM pelvienne**
- d. Un colo scanner à l'eau
- e. Une échographie endorectale

- 1 Une nouvelle échographie pelvienne et endova...
- 2 Une coelioscopie diagnostique...
- 3 Une IRM pelvienn...



VIGNETTE CLINIQUE 3 - QUESTION

A l'interrogatoire orienté, Mme C. vous informe qu'elle a des sciatalgies droites cataméniales associée à une dyspareunie profonde « mais pas à chaque fois »

Par ailleurs, elle souffre de l'épaule droite pendant ses règles et elle a une « infection urinaire » juste avant ses règles.

2/ Quelles localisations spécifiques recherchez-vous ?

- a. Un épaissement de la charnière recto sigmoïdienne
- b. Une atteinte du torus uterinum
- c. Une infiltration du LUS droit
- d. Une infiltration du repli vésico utérin
- e. Aucune, ces symptômes n'ont aucun lien entre eux.

VIGNETTE CLINIQUE 3 - RÉPONSES

A l'interrogatoire orienté, Mme C. vous informe qu'elle a des sciatalgies droites cataméniales associée à une dyspareunie profonde « mais pas à chaque fois »

Par ailleurs, elle souffre de l'épaule droite pendant ses règles et elle a une « infection urinaire » juste avant ses règles.

2/ Quelles localisations spécifiques recherchez-vous ?

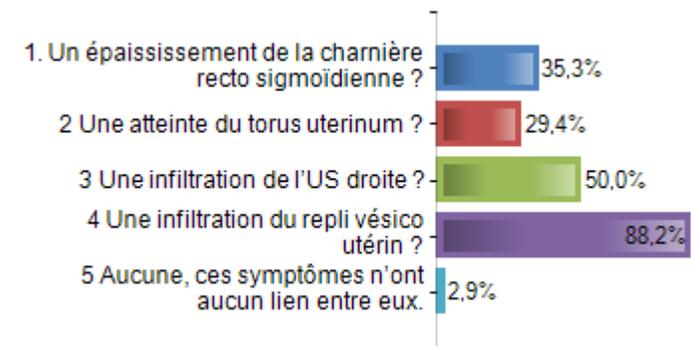
a. Un épaississement de la charnière recto sigmoïdienne

b. Une atteinte du torus uterinum

c. Une infiltration du LUS droit

d. Une infiltration du repli vésico utérin

e. Aucune, ces symptômes n'ont aucun lien entre eux.



VIGNETTE CLINIQUE 3 - QUESTION

3/ Quelle attitude adoptez-vous concernant la douleur à l'épaule de la patiente ?

L'examen clinique ne met en évidence aucune limitation ni douleur à la mobilisation, palpation.

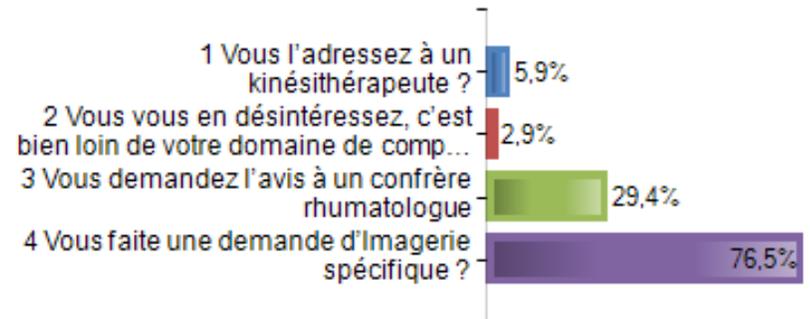
- a. Vous l'adressez à un kinésithérapeute
- b. Vous vous en désintéressez, c'est bien loin de votre domaine de compétence !
- c. Vous demandez l'avis à un confrère rhumatologue
- d. Vous faites une demande d'Imagerie spécifique

VIGNETTE CLINIQUE 3 - RÉPONSES

3/ Quelle attitude adoptez-vous concernant la douleur à l'épaule de la patiente ?

