

+IELORA

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLINIQUE MON(S) ENDOMÉTRIOSE

Prise en charge multidisciplinaire
de l'endométriose



INTRODUCTION

Cette brochure résume les principales informations concernant l'endométriose et ses traitements. Elle vise à vous aider à mieux comprendre le diagnostic posé par le médecin et les options thérapeutiques.

Elle ne remplace en aucun cas les conseils du médecin ou du gynécologue, mais, après l'avoir lue, vous pourrez plus facilement poser vos questions au médecin lors de votre prochaine consultation.

Nous avons décidé de créer la clinique Mon(s)endométriose afin d'offrir aux patientes atteintes d'endométriose une prise en charge multidisciplinaire.

L'endométriose est une maladie chronique qui peut affecter différents organes et se manifester de manière différente d'une personne à l'autre. Pour nous, la sévérité de l'endométriose ne se limite pas seulement aux lésions anatomiques, nous prenons aussi en compte son impact psycho-social sur la patiente.



C'est pourquoi, nous avons mis en place une **collaboration active avec différents spécialistes et soignants** afin de vous offrir une prise en charge globale avec de multiples options adaptées à votre situation.

L'endométriose nécessite la réalisation de différents examens et de nombreuses consultations, nous avons donc mis en place un trajet de soins spécifique afin de faciliter votre parcours au sein de notre institution.

Les infirmières coordinatrices (spécialisées en algologie) s'occuperont de coordonner votre suivi. Elles peuvent vous proposer une aide et différentes options dans la gestion de votre douleur. Elles organisent vos rendez-vous pour les examens et les consultations demandés. Elles seront votre relais entre les

différents spécialistes.

Nous organisons des réunions multidisciplinaires en présence de plusieurs spécialistes (gynécologues, radiologues, psychologues, chirurgiens, etc.) afin de discuter des situations individuelles de nos patientes pour leur proposer les traitements les plus adéquats.

En plus de la prise en charge médicale ou chirurgicale, nous proposons une multitude d'approches complémentaires afin de vous offrir une solution personnalisée et répondant le plus à vos besoins.

Pour la clinique Mon(s)endométriose,
Dr Yaacoub SALAMÉ



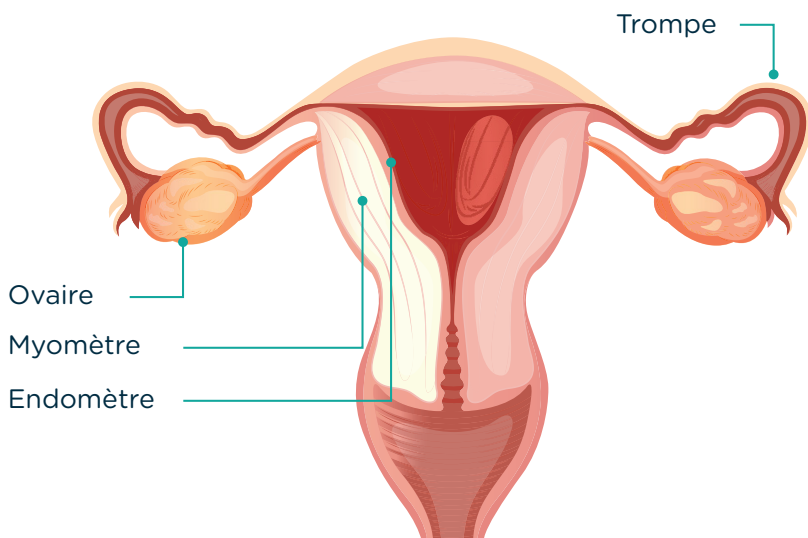
QU'EST-CE QUE L'ENDOMÉTRIOSE ?

L'endométriose est une maladie fréquente, encore largement sous-estimée, qui touche environ 10% des femmes en âge de procréer. Il s'agit d'**une affection bénigne et complexe** qui peut débuter dès les premières règles et dont les symptômes ne cessent qu'à la ménopause. Pour mieux percevoir l'endométriose, il faut bien comprendre le fonctionnement du corps féminin...

Au cours du cycle menstruel, les organes génitaux des femmes subissent plusieurs modifications : l'endomètre (la paroi interne de l'utérus) s'épaissit pour accueillir un éventuel embryon. En fin de cycle, s'il n'y a pas eu de fécondation, l'endomètre s'élimine naturellement par le biais des saignements lors des règles.

