

Connaissances en endométriose, rédigé par Dr Escalon

Qu'est-ce-que l'endométriose ?

Dans « *endométriose* », vous retrouvez le mot « *endomètre* ».

L'endomètre constitue la muqueuse interne de l'utérus qui se développe au cours du cycle dans le but d'implanter une grossesse et qui, en l'absence de grossesse, est éliminée pendant les règles.

L'endométriose est le fait de retrouver des tissus similaires à l'endomètre en dehors de sa localisation habituelle, c'est-à-dire en dehors de la cavité utérine, quelle que soit cette localisation.

Nous allons le voir, elle siège le plus souvent dans le pelvis (partie basse de la cavité abdominale), mais on retrouve aussi des localisations plus rares, dans le reste de l'abdomen et même en dehors de ce dernier (poumon, méninges...).

Comment explique-t-on ces atteintes ?

Aucune hypothèse n'est satisfaisante pour expliquer toutes les formes possibles de la maladie.

En ce qui concerne les localisations pelviennes, qui sont de très loin les plus fréquentes, on retient la théorie dites des « *menstruations rétrogrades* ».

Cette théorie suggère que de l'endomètre actif reflue, au moment des règles, via les trompes, se retrouvant ainsi dans la cavité pelvienne, où il va pouvoir s'implanter, se développer et parfois envahir les organes pelviens (trompe, ovaires, vessie, ligaments de soutien de l'utérus, tube digestif).

L'implication des règles et des menstruations rétrogrades (phénomène qui concerne toutes les femmes et pas seulement celles ayant de l'endométriose, nous allons y revenir) est renforcée par le fait que les facteurs qui concourent à une augmentation des règles sont des facteurs de risque d'endométriose : premières règles précoces dans l'enfance, règles prolongées et abondantes, malformation anatomique limitant leur évacuation, cycles courts...

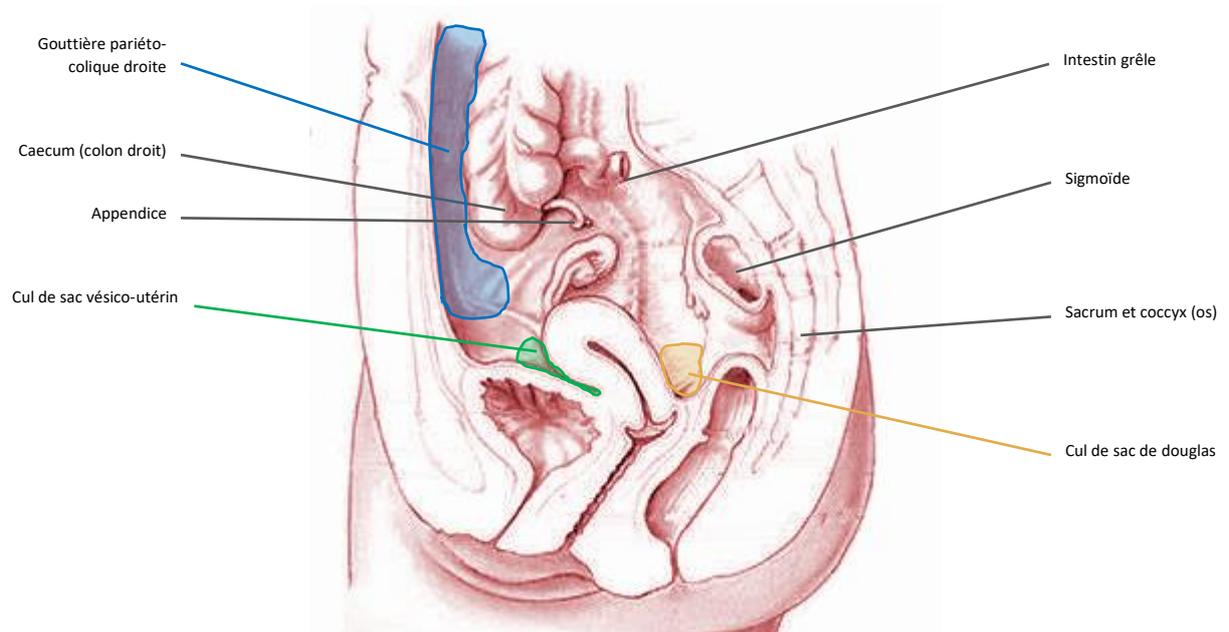
D'autres hypothèses ont été évoquées, notamment pour expliquer les localisations extra-abdominales de l'endométriose, car bien évidemment le reflux des règles ne peut expliquer des atteintes à distance, pulmonaire ou cérébrale.



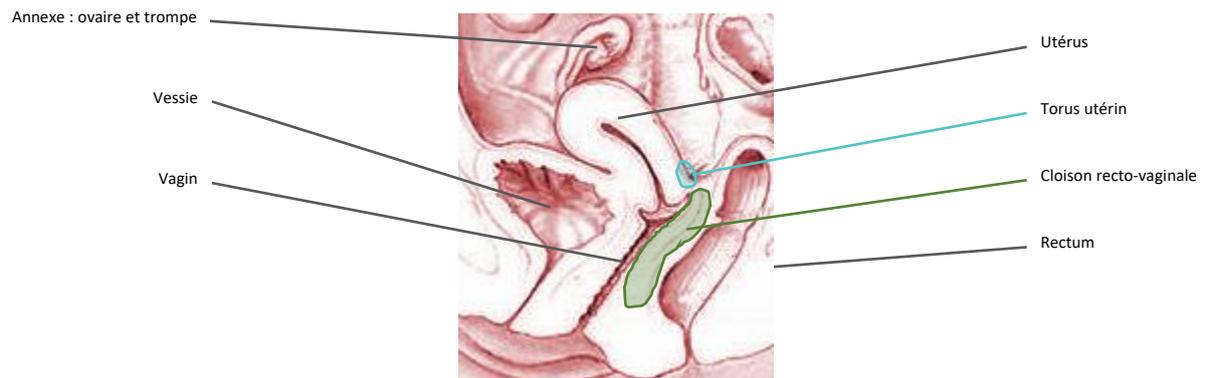
Phénomène de menstruation rétrograde : passage de sang et de débris d'endomètre dans le pelvis au cours des règles.

Petit rappel d'anatomie pour savoir de quoi on parle...