L'examen clinique ne met en évidence aucune limitation ni douleur à la mobilisation, palpation.

- a. Vous l'adressez à un kinésithérapeute
- b. Vous vous en désintéressez, c'est bien loin de votre domaine de compétence !
- c. Vous demandez l'avis à un confrère rhumatologue
- d. Vous faites une demande d'Imagerie spécifique**



VIGNETTE CLINIQUE 3 - QUESTION

L'imagerie retrouve un nodule infiltrant le dôme vésical sur toute l'épaisseur de la paroi, associé à une dilatation modérée urétérale droite.

Il y a une indication chirurgicale chez cette patiente.

4/ Quel type de geste pourrait être nécessaire ?

- a. Kystectomie ovarienne
- b. Cystectomie partielle
- c. Réimplantation urétérovésicale
- d. Urétérolyse

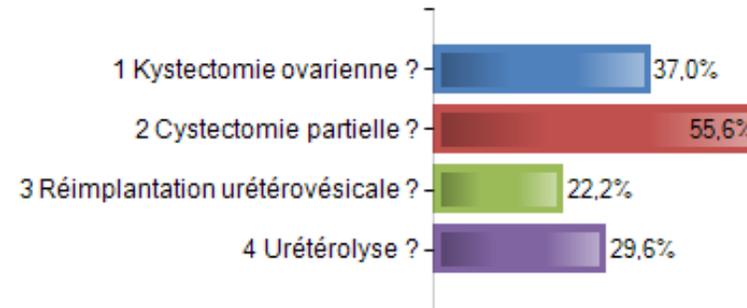
VIGNETTE CLINIQUE 3 - RÉPONSES

L'imagerie retrouve un nodule infiltrant le dôme vésical sur toute l'épaisseur de la paroi, associé à une dilatation modérée urétérale droite.

Il y a une indication chirurgicale chez cette patiente.

4/ Quel type de geste pourrait être nécessaire ?

- a. Kystectomie ovarienne
- b. Cystectomie partielle
- c. Réimplantation urétérovésicale
- d. Urétérolyse



VIGNETTE CLINIQUE 3 - QUESTION

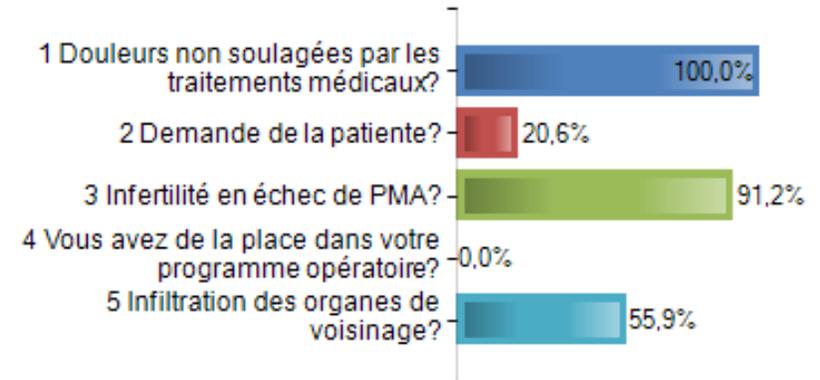
5/ Quelles sont les indications privilégiées de la chirurgie dans la prise en charge de l'endométriose ?

- a. Douleurs non soulagées par les traitements médicaux
- b. Demande de la patiente
- c. Infertilité en échec de PMA
- d. Vous avez de la place dans votre programme opératoire
- e. Infiltration des organes de voisinage

VIGNETTE CLINIQUE 3 - RÉPONSES

5/ Quelles sont les indications privilégiées de la chirurgie dans la prise en charge de l'endométriose ?