Chez les patientes atteintes d'endométriose, certains tissus d'endomètre, au lieu d'être éliminés, émigrent vers les organes génitaux, les voies urinaires, intestinales, les appareils digestifs ou encore pulmonaires...

Les tissus d'endomètre, logés au sein de ces organes, provoquent des lésions durant les menstruations. Chaque mois, pendant les règles, ces dernières saignent aussi, ce qui provoque d'importants troubles et douleurs chez ces femmes. C'est pour cette raison que l'endométriose est considérée comme une maladie hormono-dépendante.



Non seulement elle perturbe le bien-être physique, mais elle peut aussi avoir des conséquences psychologiques, sociales et affecter la relation avec le partenaire. L'endométriose peut ne provoquer aucun symptôme ou être au contraire très invalidante.

C'est une cause fréquente d'infertilité et près de la moitié des femmes infertiles en sont atteintes.

QUELLES SONT LES CAUSES ?

Les causes de l'endométriose sont **multifactorielles**. Plusieurs théories existent pour rendre compte de l'endométriose.

Des facteurs génétiques et des substances toxiques présentes dans l'environnement prédisposent à son apparition.

La théorie la plus importante est celle de la «menstruation rétrograde». Pendant les règles, la majorité du sang s'écoule habituellement de la cavité utérine vers le vagin et s'évacue vers l'extérieur. Toutefois, chez la plupart des femmes, une partie du liquide menstruel s'écoule aussi dans la cavité abdominale en remontant par les trompes. Ce sang contient des cellules de l'endomètre viables. Ces cellules s'attachent ensuite à la surface des organes du pelvis (bassin) et de l'abdomen (péritoine), puis se développent sous l'effet d'une inflammation chronique créant ainsi des lésions d'endométriose.

Précisons néanmoins que ce reflux tubaire est physiologique (c'est-à-dire normal) dans près de 90% des cas : ces cellules sont usuellement détruites par le système immunitaire.

D'autres facteurs sont donc nécessaires pour le développement de l'endométriose, dont les principaux, sont : altération du système immunitaire, prédispositions génétiques, perturbateurs endocriniens.

- **La théorie métastatique** : c'est-à-dire la dissémination des cellules de l'endomètre par voie sanguine ou lymphatique, permet d'observer de très rares cas de localisation de l'endométriose en dehors de la cavité abdominale (poumons, cerveau, os...).

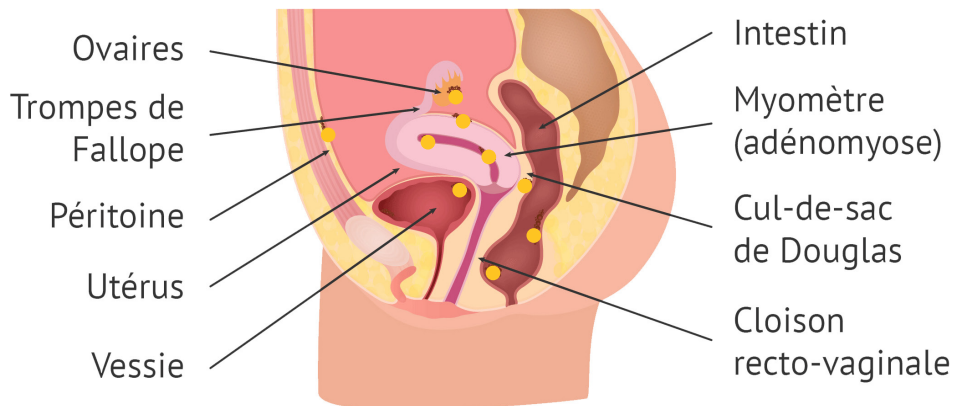
- **La théorie des cellules souches** : elle repose sur l'hypothèse d'un reflux menstruel néonatal (saignement vaginal chez certains nouveaux-nés). Ces cellules endométriales dormantes peuvent s'implanter et survivre durablement ce qui peut expliquer la survenue précoce de la maladie chez certaines patientes.

COMMENT ÉVOLUE-T-ELLE ?