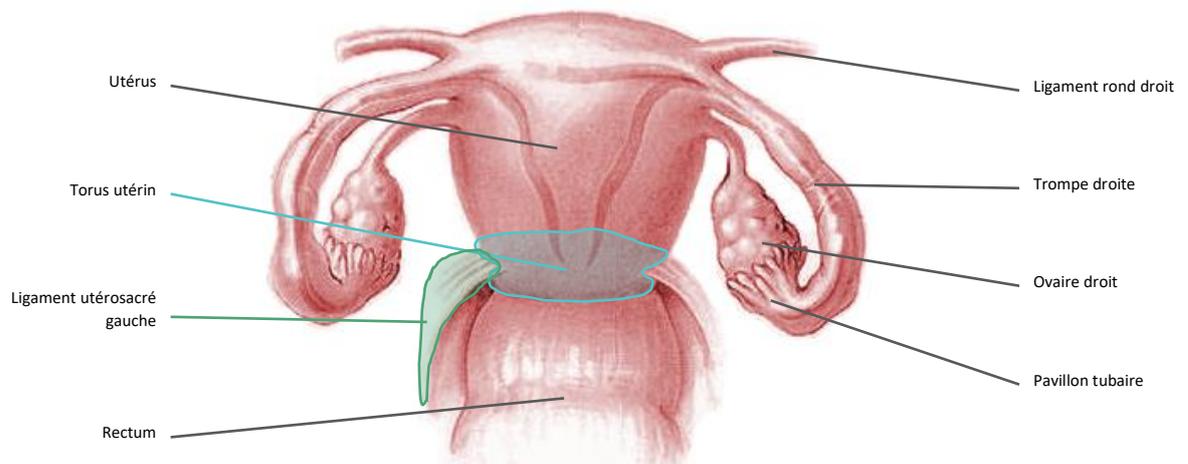
Coupe du pelvis et de l'abdomen



Détails du pelvis



Organes pelviens vus de dos



Endométriose, hérédité, génétique et environnement.

Comme c'est le cas pour de nombreuses maladies (diabète, maladie cardiovasculaire, maladie auto-immune, ...), l'endométriose résulte de *l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux*.

On retrouve dans l'endométriose un caractère familial ou héréditaire avec une augmentation du risque d'avoir une endométriose chez la fille ou la sœur d'une patiente atteinte. Ces facteurs génétiques restent à l'heure actuelle, dans leur majorité, inconnus.

A côté de ces facteurs génétiques, le rôle des facteurs environnementaux, en particulier des perturbateurs endocriniens (par exemple dioxine, PCB, phtalates, ...) est plausible mais il reste cependant controversé et non démontré. Le tabac, longtemps considéré comme pouvant avoir un effet protecteur vis-à-vis de l'endométriose, est a priori sans effet. Il n'est donc pas nécessaire de vous mettre à fumer !

Endométriose : histoire naturelle et évolutivité.

L'histoire naturelle de l'endométriose et son évolutivité ne sont pas claires, notamment à cause des nombreux phénomènes intercurrents qui vont emmailler le parcours des patientes : contraception hormonale, chirurgie, grossesse, ...

Cependant, *il n'existe aucune donnée permettant d'accréditer l'hypothèse d'une aggravation inexorable des lésions* que ce soit en termes de taille ou de volume ou bien en termes de dissémination à d'autres organes.

Plusieurs arguments vont même dans le sens d'une relative stabilité des lésions. Ainsi il n'existe pas de corrélation entre le degré d'atteinte et l'âge des patientes : des atteintes légères à modérées, ou au contraire des atteintes sévères, se rencontrant à tout âge, sans que les formes sévères soient une évolution des formes les plus modestes.

Autrement dit, il est probable que le type d'atteinte (atteinte superficielle, atteinte profonde) soit déterminée dès le départ et non que l'une soit l'évolution de l'autre.

Cette connaissance actuelle de l'histoire naturelle de l'endométriose nous incite à ne traiter que les patientes symptomatiques en tenant compte que des considérations présentes et non d'hypothèses futures.

On ne prend en charge une endométriose à un moment donné que parce qu'elle entraîne une problématique à ce moment précis. Et l'endométriose est alors prise en charge pour cette problématique uniquement.

On peut donc ne pas prendre en charge, à un moment donné, une endométriose asymptomatique.

Aucune décision thérapeutique n'est prise en vue d'éviter une problématique future, si cette dernière n'est pas présente.

Les différentes formes d'endométriose.

Nous ne parlerons ici que des atteintes du pelvis.

On distingue classiquement *trois formes d'endométriose pelvienne* :

L'endométriose superficielle (ou **péritonéale**) désigne la présence d'implants localisés à la surface du péritoine (tissu cellulaire qui recouvre l'intérieur de l'abdomen et les organes qui s'y trouvent).

« Endométriose superficielle » ne veut pas dire endométriose pas grave ou sans conséquence : l'endométriose superficielle est responsable de douleur et d'infertilité.

L'endométriome ovarien est une atteinte en profondeur sous forme de kyste de l'ovaire (l'ovaire peut aussi être le siège d'atteinte superficielle).

L'endométriose pelvienne profonde correspond aux lésions qui pénètrent en profondeur dans la paroi des organes pelviens (vessie, tube digestif, vagin, ...).

Parmi les atteintes superficielles, on observe 2 grands types de lésions :

Des **lésions actives** ou **inflammatoires** constituées par des îlots de tissus similaires à l'endomètre. Ces lésions peuvent être responsables de douleurs et d'infertilité.

- Des **lésions cicatricielles** qui sont l'évolution des lésions actives. Elles peuvent former des adhérences qui vont relier entre eux des tissus ou des organes qui sont normalement distincts. Ces adhérences peuvent être responsables de douleurs et d'infertilité, par exemple lorsqu'elles sont situées au niveau des trompes. Certaines formes cicatricielles sont au contraire des formes de guérison et n'entraînent aucun symptôme.

L'endométriome ovarien, est une atteinte singulière à plus d'un titre.

Facilement accessible aux examens complémentaires (notamment l'échographie), responsable de douleurs et d'infertilité, il est pratiquement toujours associé à l'une ou à l'autre des types d'endométriose (*seul 1% des endométriomes constituent la seule atteinte présente*).

Sa prise en charge est complexe car plusieurs notions se télescopent : récurrence, fertilité présente et future, réserve ovarienne, ...