- a. Douleurs non soulagées par les traitements médicaux
- b. Demande de la patiente
- c. Infertilité en échec de PMA
- d. Vous avez de la place dans votre programme opératoire
- e. Infiltration des organes de voisinage



LA CHIRURGIE

- Complète, radicale et conservatrice...
 - résection digestive, shaving, réimplantation uretérovésicale, résection du douglas, préservation de la fonction ovarienne
- La voie mini invasive à privilégier
 - Coelioscopique +/- Robot assistée
- « Centres experts » multidisciplinaire

INDICATIONS CHIRURGICALES

- La chirurgie doit être adaptée à l'objectif
- 3 indications principales dans les endométrioses profondes avancées :
 - Infertilité, dépassement PMA
 - Douleur non contrôlable et altération majeure de la qualité de vie
 - Organes de voisinage

LES ATTEINTES DES ORGANES

- En cas de découverte d'atteinte d'organes de proximité
 - Vessie, uretères, tube digestif...
 - Le traitement est le plus souvent chirurgical



LES ÉCUEILS

- Endométriose = Douleur chronique dans 85%
- Le bénéfice de la chirurgie sur la douleur est de 60 à 80%
- Prise en charge multidisciplinaire et information sont primordiales.... (Psychothérapie, consultation de la douleur, association de patientes)
- Comprendre la demande pour adapter la réponse

CHIRURGIE SUR MESURE

- Radicale pour la maladie
- Conservateur pour la fonction
- En accord avec le projet du patient

LA STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE ...

- Pathologie au long cours
- Adapter les propositions thérapeutiques à l'instant
- Aider les patientes à se créer un réseau de soins.

VIGNETTE CLINIQUE 4

PRÉVENTION DE L'INFERTILITÉ CHEZ UNE PATIENTE ENDOMÉTRIOSIQUE

VIGNETTE CLINIQUE 4 - QUESTION

Mme D. a eu ses premières règles à l'âge de 11 ans. Depuis l'âge de 20 ans, elle décrit l'apparition de dysménorrhées très modérées, n'occasionnant pas d'absentéisme social ni professionnel, cédant sous antalgique simple. A partir de l'âge de 25 ans, elle a noté l'apparition de douleurs péri ovulatoires environ 1 mois/ 2 et d'une dyschésie cataméniale. Deux épisodes de malaises vagues pendant l'ovulation, sur l'intensité de la douleur, l'ont conduites à consulter aux urgences gynécologiques début 2022. Elle a alors 29 ans.

L'échographie pelvienne réalisée en 03/2022 retrouve des endométriomes bilatéraux.

La patiente utilise une contraception par préservatifs avec son compagnon rencontré il y a 1 an. Elle n'a jamais pris de traitement hormonal.

Vous la recevez en consultation.

VIGNETTE CLINIQUE 4 – QUESTION

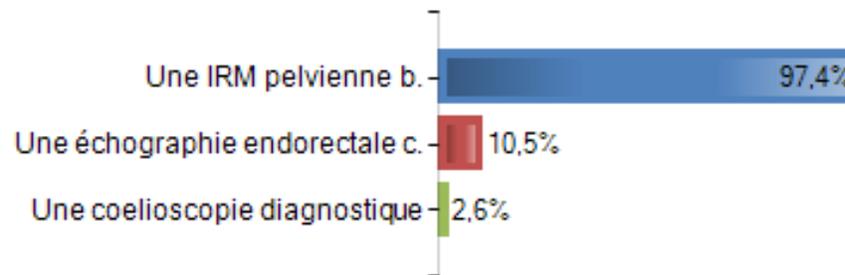
1/ Quel(s) examen(s) complémentaire(s) lui proposez-vous pour le bilan de son endométriose ?

- a. Une IRM pelvienne
- b. Une échographie endorectale
- c. Une coelioscopie diagnostique

VIGNETTE CLINIQUE 4 – RÉPONSES

1/ Quel(s) examen(s) complémentaire(s) lui proposez-vous pour le bilan de son endométriose ?