Sous l'influence des hormones, les cellules endométriales, qui ont migré dans la cavité abdominale, pénètrent dans d'autres organes et y constituent des foyers (lésions) d'endométriose.

Les lésions d'endométriose peuvent être :

- **superficielles** et affecter le péritoine
 - **annexielles** et donc toucher les ovaires et les trompes
 - **profondes** (au-delà de 5mm du péritoine) et infiltrer principalement les ligaments utéro-sacrés (qui rattachent l'utérus au sacrum), le rectum et la vessie.
-
- Le plus souvent, l'endométriose augmente au fil du temps car il se forme sans cesse de nouveaux îlots d'endométriose.
 - Contrairement au sang menstruel qui s'écoule à chaque cycle vers le vagin, le sang issu des foyers d'endométriose ne peut pas s'écouler vers l'extérieur ; il s'accumule donc dans la cavité abdominale.
 - Les tissus avoisinants subissent aussi une inflammation.
 - Les tissus irrités évoluent ensuite vers la cicatrisation : ce qui peut provoquer des adhérences.
 - Suite aux hémorragies cycliques, les foyers d'endométriose migrent et viennent se greffer sur les organes voisins (intestin, urètre, vessie).



Crédit : <https://babygest.com/fr/endometriose/localisation-endometriose/>

QUELS SONT LES SYMPTÔMES ?

Les symptômes sont multiples et variables d'une patiente à une autre.

- **La dysménorrhée (douleurs des règles) :** est le premier symptôme susceptible d'indiquer une endométriose.
Les règles ne doivent pas être anormalement douloureuses, c'est un phénomène physiologique qui doit permettre de continuer ses activités. Si ce n'est pas le cas, et qu'elles entraînent des douleurs importantes, violentes provoquant un absentéisme scolaire ou professionnel, il faut alors suspecter l'endométriose.
- **Les ménorragies (règles fort abondantes) :** est un autre signe fréquent de la maladie.
- **La dyspareunie :** est une douleur pendant les rapports sexuels, ressentie surtout au fond du vagin.
- **Symptômes digestifs :** douleur en allant à selles (surtout pendant les règles), sang dans les selles (pendant les règles), constipation, diarrhée ou alternance des deux, inconfort important, ballonnement. Ces troubles sont probablement en rapport avec l'inflammation des lésions d'endométriose.

- **Symptômes urinaires** : brûlures urinaires, difficulté à uriner (pendant les règles), des envies d'uriner très fréquentes.
- **Symptômes d'aspect rhumatologique** : douleur de sciatique ou de l'épaule droite.
- **Douleurs pelviennes chroniques** : leur apparition marque un tournant dans la maladie. Ces douleurs peuvent être quasi permanentes. Elles sont de type brûlures ou décharges électriques et persistent même en dehors des règles. Elles irradient dans le bassin, le bas du ventre, le dos, la région lombaire, les cuisses.

Elles sont souvent décrites comme insupportables et finissent par conduire à des arrêts de l'activité professionnelle ou scolaire. L'endométriose profonde envahit les fibres nerveuses du petit bassin ce qui peut expliquer les douleurs mais en cas d'endométriose superficielle, l'origine de ces douleurs est moins explicite.

D'autres éléments interviennent dans le risque de développer des douleurs chroniques sévères (migraines ou céphalées chroniques, syndrome de fatigue chronique, syndrome dépressif, stress post traumatique, syndrome jambes sans repos, intolérance au gluten...).

- **Les symptômes pulmonaires (très rare)** : la survenue, pendant les règles, d'une douleur à l'épaule droite, d'un épanchement d'air (pneumothorax) ou de sang (hémothorax) est le signe d'une atteinte du diaphragme, de la plèvre ou du poumon.
- **Les autres symptômes** : on retrouve des cellules endométriosiques dans l'ombilic, les muscles de la paroi abdominale (après certaines interventions), ou cicatrice d'épisiotomie. Ces lésions sont responsables de douleurs associées à une tuméfaction pendant la période des règles.
- **Parfois, aucun signe n'est ressenti** et la maladie reste «silencieuse».

- Comme différents organes peuvent être atteints, les symptômes varient beaucoup d'une femme à l'autre.
- Dans les premiers temps, l'endométriose entraîne des troubles assez légers qui, au fil du temps, deviennent de plus en plus intenses, parfois même intolérables.