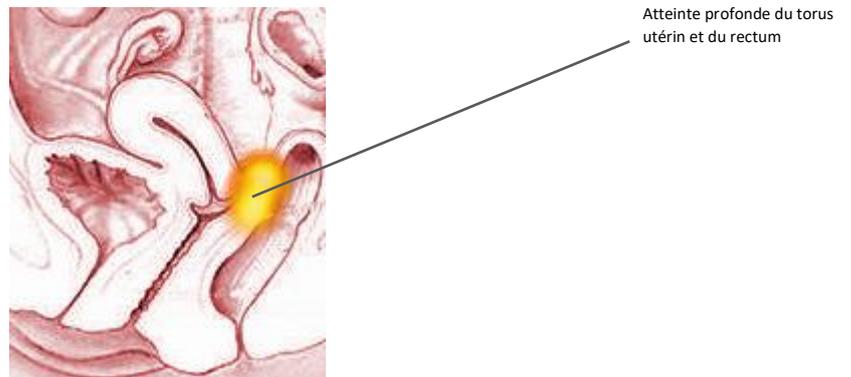
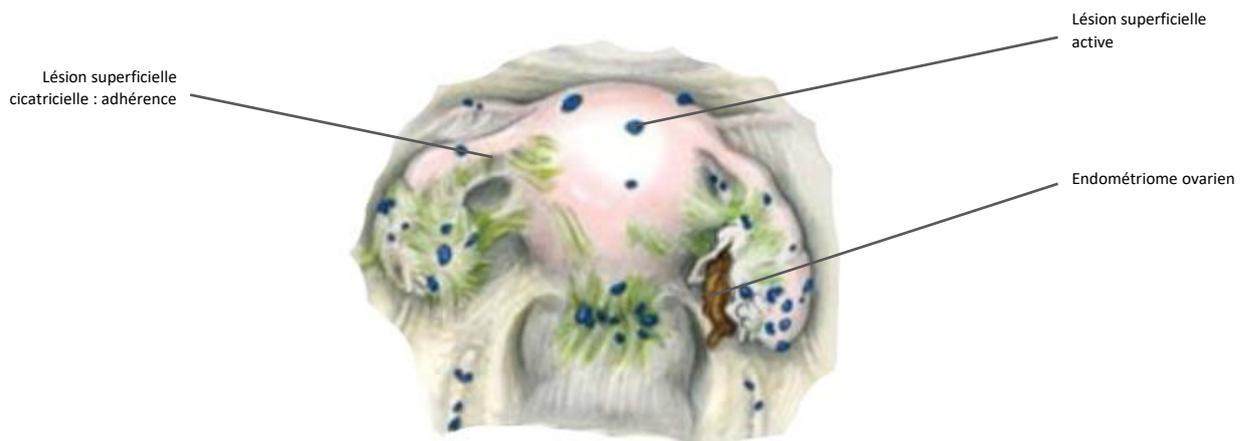
En aucun il ne doit être considéré pour lui-même. Sa prise en charge relève de la prise en charge globale de l'endométriose.

Les lésions endométriosiques profondes sont des lésions qui vont envahir en profondeur les organes.

Ainsi il peut exister des lésions digestives profondes envahissant tout ou partie de la paroi du tube digestif, des lésions vésicales profondes envahissant tout ou partie de la paroi de la vessie. Elles peuvent également concerner le péritoine et le tissu situé immédiatement dessous, appelé tissu sous péritonéal, constituant ainsi un nodule endométriosique.

Les ligaments utérosacrés (ligaments fixant l'utérus dans le pelvis), le torus utérin (partie arrière de l'utérus), le septum retro-cervical (espace situé entre l'utérus et le rectum), le rectum, constituent les localisations les plus fréquentes de ces nodules profonds.

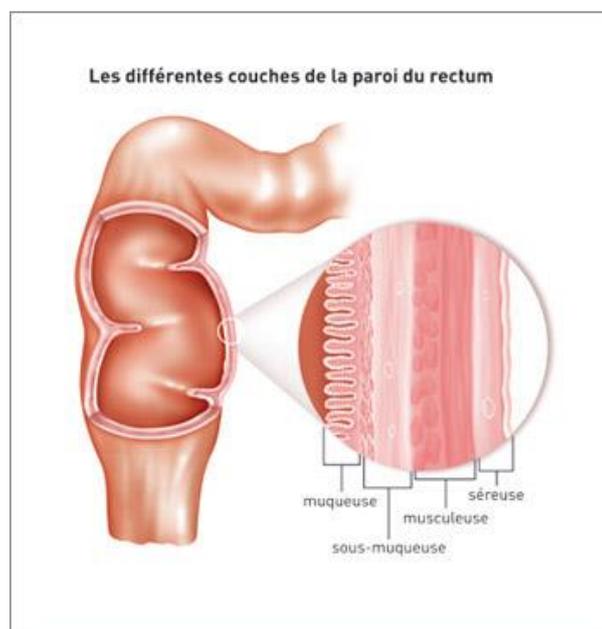
Ces lésions profondes sont surtout responsables de syndrome douloureux. Selon leur localisation elles peuvent également avoir des conséquences compressives sur les organes à proximité, c'est ainsi quelquefois le cas des uretères qui peuvent être comprimés dans leur trajet entre le rein et la vessie par un nodule péritonéal profond.



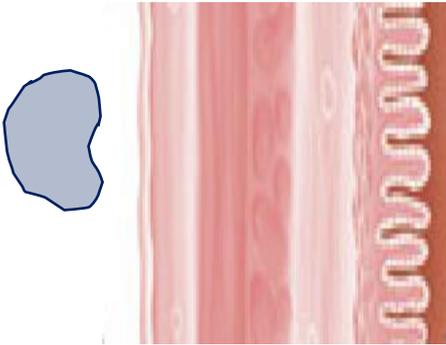
La possibilité d'une atteinte rectale nécessite qu'on s'y intéresse de près, car, même si elle ne va pas déterminer en soit une indication de prise en charge chirurgicale, elle va conditionner sa réalisation.

Lorsqu'il existe une atteinte endométriosique postérieure profonde (torus, ligaments utéro-sacrés), la proximité anatomique du rectum ainsi que la capacité de l'endométriose à attirer et envahir les organes alentours font que le rectum peut être directement concerné par la lésion.

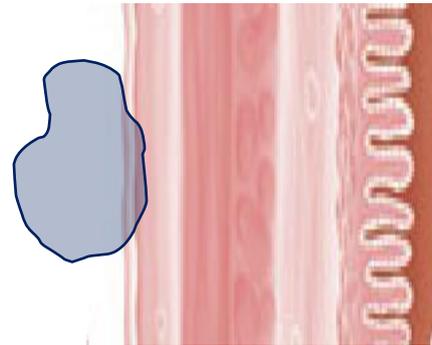
Voici une paroi rectale normale.



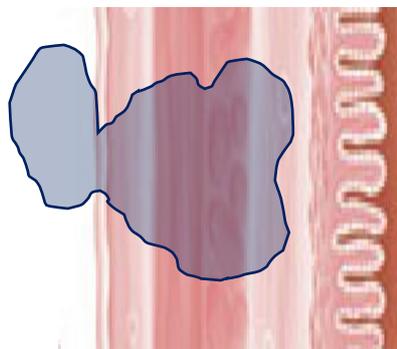
La lésion endométriosique (en bleu) peut avoir les rapports suivants avec le rectum.