- a. Une IRM pelvienne
- b. Une échographie endorectale
- c. Une coelioscopie diagnostique



VIGNETTE CLINIQUE 4 - QUESTION

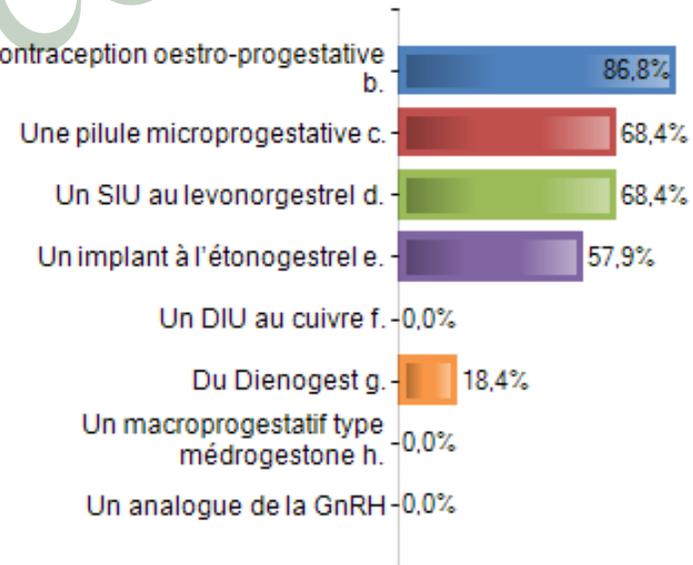
2/ Quels traitements pouvez-vous proposer à la patiente, en 1^{ère} intention ?

- a. Une contraception oestro-progestative
- b. Une pilule microprogestative
- c. Un SIU au levonorgestrel
- d. Un implant à l'étonogestrel
- e. Un DIU au cuivre
- f. Du Dienogest
- g. Un macroprogestatif type médrogestone
- h. Un analogue de la GnRH

VIGNETTE CLINIQUE 4 - RÉPONSES

2/ Quels traitements pouvez-vous proposer à la patiente, en 1^{ère} intention ?

- a. **Une contraception oestro-progestative**
- b. **Une pilule microprogestative**
- c. **Un SIU au levonorgestrel**
- d. **Un implant à l'étonogestrel**
- e. Un DIU au cuivre
- f. Du Dienogest
- g. Un macroprogestatif type médrogestone
- h. Un analogue de la GnRH



VIGNETTE CLINIQUE 4 - QUESTION

La patiente n'a pas de projet de grossesse à court terme.

3/ Quel bilan lui proposez-vous pour faire le point sur sa fertilité ?

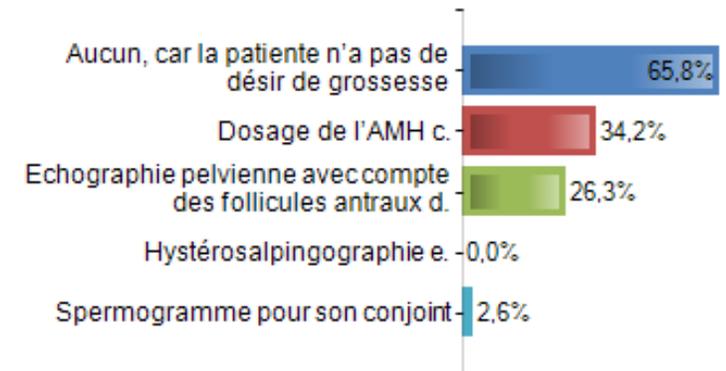
- a. Aucun, car la patiente n'a pas de désir de grossesse
- b. Dosage de l'AMH
- c. Echographie pelvienne avec compte des follicules antraux
- d. Hystérosalpingographie
- e. Spermogramme pour son conjoint

VIGNETTE CLINIQUE 4 - RÉPONSES

La patiente n'a pas de projet de grossesse à court terme.