Toutefois, il n'existe pas toujours de lien entre l'intensité des troubles et le degré de sévérité de la maladie. Ceci explique que des formes étendues ou profondes d'endométriose ne soient pas nécessairement très douloureuses, et des formes peu étendues et superficielles soient très douloureuses.



Les douleurs dues à l'endométriose ont un impact sur la vie sociale et celle du couple.

Certaines patientes présentent aussi des manifestations non spécifiques qui peuvent largement affecter leur état de santé :

- une sensation de malaise général
- une sensation de pesanteur abdominale
- une fatigue chronique
- un manque de dynamisme
- une morosité
- des fluctuations de l'humeur
- une dépression.

Ces répercussions sont prises en compte lors du diagnostic et du traitement.

EXISTE-T-IL DES MALADIES ASSOCIÉES ?

Certaines maladies sont associées à l'endométriose avec une fréquence un peu plus accrue que dans la population générale.

- **Les maladies inflammatoires chroniques** comme la maladie de Crohn ou le syndrome de côlon irritable.
- **Les maladies auto-immunes** provoquées par un dysfonctionnement du système immunitaire qui détruit les tissus normaux de l'organisme : le lupus érythémateux disséminé, la polyarthrite rhumatoïde, la maladie coeliaque (intolérance au gluten), le syndrome de Sjogren et le rhumatisme psoriasique.
- **Les dysfonctionnements thyroïdiens** (l'hypothyroïdie est 7 fois plus fréquente), ainsi que l'asthme ou les allergies.
- **Fatigue et douleurs chroniques** : les femmes atteintes d'endométriose ont 100 fois plus de risque de souffrir de fatigue chronique et 2 fois plus de fibromyalgie (douleurs récurrentes dans les muscles, ligaments et tendons). Ces symptômes ont

pour socle commun la douleur chronique qui de facto est presque systématiquement accompagnée de fatigue par épuisement du corps et de l'esprit au cours du temps.

COMMENT LE DIAGNOSTIC EST-IL POSÉ ?



Un diagnostic précoce et des soins adaptés sont les moyens de **traiter les douleurs et une infertilité**.

L'objectif est d'**interrompre la progression et l'aggravation de la maladie** par la destruction des foyers d'endométriose.

Les étapes du diagnostic :

- **un entretien avec votre médecin** constitue la base du diagnostic. L'endométriose peut être fortement suspectée à partir d'un certain nombre de symptômes recueillis à l'anamnèse.
- **l'examen gynécologique et une échographie** servent à :
 - identifier des lésions d'endométriose au niveau vaginal, ligaments utéro-sacrés, prérectal...
 - identifier d'éventuels kystes d'endométriose siégeant sur les ovaires
 - suspecter des foyers d'endométriose dans la cavité abdominale.
- **l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)** est une aide au diagnostic. Elle permet d'identifier les lésions (y compris celles non visibles à l'échographie vaginale) dans près de 90% des cas.
- **l'écho-endoscopie rectale** est l'examen à pratiquer en cas d'atteinte suspectée ou avérée, du rectum ou du sigmoïde, quand l'indication chirurgicale a été retenue. Il permet d'objectiver les lésions du rectum et du sigmoïde. Il est déterminant pour prédire au mieux le risque de poche transitoire (stomie).

Cependant, une échographie et une résonance magnétique normales n'excluent pas la présence de la maladie.

- **la laparoscopie** est **la méthode la plus fiable pour poser le diagnostic**. Elle permet l'examen de la cavité abdominale à l'aide d'un endoscope (caméra) pour observer la cavité abdominale et les organes internes. Elle permet une visualisation directe des lésions.

Il s'agit d'une intervention réalisée sous anesthésie générale. Des petites incisions cutanées sont réalisées : une dans le nombril et d'autres au niveau du bas ventre. À l'aide de fins instruments, nous prélevons soigneusement des échantillons de tissu qui sont ensuite analysés au microscope pour confirmer le diagnostic.

- La laparoscopie permet de poser le diagnostic et de réaliser le traitement chirurgical dans le même temps.

QUELLES CONSÉQUENCES SUR LA FERTILITÉ ?

- **Un retentissement variable** : le fait d'avoir une endométriose n'induit pas systématiquement une infertilité. Cependant, le risque de présenter une infertilité est 2 fois plus élevé en cas d'endométriose.