Absence d'atteinte rectale : la lésion d'endométriose reste à distance



Atteinte rectale séreuse, très superficielle



Atteinte rectale profonde

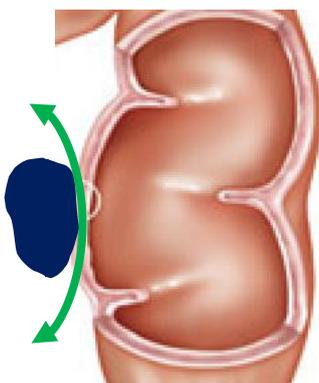
Dans le premier cas, aucune prise en charge rectale n'est nécessaire en cas de chirurgie.

Dans le 2^e cas, une chirurgie avec conservation du rectum peut être envisagée. On réalise alors ce que l'on appelle un « shaving rectal », geste qui consiste en la résection au plus près du nodule d'endométriose sans résection rectale associée.

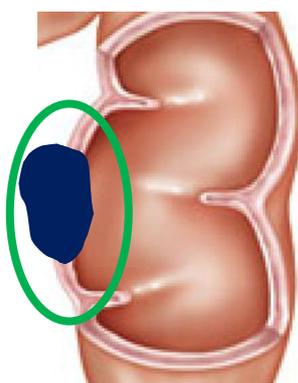
Dans le dernier cas, une résection de la paroi rectale est nécessaire. Si l'atteinte rectale profonde est peu étendue, cette résection peut ne concerner que la zone atteinte (résection dite discoïde).

A l'inverse, si l'atteinte est trop étendue, la résection intéressera un tronçon rectal entier (résection dite résection anastomose), c'est-à-dire qu'elle emportera un cylindre de rectum.

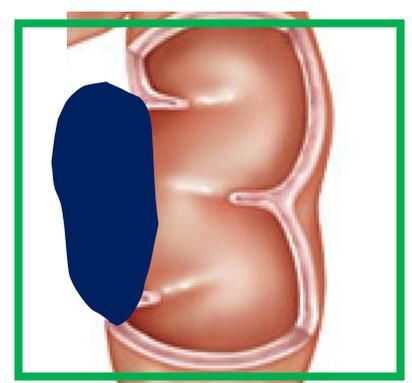
Proposition : dans les autres cas, une intervention chirurgicale sera envisagée en fonction de l'atteinte rectale et vous sera expliquée par votre chirurgien.



Shaving rectal



Résection discoïde



Résection – anastomose segmentaire

Endométriose : une maladie toujours symptomatique ?

Non, il n'y a pas de lien systématique et absolu entre l'endométriose, son étendue, son caractère profond, superficiel ou ovarien et la symptomatologie clinique, que ce soit la douleur ou l'infertilité.

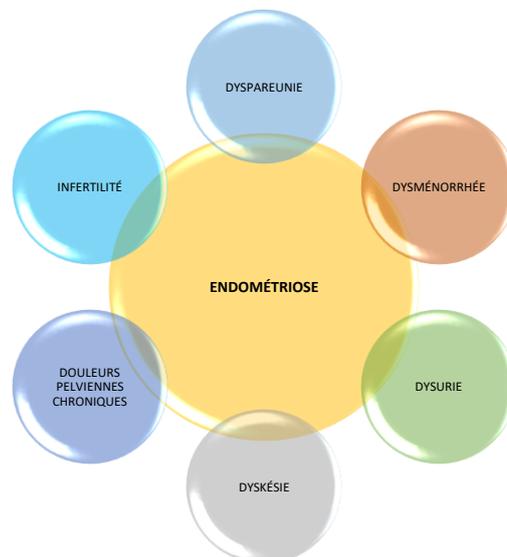
Autrement dit, il est tout à fait possible d'avoir une endométriose profonde avec atteinte viscérale (atteinte digestive, par exemple), d'être parfaitement asymptomatique sur le plan douloureux et d'avoir des enfants sans aucune difficulté.

Cette proportion de femmes sans symptôme est impossible à connaître. Ce que l'on sait c'est qu'elles ne nécessitent aucune prise en charge.

Endométriose : quels symptômes ?

L'endométriose peut se traduire par des signes cliniques très variables d'une personne à l'autre.

Pour simplifier, l'endométriose peut se traduire par un **syndrome douloureux abdomino-pelvien** et/ou par une **infertilité**.



Endométriose et douleur.

Au début de l'évolution de la maladie, les douleurs surviennent essentiellement pendant les règles ou seulement dans des situations particulières comme par exemple les rapports sexuels.

Initialement limités à quelques moments précis du cycle, ces symptômes vont avoir tendance à occuper, dans le cycle, un laps de temps de plus en plus important pour finir par être quasiment permanent.

L'intensité des symptômes a également tendance à augmenter au fur et à mesure de l'évolution.

Les troubles vont être différents selon le type d'atteinte endométriosique et les organes touchés.

Le tableau douloureux clinique de l'endométriose est donc très *polymorphe*, très variable d'une personne à l'autre.

Les dysménorrhées, c'est-à-dire des douleurs pelviennes, abdominales et/ou dorsales accompagnant les règles : ce sont des douleurs qui apparaissent avec les règles et sont en ce sens différentes du

syndrome prémenstruel (douleurs qui précèdent l'arrivée des règles). Symptôme fréquent qui en lui-même n'est pas synonyme d'endométriose, il apparaît plus marqué dans l'endométriose et s'accompagnant d'un retentissement social (arrêt de travail, absentéisme scolaire, ...).

Les dyspareunies, c'est-à-dire les douleurs au moment des rapports sexuels. Ces douleurs peuvent traduire la présence d'un nodule profond. Ce nodule va être stimulé pendant les rapports ce qui entraîne une douleur caractéristique : profonde, précise, comme un coup de poignard.

La dysurie c'est-à-dire une difficulté et/ou des douleurs à la miction. Cela peut également se traduire par des sensations « bizarres » à certains moments du cycle comme l'impression de ne pas vider totalement sa vessie, avoir un temps de latence plus long avant le début de la miction, avoir des mictions en 2 temps...

Les dyschésies c'est-à-dire des douleurs à la défécation, mais là aussi cela peut se traduire par le même type de sensation qu'au niveau vésical : impression de ne pas vider totalement le rectum, faux besoins...

Les douleurs pelviennes chroniques sont des douleurs non influencées par le cycle qui sont présentes depuis plus de 6 mois.

D'autres symptômes douloureux ont été rapportés dans le cadre de l'endométriose : une fatigue chronique, des difficultés à la marche, ...

Les mécanismes à l'origine des douleurs associées à l'endométriose sont multiples et complexes. Pour les comprendre, ils nécessitent que l'on s'intéresse tout d'abord à ce qui se passe pour n'importe quel phénomène douloureux.