3/ Quel bilan lui proposez-vous pour faire le point sur sa fertilité ?

- a. Aucun, car la patiente n'a pas de désir de grossesse
- b. Dosage de l'AMH**
- c. Echographie pelvienne avec compte des follicules antraux**
- d. Hystérosalpingographie
- e. Spermogramme pour son conjoint



VIGNETTE CLINIQUE 4 - QUESTION

L'AMH prescrite est à 0,5 ng/ml. Le CFA est à 3+4.

4/ Quelles sont les réponses justes :

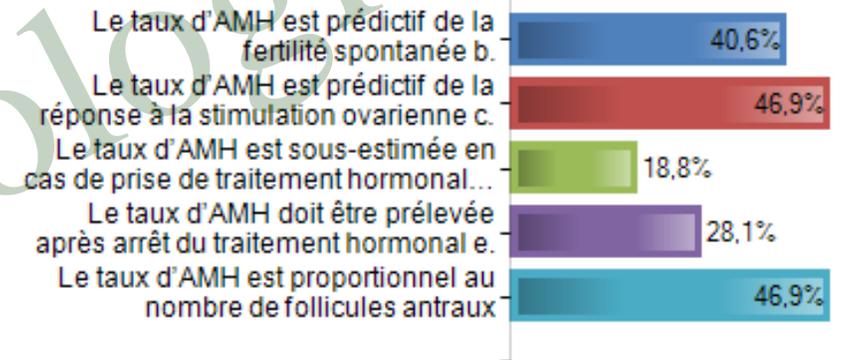
- a. Le taux d'AMH est prédictif de la fertilité spontanée
- b. Le taux d'AMH est prédictif de la réponse à la stimulation ovarienne
- c. Le taux d'AMH est sous-estimée en cas de prise de traitement hormonal intercurrent
- d. Le taux d'AMH doit être prélevée après arrêt du traitement hormonal
- e. Le taux d'AMH est proportionnel au nombre de follicules antraux

VIGNETTE CLINIQUE 4 - RÉPONSES

L'AMH prescrite est à 0,5 ng/ml. Le CFA est à 3+4.

4/ Quelles sont les réponses justes :

- a. Le taux d'AMH est prédictif de la fertilité spontanée
- b. Le taux d'AMH est prédictif de la réponse à la stimulation ovarienne**
- c. Le taux d'AMH est sous-estimée en cas de prise de traitement hormonal intercurrent**
- d. Le taux d'AMH doit être prélevée après arrêt du traitement hormonal
- e. Le taux d'AMH est proportionnel au nombre de follicules antraux**



VIGNETTE CLINIQUE 4 - QUESTION

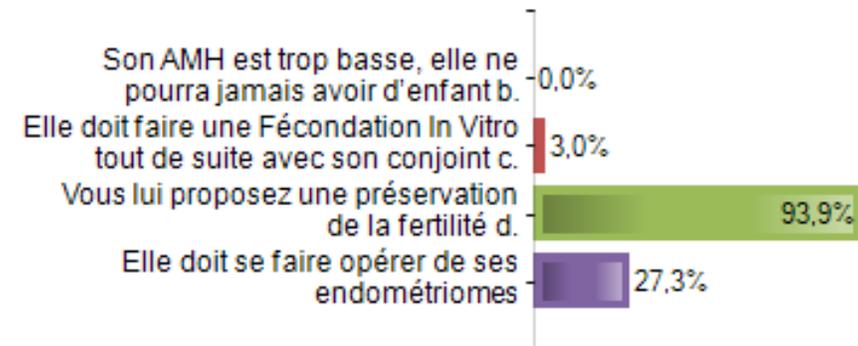
5/ Que dites-vous à la patiente :