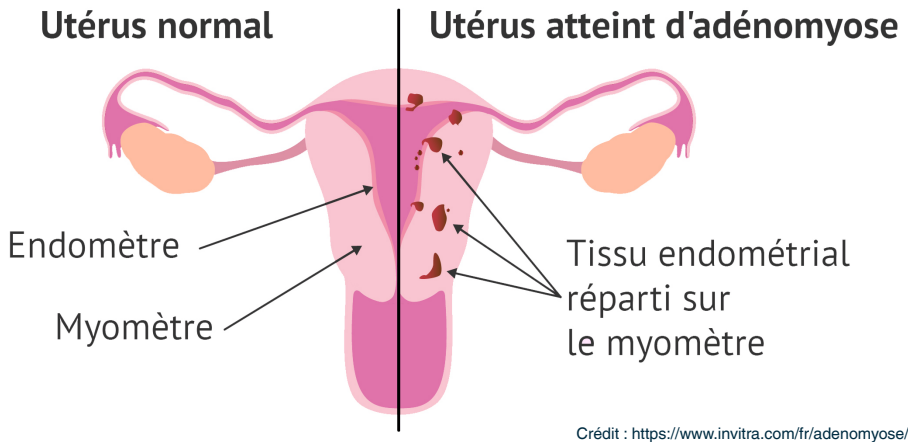
La perturbation de la fertilité dépend le plus souvent du degré de sévérité de la maladie. Il suffit toutefois de quelques foyers d'endométriose indolores et méconnus pour conduire à une infertilité.

C'est pourquoi, lors de difficultés à concevoir un enfant, l'éventualité d'une endométriose est toujours envisagée.

- **Des anomalies à plusieurs niveaux** :
 - l'endométriose peut provoquer des **distorsions anatomiques**. Les nodules d'endométriose peuvent se localiser sur ou dans une trompe et la boucher, ou générer des adhérences qui collent les tissus les uns aux autres et empêchent les trompes de bien fonctionner.
 - l'endométriose provoque une **inflammation et une irritation des tissus**, sécrétant des substances biochimiques inflammatoires qui sont nocives pour la fécondation.
 - l'endométriose peut se développer sur les ovaires et former des **kystes** appelés **endométriomes**. Leur contenu est constitué de sang

qui ne peut pas s'écouler. Du fait de leur couleur, ils sont appelés kystes «chocolat». Ils perturbent directement la maturation des ovules et peuvent entraîner une diminution de la réserve ovarienne.

- une forme particulière d'endométriose touchant le muscle utérin, appelée **adénomyose**, peut aussi perturber l'implantation de l'embryon dans la cavité utérine.



- la réaction de défense du **système immunitaire** contre les foyers d'endométriose peut aussi empêcher l'implantation de l'ovule fécondé dans l'utérus.

- indépendamment de la sévérité de la maladie, les **rapports sexuels** peuvent être **très douloureux** et entraîner une diminution de leur fréquence.

QUELS TRAITEMENTS POUR L'ENDOMÉTRIOSE ?

Des traitements existent et permettent de soigner l'endométriose. En revanche, on ne sait pas encore la guérir. Il s'agit d'une maladie chronique qui peut récidiver même après une chirurgie complète.

Les options thérapeutiques varient selon les cas.

C'est avant tout l'objectif poursuivi qui conditionne le choix. S'agit-il de traiter une infertilité ou de lutter contre les douleurs ? S'agit-il d'éliminer la maladie le plus radicalement possible et de diminuer le risque de récurrence ? Ces questions sont abordées lors d'un entretien avec votre médecin afin de choisir un traitement spécifique, sur mesure.

Selon la situation, un ou l'association de différents traitements sont proposés. Pour chaque femme, **une solution individuelle** au problème **existe**.



LE TRAITEMENT POUR LUTTER CONTRE LES DOULEURS

- **L'hormonothérapie**

Le traitement hormonal constitue le traitement principal. L'endométriose est une maladie hormono-dépendante (les foyers d'endométriose sont stimulés par les hormones présentes au cours du cycle menstruel). Il faut commencer par un traitement hormonal visant à réguler ou empêcher l'effet de ces hormones sur les lésions d'endométriose dans le but de les rendre inactives. L'idée de base est de supprimer les règles (aménorrhée thérapeutique). L'aménorrhée induit une très nette diminution de l'inflammation locale et empêche la prolifération des cellules endométriales vers les petits vaisseaux sanguins et les nerfs. Elle stoppe également le reflux des règles par les trompes.