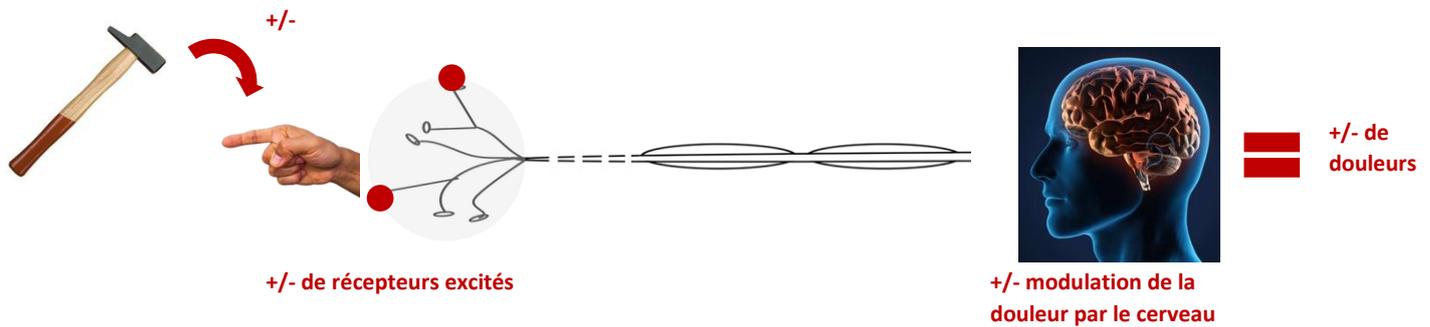
Par exemple si vous vous tapez sur le doigt avec un marteau. Cela constitue une information douloureuse au bout du doigt qui va stimuler localement des récepteurs à la douleur. On comprend aisément que plus on tape fort plus le nombre de récepteurs stimulés est important, tout cela pour traduire l'intensité de la douleur. Au final, cette information remonte au cerveau qui interprète la douleur et son intensité. Cette intensité va être aussi modulée par le cerveau en fonction de plusieurs paramètres qui peuvent avoir trait à votre passé, à des sentiments, à la situation présente et cela va diminuer ou au contraire amplifier la douleur.

Le coup de marteau de l'endométriose (ce qui fait mal) peut être une *stimulation lésionnelle* (infiltration liée à une atteinte profonde, à un endométriome, infiltration directe des nerfs de la douleur) ou une *stimulation fonctionnelle* (contractions utérines induites par les règles, phénomènes ovulatoires) ou encore des *phénomènes inflammatoires* (douleurs de règles).

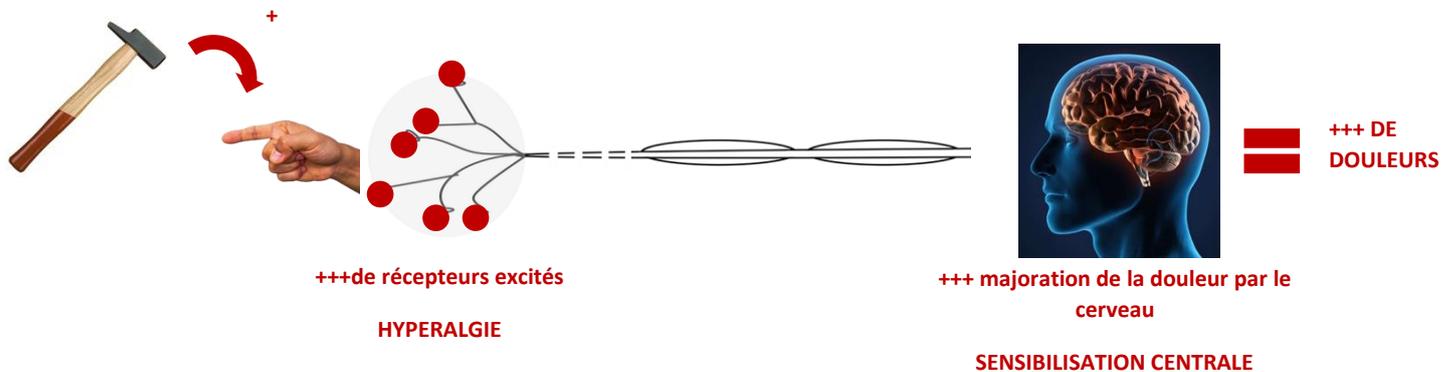
Une première particularité des patientes endométriosiques relève du **phénomène d'hyperalgie** : les conditions locales au niveau de la stimulation douloureuse (du coup de marteau en quelque sorte) font que plus de récepteurs à la douleur vont être activés que chez une patiente sans endométriose. L'information qui arrive au cerveau est donc une *information exagérée*. Ce qui conduit à *majorer la douleur*.

Enfin au niveau cérébral, il existe aussi des mécanismes qui vont moduler anormalement le message douloureux, toujours dans le sens de la majoration (**phénomène de sensibilisation centrale**).

Au final, *tout va dans le sens de douleurs encore plus fortes* que ne l'aurait laissé sous-entendre le mécanisme à leur origine. Les patientes endométriosiques sont victimes de *douleurs exacerbées*.



Sans endométriose



Avec endométriose

Endométriose et fertilité.

L'endométriose n'est pas systématiquement responsable d'une infertilité, cela a été parfaitement démontré notamment dans l'endométriose superficielle et l'endométriome ovarien.

Les causes de l'infertilité sont multiples.

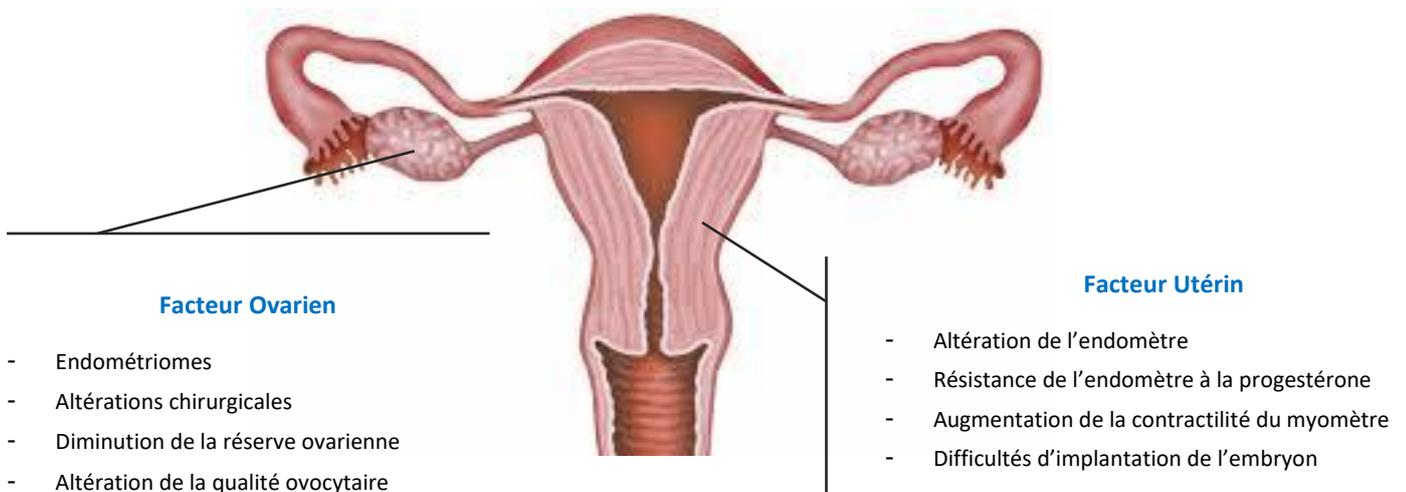
Tout d'abord, il peut exister un rôle évident des *modifications anatomiques* induites par les lésions d'endométriose notamment au niveau tubaire avec les **processus adhérentiels**.