- a. Son AMH est trop basse, elle ne pourra jamais avoir d'enfant
- b. Elle doit faire une Fécondation In Vitro tout de suite avec son conjoint
- c. Vous lui proposez une préservation de la fertilité
- d. Elle doit se faire opérer de ses endométrïomes

VIGNETTE CLINIQUE 4 - RÉPONSES

5/ Que dites-vous à la patiente :

- a. Son AMH est trop basse, elle ne pourra jamais avoir d'enfant
- b. Elle doit faire une Fécondation In Vitro tout de suite avec son conjoint
- c. **Vous lui proposez une préservation de la fertilité**
- d. Elle doit se faire opérer de ses endométrioses



PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

- Loi française : **proposition systématique de PF** à dispenser en cas d'**atteinte potentielle du capital folliculaire ovarien**.
 - L'endométriose ovarienne fait courir ce risque du fait du caractère multiple et récidivant des lésions et de l'incidence significative de chirurgies ovariennes itératives.
- **Sujet de la fertilité à aborder avec les patientes**
 - **Evaluation de la réserve ovarienne :**
compte folliculaire antral + dosage de l'AMH



VIGNETTE CLINIQUE 4 - QUESTION

La patiente a souhaité faire une préservation de fertilité. Quinze ovocytes ont pu être congelés après 3 cycles de stimulation ovarienne.

La patiente revient vous voir en consultation 6 mois plus tard avec un désir de grossesse.

6/ Que lui dites-vous ?

- a. Elle doit consulter en AMP pour utiliser ses ovocytes congelés
- b. Elle doit consulter en AMP pour faire une Fécondation In Vitro
- c. Vous lui proposez une tentative de fertilité naturelle pendant 6 mois.
- d. Vous lui proposez une tentative de fertilité naturelle pendant 12 mois
- e. On propose parfois aux patientes atteintes d'endométriose de réaliser un bilan de fertilité avant les essais de grossesse spontanée.

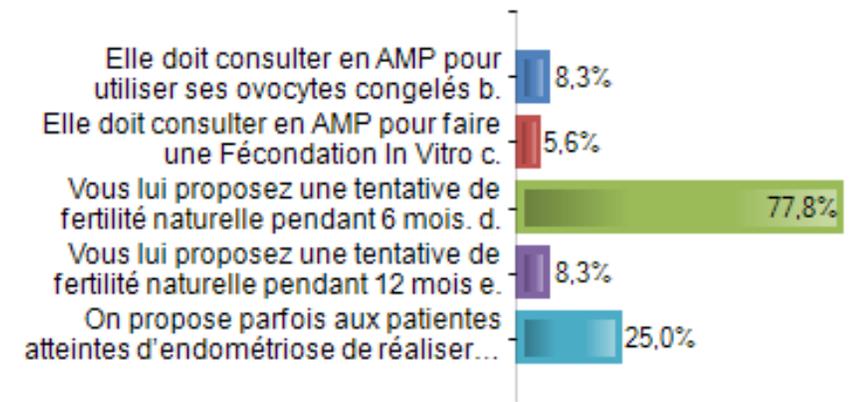
VIGNETTE CLINIQUE 4 - RÉPONSES

La patiente a souhaité faire une préservation de fertilité. Quinze ovocytes ont pu être congelés après 3 cycles de stimulation ovarienne.

La patiente revient vous voir en consultation 6 mois plus tard avec un désir de grossesse.

6/ Que lui dites-vous ?

- a. Elle doit consulter en AMP pour utiliser ses ovocytes congelés
- b. Elle doit consulter en AMP pour faire une Fécondation In Vitro
- c. **Vous lui proposez une tentative de fertilité naturelle pendant 6 mois.**
- d. Vous lui proposez une tentative de fertilité naturelle pendant 12 mois
- e. **On propose parfois aux patientes atteintes d'endométriose de réaliser un bilan de fertilité avant les essais de grossesse spontanée.**



VIGNETTE CLINIQUE 4 - QUESTION

La patiente revient en consultation 8 mois plus tard. Elle a fait une fausse couche spontanée très précoce 2 mois après l'arrêt de son traitement hormonal. Le bilan de fertilité réalisé retrouve :

-dosages hormonaux à J3 : estradiol=60 pg/ml - FSH=12,9 - LH=6,5 - prolactine=11,9ng/ml - TSH=0,950 - AMH=0,46ng/ml

-hyfosalpingographie : trompes perméables de façon bilatérale

-spermogramme du conjoint : normal, compatible avec toute technique d'AMP.