Le choix des hormones est large, ce qui permet de trouver la molécule qui vous est la plus adaptée, celle qui aura un maximum d'efficacité pour un minimum d'effets secondaires. Les alternatives sont nombreuses : pilules contraceptives oestroprogestatifs (qui offrent une très bonne tolérance), progestatifs, anneaux vaginaux, stérilets hormonaux. Le traitement sera évalué et adapté en fonction de la réponse et de votre tolérance, plusieurs fois si nécessaire, jusqu'au moment de trouver le traitement le plus adéquat.

Les analogues de la GnRH (médicaments) bloquent l'hypophyse (glande endocrine présente dans le cerveau) et inhibent fortement la synthèse d'oestrogènes provoquant une ménopause artificielle transitoire. Ce traitement assèche les foyers d'endométriose. Nous pouvons ainsi soulager les douleurs et éviter la formation de nouveaux foyers. Cependant, ce traitement induit des nombreux effets secondaires : des bouffées de chaleur, diminution de la masse osseuse (ostéoporose), des fluctuations de l'humeur et une sécheresse vaginale.

Afin de prévenir et de diminuer au maximum les complications et les effets secondaires, nous administrons un traitement hormonal complémentaire avec de faibles doses d'oestrogènes.

En pratique, les analogues sont utilisés quand les autres hormones n'ont pas été efficaces et souvent avant ou après une chirurgie.

- **Les antalgiques**

L'endométriose est une maladie que nous soignons hormonalement, mais qui nécessite aussi la prise d'antalgiques en raison des douleurs qu'elle occasionne.

Nous utilisons essentiellement du paracétamol, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques plus puissants (Tramadol®, Contramal®...) pour diminuer les douleurs.

Leur utilisation au long cours doit rester limitée en raison de leurs effets secondaires au niveau gastrique et rénal.

- **La médecine complémentaire**

Les traitements allopathiques qui agissent sur la conduction de la douleur peuvent être complétés par des thérapies complémentaires susceptibles de bloquer les stimuli douloureux (acupuncture, mésothérapie, neurostimulation cutanée (TENS)).

L'ostéopathie, la fasciathérapie, la psychothérapie, l'hypnose, la sophrologie... sont d'autres outils efficaces permettant de prendre soin de soi et de ses douleurs.

L'activité sportive et les régimes alimentaires visant à réduire l'inflammation sont également des dispositifs utiles.

- **La chirurgie**

Le traitement chirurgical peut s'imposer lorsque le traitement médical n'est pas (ou n'est plus) efficace sur les douleurs ou la dyspareunie, quand il existe un retentissement important sur la qualité de vie, dans certains cas d'infertilité ou dans le cas de présence de complications (gros kyste ovarien, occlusion intestinale, atteinte des uretères, vessie...).

La décision d'opérer doit être discutée, surtout pour les formes complexes, au cas par cas, (après validation si possible en réunion de concertation multidisciplinaire).

Bien que bénigne, l'endométriose sévère rend les interventions chirurgicales difficiles pour plusieurs raisons : les adhérences entre les organes, la modification des rapports anatomiques normaux, la nécessité d'enlever toutes les lésions d'endométriose.

L'opération s'effectue par laparoscopie ou par voie robotique. Le chirurgien élimine soigneusement tous les foyers visibles d'endométriose, sans léser les organes voisins si possible. Cette technique microchirurgicale est précise et délicate.

Dans notre centre, nous privilégions la chirurgie robotique pour les cas complexes. Le robot offre plusieurs avantages, notamment la possibilité de réaliser des dissections plus avancées pour les lésions sévères tout en diminuant les risques de récidives et de complications. Grâce à la dissection soignée, les douleurs post opératoires sont diminuées. Nous pouvons ainsi réaliser des chirurgies plus lourdes et plus complexes en pratiquant des petites incisions cutanées. Cette technique présente donc un avantage esthétique (pas de grandes cicatrices). Les résultats et la qualité du post-opératoire sont donc grandement améliorés par cette technique.