Cependant ce processus n'est pas toujours en première ligne, loin de là et on peut retenir **trois facteurs différents** qui interviennent tous plus ou moins dans un contexte *d'inflammation chronique*.

On distingue ainsi

Facteur Pelvien

- Modifications du liquide péritonéal en faveur d'une inflammation chronique
- Conséquences sur l'interactions spermatozoïdes/ovocyte et sur la qualité embryonnaire



La perturbation de la fertilité dépend de la sévérité de la maladie mais, comme pour les douleurs, il n'existe pas de corrélation vraie et il suffit de quelques foyers d'endométriose pour provoquer une infertilité. C'est pourquoi, quand un désir d'enfant n'est pas satisfait, il faut toujours envisager l'éventualité d'une endométriose.

Comme toujours, pour les problématiques de fertilité, ce n'est qu'a posteriori et non a priori que l'on va pouvoir évaluer l'impact de l'endométriose.

Je m'explique, si on prend 100 femmes atteintes d'endométriose qui désirent mettre en route une grossesse et qu'on les compare avec 100 autres femmes indemnes, il est impossible de dire au départ qui sera enceinte et qui ne le sera pas au bout d'un an. Une grossesse spontanée rapide peut survenir, même en cas d'atteinte. Et d'ailleurs, **les taux de grossesse chez les patientes peu à modérément atteintes ne sont pas mauvais.**

Ce n'est que chez les patientes qui ne seront pas enceinte au bout d'un an que l'on pourra évoquer la responsabilité de l'endométriose dans cette infertilité (NB : l'infertilité correspond à une définition très précise. Il s'agit d'un état de fait et non d'une valeur pronostic. L'infertilité se définit par l'absence de grossesse à un an au sein d'un couple qui met tout en œuvre pour y arriver).

Autrement dit il est tout à fait légitime d'espérer une grossesse spontanée et il n'y a souvent aucune raison de ne pas la tenter.

Le diagnostic d'endométriose.

Le diagnostic d'endométriose est très souvent tardif.

Lors de la consultation médicale, nous allons nous attacher à retrouver tous les signes évoquant une atteinte endométriosique. En plus de symptômes déjà décrits, la notion d'hérédité apporte un élément en faveur de l'atteinte.

De la même manière, la prise d'un contraceptif oral dans l'adolescence pour calmer les douleurs de règles alors qu'une contraception n'est pas souhaitée ou encore des arrêts de travail ou des absences scolaires au moment des règles sont également des éléments significatifs.

Cette partie de la consultation, appelée « *interrogatoire* » est essentielle dans la démarche diagnostique.

L'examen clinique va être peu pertinent pour des lésions minimales. Il permettra par contre la mise en évidence d'atteintes ovariennes ou d'atteintes profondes. Il peut reproduire les douleurs observées pendant les rapports sexuels. Il s'agit d'un toucher vaginal et d'une palpation abdominale.

L'échographie pelvienne constitue le premier examen complémentaire demandé en cas de suspicion d'endométriose. Extrêmement pertinente pour les atteintes ovariennes, sa faculté à dépister les atteintes profondes est extrêmement variable d'une patiente à l'autre et d'un échographiste à l'autre. Les atteintes superficielles et les adhérences sont invisibles.

L'I.R.M. pelvienne constitue probablement l'examen le plus sensible pour diagnostiquer une atteinte. Cependant, encore une fois, les atteintes minimales peuvent passer inaperçues.

C'est pour cela que l'on a quelquefois recours, particulièrement dans le cadre du bilan d'infertilité, à une cœlioscopie diagnostique afin d'observer directement la présence ou l'absence de lésion.

D'autres bilans, dits de 2^{ème} intention vont être proposés ensuite, soit pour préciser une atteinte précise, soit pour préciser la stratégie thérapeutique. C'est le cas par exemple des examens suivants.

La rectosonographie est une échographie spécialisée de seconde intention dont le but est d'évaluer l'atteinte rectale. Elle est pratiquée systématiquement dès lors qu'une lésion profonde est suspectée et qu'une chirurgie est envisagée. Extrêmement précise, elle permet d'éliminer une atteinte rectale en cas de normalité.

Un bilan d'infertilité complet, féminin et masculin, pourra permettre de définir une stratégie précise en cas de désir de grossesse ou d'infertilité.

Les traitements de l'endométriose.

De même que l'endométriose se manifeste diversement d'une femme à l'autre, de même les possibilités thérapeutiques sont très variées et doivent être **adaptées et spécifiques à chacune**.

L'endométriose va être abordée selon un objectif thérapeutique individuel : s'agit-il de traiter une infertilité ou souhaite-t-on surtout lutter contre les douleurs ?

Selon le cas, la prise en charge thérapeutique peut être radicalement différente.

La stratégie thérapeutique sera définie en consultation.

Dans certains cas, l'établissement de cette stratégie thérapeutique peut être déroutant et ce d'autant plus que l'on vous a peut-être orienté avec une solution thérapeutique toute faite : par exemple chirurgie devant la présence d'endométriose ovarien.

Cette stratégie thérapeutique n'est pas figée. Au fil du temps, en fonction de vos désirs, nous pourrions être amenés à la modifier.

L'endométriose versant douleur.

La situation est différente selon que l'on s'intéresse à une patiente au début de l'histoire de la maladie ou au cours de son évolution.

Au début de l'histoire de la maladie, la logique est de prendre en charge la douleur avant même la réalisation de tous les examens complémentaires.

Cette prise en charge la douleur passe souvent en première intention par un **traitement médical** qui comporte deux axes :

Un **traitement hormonal** qui vise à contrôler le cycle pour supprimer ou aménager les règles. En première intention ce peut-être une contraception œstroprogestative (pilule) ou un macroprogestatif.

Un **traitement antalgique** : anti-inflammatoires, antalgiques.