7/ Quelle prise en charge lui proposez-vous ?

- a. Ses trompes sont perméables, donc poursuite des essais de grossesse spontanée
- b. Une insémination intra-utérine avec sperme de conjoint
- c. Une Fécondation In Vitro avec ses ovocytes frais en 1^{ère} intention
- d. Une Fécondation In Vitro avec ses ovocytes congelés

VIGNETTE CLINIQUE 4 - RÉPONSES

La patiente revient en consultation 8 mois plus tard. Elle a fait une fausse couche spontanée très précoce 2 mois après l'arrêt de son traitement hormonal. Le bilan de fertilité réalisé retrouve :

-dosages hormonaux à J3 : estradiol=60 pg/ml - FSH=12,9 - LH=6,5 - prolactine=11,9ng/ml - TSH=0,950 - AMH=0,46ng/ml

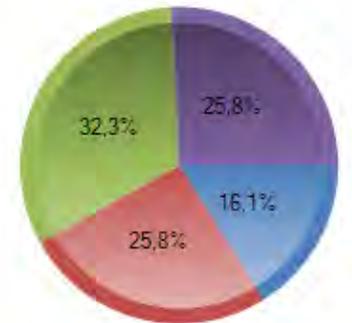
-hyfosity : trompes perméables de façon bilatérale

-spermogramme du conjoint : normal, compatible avec toute technique d'AMP.

7/ Quelle prise en charge lui proposez-vous ?

- a. Ses trompes sont perméables, donc poursuite des essais de grossesse spontanée
- b. Une insémination Intra-utérine avec sperme de conjoint
- c. **Une Fécondation In Vitro avec ses ovocytes frais en 1^{ère} intention**
- d. Une Fécondation In Vitro avec ses ovocytes congelés

Ses trompes sont perméables, donc poursuite des...
Une insémination intra-utérine...
Une Fécondation In Vitro avec ses ovocytes f...
Une Fécondation In Vitro...



ENDOMÉTRIOSE – TAKE HOME MESSAGES

- ❖ Le **traitement médical (hormonal)** de l'endométriose est :
 - Indispensable ++ (obtention de l'**aménorrhée**)
 - Parfois difficile à gérer (métrorragies, effets secondaires...)
 - Pas toujours suffisant
- ❖ « **Stratégie active** » de prise en charge pour l'obtention rapide d'une **grossesse**
- ❖ **Préserver la fertilité** si nécessaire
- ❖ Le **traitement chirurgical de l'endométriose** est à réserver aux patientes douloureuses malgré le traitement médical (et aux patientes infertiles)
 - ⇒ stratégie « d'une **seule chirurgie d'exérèse exhaustive** des lésions »

ENDOMÉTRIOSE – PRISE EN CHARGE GLOBALE

Traitement médical hormonal => obtention de l'aménorrhée

Traitement chirurgical
=> stratégie « d'une seule chirurgie
d'exérèse exhaustive des lésions »



Thérapeutiques complémentaires

Activité physique (yoga...)
Kinésithérapie, Ostéopathie,
Gestion de l'anxiété et du stress (hypnose,
acupuncture, sophrologie...)
Alimentation équilibrée

« **Stratégie active** » de prise en charge pour
l'obtention rapide d'une **grossesse**

Préservation de la fertilité

si nécessaire



Collège de Cymecologie CVL

MERCI DE VOTRE ATTENTION !