Dans certains cas, une chirurgie plus radicale avec une hystérectomie peut être envisagée. Il s'agit d'une solution qui doit être discutée avec la patiente et réservée à certaines situations particulières en prenant en compte l'âge, la présence d'adénomyose sévère, des récidives multiples etc. L'indication doit être soigneusement choisie et dans certains cas elle n'offre pas l'assurance de la disparition complète des douleurs ou des symptômes.

À noter qu'une opération n'est jamais un acte anodin et que des complications peuvent survenir après la chirurgie : dysfonction vésicale, fistule recto-vaginale, lâchage suture digestive, dérivation digestive transitoire (stomie), fistule urétérale, diminution réserve ovarienne...

La chirurgie permet de soulager les douleurs chez 70-80% des patientes et d'espérer une grossesse dans les 12-18 mois dans 50% des cas.

CAS PARTICULIERS DES DOULEURS CHRONIQUES SÉVÈRES

Nous parlons de douleur chronique lorsque la douleur s'installe dans le temps et reste présente au-delà de 3 à 6 mois. Elle peut entraîner de l'anxiété, de la dépression et avoir un impact social important. Elle est plus compliquée à traiter et nécessite une prise en charge bio-psycho-sociale.

La douleur dépend de **3 éléments principaux** qui interagissent entre eux et sont à l'origine d'un cercle vicieux.

- **Premier élément : la lésion**

L'endométriose va irriter une zone et provoquer une lésion. Un message douloureux, émis par un nerf présent au sein de cette lésion, va être envoyé au cerveau. Ce dernier va l'analyser et induire des réactions spontanées ou plus réfléchies pour tenter d'aller mieux.

Cette douleur équivaut à une «névralgie».

- **Deuxième élément : le corps**

Le nerf irrité entraîne une réaction réflexe du tissu qu'il atteint : l'immobilisation. Le tissu (muscles, tendons, ligaments, organe) se rétracte et devient douloureux à son tour.

Un organe qui bouge peu ou pas va cesser de fonctionner correctement et cela peut causer des désordres, une dysfonction (constipation, douleurs en urinant, douleurs pendant les rapports...).

Tous les tissus du bassin qui s'entraînent normalement les uns les autres peuvent commencer à avoir des dysfonctions. L'immobilité progresse et entraîne une douleur de plus en plus importante jusqu'à provoquer parfois le blocage du bassin, des douleurs lombaires et une sensation douloureuse dans tout le corps.

- **Troisième élément : le cerveau**

Si la douleur n'est pas dans la tête, la tête a une influence sur la douleur. Le cerveau est un agent modulateur. Il n'invente pas la douleur mais il en module le ressenti ce qui explique l'aspect individuel du phénomène douloureux.

Notre corps et notre cerveau ont une mémoire de la douleur. Cette mémoire de nos expériences douloureuses passées est susceptible d'entraîner une amplification des messages douloureux à venir. Le cerveau peut alors provoquer «un effet loupe» qui majore le ressenti douloureux.

L'hypersensibilisation

Certaines patientes présentent des douleurs et dysfonctions complexes (digestive, vésicale, musculaire...) qui peuvent s'apparenter à une hypersensibilisation. Cette dernière amplifie la douleur. L'expression de la douleur ou des dysfonctions apparaît disproportionnée par rapport aux lésions trouvées. La tolérance à douleur est donc diminuée.

La fatigue

La fatigue dans l'endométriose est multifactorielle : la douleur qui fatigue et absorbe beaucoup d'énergie, le stress, les traitements et leurs effets secondaires, le mauvais sommeil, le manque de dynamisme qui empêchent toute activité physique bénéfique pour un bon sommeil.

La fatigue diminue notre capacité à supporter, gérer la douleur.



PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Le point de départ est souvent un traitement médicamenteux approprié qui permet de résoudre le premier mécanisme de la douleur : le phénomène neuropathique. Deux familles de médicaments peuvent être utilisées à cet effet : les antiépileptiques et les antidépresseurs à visée antalgique.

- **Les antiépileptiques**

Les antiépileptiques utilisés sont la prégabaline (Lyrica®) ou la gabapentine (Neurontin®). Nous les conseillons pour les douleurs par à-coups (type coups de poignard). Ils jouent sur l'excitabilité des nerfs qui, en souffrant, déchargent des douleurs. Ils font l'effet d'un pansement le temps que le nerf puisse cicatriser.