Ce traitement sera ensuite évalué pour déterminer son efficacité et l'absence d'effet indésirable. En fonction, il pourra être adapté. Éventuellement, il pourra être décidé d'une nouvelle stratégie thérapeutique.

L'autre stratégie thérapeutique de prise en charge des douleurs est une **stratégie chirurgicale**.

En effet, le fait d'enlever ou de détruire les lésions entraîne une diminution des douleurs. Cependant, ce traitement chirurgical a une exigence incompressible : **il faut absolument traiter l'ensemble des lésions pour obtenir un résultat**. Cela fait que ce traitement est souvent réservé en 2^e intention ou s'il existe une volonté conjointe de traiter une problématique d'infertilité. En effet, les traitements médicaux ont tous une action contraceptive.

Lorsqu'on se situe en cours d'évolution de la maladie, la prise en charge de la douleur est plus complexe. Il s'agit de prendre en charge une douleur chronique et cette dernière sera aisément prise en charge dans des centres de référence et de traitement de la douleur.

L'endométriose versant infertilité.

Dans un premier temps, la recherche d'une grossesse spontanée peut tout à fait être un moyen de prise en charge l'infertilité.

En effet, les chances de grossesse ne sont pas nulles, quelle que soit l'importance des lésions d'endométriose et a fortiori si ces dernières sont peu importantes.

En fonction de l'atteinte, de l'histoire de la maladie, de l'âge de la patiente et de la symptomatologie douloureuse, cette optique pourra être poursuivie en première intention.

Pour prendre en charge une problématique d'infertilité, le plus court chemin vers une grossesse passe souvent par une **prise en charge en aide médicale à la procréation**.

Deux techniques peuvent être utilisés soit les **inséminations** soit la **fécondation in vitro**. A ce propos, il est important de noter :

Que les stimulations ovariennes n'aggravent pas le pronostic et le niveau d'atteinte de l'endométriose,

Que l'endométriose ne diminue pas les résultats que l'on obtient en médecine de la reproduction et

Que le fait d'avoir une endométriose n'augmente pas les risques liés à ce genre de prise en charge.

Ces techniques d'aide médicale à la procréation vont être privilégiées surtout s'il existe d'autres causes d'infertilité (par exemple des facteurs masculins associés) et s'il n'y a pas ou peu de douleurs.

Si par contre on a affaire à une patiente jeune, que les chances de grossesse spontanée au sein du couple sont importantes, qu'a fortiori il existe des douleurs marquées, l'option choisie peut être une **option chirurgicale**.

Là encore, le traitement des lésions endométriosiques (exérèse ou destruction) augmente les chances de grossesse spontanée. Nous avons les mêmes limites que dans la douleur à savoir que le traitement chirurgical doit être complet pour apporter le maximum d'efficacité.

La **préservation ovocytaire** doit être envisagée dès lors qu'il existe une endométriose ovarienne chez une patiente jeune sans désir immédiat de grossesse. Elle consiste au prélèvement d'ovocytes qui seront vitrifiés pour servir éventuellement plus tard lors d'une prise en charge en médecine de la reproduction.

Comme dans le traitement de la douleur, il y a une réévaluation de chacune des stratégies qui est mise en place et on peut passer alternativement de l'une à l'autre.

Place de la chirurgie de l'endométriose.

La chirurgie occupe une place particulière dans la prise en charge de l'endométriose.

Elle peut avoir un objectif diagnostique ou thérapeutique, aussi bien pour la prise en charge de douleurs que dans le cadre d'une infertilité.

La coelioscopie diagnostique n'est pas en elle-même un acte thérapeutique. Les lésions minimales vont certes pouvoir être traitées mais dès que les lésions seront plus importantes, celles-ci demanderont des examens complémentaires et leur traitement ne pourra pas être effectué dans le même temps.

La chirurgie de l'endométriose est une **chirurgie complexe** car les lésions d'endométrioses sont-elles même complexes.

Elle n'est pas dénuée d'effets indésirables et les risques opératoires sont présents.

Elle doit être pensée comme un fusil à un coup. Son indication sera donc posée avec soin dans le cadre de la stratégie thérapeutique.

La prise en charge chirurgicale doit être globale (sur l'ensemble des lésions) et au plus près de l'exhaustivité pour garantir les meilleurs résultats.

Les thérapeutiques non médicamenteuses

De nombreuses approches non médicamenteuses existent pour proposer une thérapeutique de l'endométriose.

Même si leur efficacité réelle est difficile à évaluer selon nos critères purement médicaux, elles constituent des soins intéressants en complément des prises en charge décrites au-dessus.

Voir ci-dessous les soins de supports

Bien manger pour gérer l'endométriose (article rédigé par Céline Saloumi, nutritionniste-diététiste)

Avant de continuer, il faut dire qu'à ce jour, il n'existe pas une « diète » spécifique pour l'endométriose. À savoir aussi que l'alimentation ne va pas « guérir » l'endométriose. On voit circuler sur le web beaucoup de conseils qui ne sont pas nécessairement fondés sur la science, mais plus sur des observations. Alors qu'est-ce que la science nous dit ?

Bien choisir le gras

Les acides gras trans, ainsi qu'un déséquilibre du ratio oméga 6/oméga 3, peuvent favoriser une augmentation de l'inflammation. Ainsi, limiter la consommation des aliments riches en gras trans qu'on retrouve dans des produits à base d'huiles hydrogénées ou partiellement hydrogénées, tels les frites, les beignets, les produits de pâtisserie et les aliments commerciaux frits est une stratégie gagnante pour gérer l'endométriose. De plus, une revue de la littérature a montré que les femmes qui ont un apport élevé en acides gras oméga-3 ont un risque diminué de développer une endométriose. En effet, les aliments riches en oméga-3 comme les poissons gras, les graines de lin et les noix de Grenoble permettent de diminuer la production des prostaglandines, substances pro-inflammatoires, et donc diminuer la douleur liée à l'inflammation.

Essayez de viser un minimum de 3 portions de poissons par semaine.

Limiter la consommation de viande rouge

Plusieurs études, entre autres une étude prospective récente qui a analysé les données de 3800 cas de femmes avec un diagnostic confirmé d'endométriose, ont trouvé qu'une consommation élevée de viande rouge était associée à un risque plus élevé d'endométriose. Un apport élevé en viande rouge a été associé à une augmentation du taux d'œstrogène. Les hormones qu'on retrouve dans les produits comme la viande rouge peuvent favoriser un environnement pro-inflammatoire. Toutefois, plusieurs études sont nécessaires pour confirmer la validité de cette hypothèse.

Considérant que la consommation de viande rouge a été liée à de nombreuses maladies chroniques, notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers, les personnes atteintes d'endométriose ont un avantage de remplacer plus souvent la viande rouge par du poisson ou même par des sources de protéines végétales comme les légumineuses.

Plus de couleur dans l'assiette

Le stress oxydatif peut être impliqué dans la pathophysiologie de l'endométriose. Une alimentation riche en antioxydants aide à diminuer l'inflammation associée à ce stress oxydatif. Lors de l'évaluation du meilleur régime alimentaire pour aider à gérer l'endométriose, une étude a démontré que les femmes atteintes d'endométriose amélioraient leur santé en consommant des aliments riches en antioxydants comme les fruits, les légumes et les produits à base de végétaux. Par exemple une consommation élevée en aliments riches en vitamines C et en vitamine E peut réduire les douleurs associées à l'endométriose. De plus, les fruits et légumes sont une source importante de fibres. Les fibres améliorent le transit intestinal ce qui est essentiel au métabolisme de l'œstrogène.

Règle générale : essayez d'avoir au moins deux couleurs par repas, et au moins 4 portions de légumes et 2 portions de fruits par jour. Le plus de couleur dans votre assiette, le plus d'antioxydants !

L'approche FODMAP

La diète FODMAP a été conçue pour gérer les symptômes liés au côlon irritable. Elle consiste à éliminer pendant une période limitée des aliments riches en FODMAP dans le but final de déterminer les aliments qui déclenchent des douleurs gastriques chez les personnes qui souffrent de côlon irritable. À l'heure actuelle, la diète FODMAP peut être une approche complémentaire possible qui

peut être utilisée pour les patientes atteintes d'endométriose en raison de symptômes similaires au colon irritable. Cependant, il est très important de mentionner que cette approche n'est pas recommandée à long terme et il est essentiel de travailler avec une nutritionniste-diététiste experte avec la diète FODMAP pour vous guider avec les différentes étapes.

La controverse des produits laitiers

Plusieurs ressources en ligne suggèrent de couper les produits laitiers et plus spécifiquement les produits à base de lait de vache. L'hypothèse est que les produits laitiers augmentent l'inflammation dans le corps et peuvent altérer les hormones. Cette hypothèse n'est pas fondée scientifiquement et elle est basée principalement sur des observations. En effet, une grande étude a même conclu qu'une consommation de produits laitiers est associée à un risque diminué d'endométriose.

Mon conseil, limitez les produits laitiers si vous avez des symptômes qui indiquent une intolérance au lactose comme crampes, ballonnements et gaz. De nos jours, c'est facile de trouver des boissons végétales enrichies qui nous aident à combler nos besoins en calcium et vitamine D. Toutefois, la restriction est non nécessaire si vous n'avez pas de symptômes. Assurez-vous juste de choisir des produits faibles en gras saturés et sans sucre ajouté !

Le gluten : ennemi ou ami

Peut-être la plus grande controverse en ce qui concerne l'alimentation et l'endométriose concerne le gluten. On retrouve trois pensées différentes. Certains professionnels sont d'avis que la restriction du gluten est juste nécessaire en cas de maladie cœliaque. L'autre extrême affirme que le gluten cause de l'inflammation au niveau du système digestif, une inflammation généralisée et des douleurs corporelles et donc il est nécessaire de suivre une alimentation sans gluten si on a l'endométriose. La troisième pensée est de restreindre s'il y a un impact sur les douleurs associées à l'endométriose. Personnellement, je supporte cette dernière pensée. L'idée est de suivre une diète d'élimination temporaire dans le but d'évaluer si les douleurs liées à l'endométriose diminuent suite à la restriction du gluten. Bien que les études sur le sujet soient encore limitées, les résultats d'une étude publiée en 2012 ont conclu que suivre une diète sans gluten pendant 12 mois a significativement réduit les douleurs associées à l'endométriose de 75% avec 207 femmes. Une autre étude publiée en 2015, a trouvé des résultats similaires. C'est certain que deux études ne sont pas suffisantes pour émettre des conclusions. Cependant, rien n'empêche d'essayer une diète sans gluten pour un mois et observer si les symptômes s'améliorent et si les douleurs diminuent. Toutefois, il faut noter une alimentation sans gluten implique une élimination de plusieurs grains entiers bénéfiques pour la flore intestinale. Pour compenser, il faut s'assurer de consommer régulièrement des graines riches en fibres comme le quinoa, le riz brun, l'avoine, le teff et le sarrasin pour maintenir un microbiote en santé.

Pour conclure

Les changements des habitudes alimentaires sont une approche complémentaire qui joue un rôle non négligeable dans la gestion des douleurs liées à l'endométriose. Il faut simplement garder en tête que chaque personne est différente et certaines approches conseillées dans cet article peuvent être efficaces à certaines et non efficaces à d'autres. Si vous désirez améliorer vos habitudes alimentaires dans le but de gérer votre endométriose, consultez une diététiste-nutritionniste experte en santé des femmes pour mieux vous guider dans votre approche.

Quid des perturbateurs endocriniens ? Leur rôle pathogène est complexe à mettre en évidence. Indéniablement, il s'agit d'une pollution cachée et souvent insoupçonnée. S'en prémunir s'inscrit autant dans une lutte contre les effets de l'endométriose que dans une logique de santé globale.

Mettre en place ou maintenir une activité physique adaptée constitue également un axe à privilégier pour améliorer sa qualité de vie. Si vous êtes inactive depuis des années, commencez par des activités simples comme la marche ou la natation. Il n'est pas nécessaire de s'inscrire immédiatement dans une salle de sport.

Toute thérapie manuelle telle que l'ostéopathie peut apporter une réponse antalgique complémentaire satisfaisante. Elle ne va pas chercher « à guérir » l'endométriose mais à réduire ces effets.

Cette revue n'est pas exhaustive, bien évidemment. D'ailleurs ce qui va « marcher » pour une patiente sera probablement inefficace pour une autre. N'hésitez pas à aborder cette question avec moi lors d'une consultation.

Endométriose & Récidive

De quoi parle-t-on en fait lorsqu'on évoque la récidive ? S'agit-il de la réapparition des symptômes ? De la réapparition de lésion ? Des deux à la fois ?

Concernant les lésions, les données ont été bien évaluées pour les lésions ovariennes. Ainsi on estime le risque de récidive entre 20 et 30 %. On parle ici de la réapparition d'une lésion ovarienne.

Parmi ces patientes certaines pourront rester totalement asymptomatiques, d'autres présenteront de nouveau des symptômes et pour certaines une prise en charge itérative sera proposée.

Il en est de même pour chacune des formes d'endométriose.

En cas de prise en charge chirurgicale, le facteur qui influence le plus le risque de récidive est le caractère complet ou non de la prise en charge chirurgicale initiale. Si toutes les lésions ne sont pas traitées, ce risque est grandement majoré.

Il peut persister des douleurs après une prise en charge chirurgicale, même faite dans les règles de l'Art. Cela tient souvent à un phénomène de rémanence de la douleur au niveau du cerveau.