- **Les antidépresseurs à visée antalgique**

Nous utilisons essentiellement l'amitryptiline (Redomex®). Ils boostent une voie de défense naturelle contre la douleur. Nous les proposons pour certains types de douleurs (constantes et de type brûlure).

- **En complément**

Il faut prendre en charge les autres facteurs associés qui entretiennent la douleur :

- la perte de la mobilité corporelle peut être traitée par des approches comme **l'ostéopathie**, la **fascia-thérapie**, la **mésothérapie**, la **kinésithérapie**, le **sport**...



- l'entretien de l'information douloureuse par notre cerveau peut être traité grâce à la «déprogrammation» par l'hypnose, la psychothérapie, méditation, sophrologie, yoga, acupuncture...

La prise en charge doit être globale pour permettre de soulager durablement la douleur.

Il faut associer médicaments et approches complémentaires, les uns ne pouvant pas remplacer les autres. L'objectif est d'entrer dans un cercle vertueux en trouvant les thérapies qui correspondent le mieux à chacune.

LE TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ

La prise en charge, assurée par des spécialistes, varie en fonction des situations, afin de poser les meilleures indications de traitement.

Il faut s'assurer qu'il n'existe pas une autre cause d'infertilité associée en réalisant divers examens : bilan hormonal, perméabilité tubaire, spermogramme.

Dans certains cas, un traitement de stimulation ovarienne avec inséminations intra-utérine peut être proposé.

En cas d'échec de plusieurs cycles de traitement ou en cas de présence d'endométriose sévère ou d'autres causes sévères d'infertilité, vous pourrez avoir recours à la fécondation in vitro (FIV).

La FIV consiste en une stimulation médicamenteuse des ovaires. Une ponction est ensuite réalisée pour prélever les ovules dans les ovaires. Ces ovules sont ensuite fécondés en laboratoire. Enfin, les embryons obtenus sont réimplantés quelques jours plus tard dans l'utérus.

- **Traitement chirurgical et fertilité**

- **En cas d'endométriose légère à modérée** : la chirurgie semble pouvoir améliorer la fertilité naturelle ainsi que les chances de grossesse en FIV.

- **En cas d'endométriose sévère profonde** : les résultats de la chirurgie sur la fertilité n'ont pas pu être comparés de façon satisfaisante aux résultats de la FIV sans chirurgie préalable. Les choix doivent être discutés au cas par cas (âge, forme très douloureuse ou à risque de complications, autres facteurs associés, etc.) afin d'opter pour la meilleure option.

- **En cas d'hydrosalpinx** (dilatation de la trompe avec du liquide ou sang), la chirurgie est indiquée avant la FIV pour augmenter les chances de grossesse et diminuer le risque infectieux de la ponction.

- **Préservation de la fertilité**

La réserve ovarienne est un facteur important pour les chances de grossesse (naturelle ou FIV).

Nous observons malheureusement très fréquemment une diminution de la réserve ovarienne en follicules lorsqu'il existe des endométriomes surtout volumineux. La chirurgie des endométriomes augmente encore le risque d'insuffisance ovarienne. Pour cette raison, il est recommandé d'opérer le moins possible les kystes sauf dans certaines indications (volumineux endométriomes > 5cm, ou croissance rapide ou douloureux).

Pour les cas sévères, une préservation de la fertilité peut être proposée. Il est possible de congeler des ovocytes après stimulation ovarienne pour les utiliser plus tard. Il est actuellement nécessaire de congeler entre 15 à 20 ovocytes pour avoir une réserve suffisante et espérer une grossesse ultérieurement.

La congélation d'ovocytes doit idéalement s'effectuer avant l'âge de 35 ans pour avoir des ovocytes de meilleure qualité.

- **Des traitements médicamenteux**

Les traitements hormonaux permettent de limiter l'évolution des lésions d'endométriose et diminuent la réaction inflammatoire avant et après une opération prévue.

Le traitement hormonal jusqu'au moment d'une grossesse désirée peut prévenir ou du moins retarder la réapparition de foyers d'endométriose après une chirurgie.



GROSSESSE ET ENDOMÉTRIOSE

Au premier trimestre, nous pouvons observer une exacerbation des symptômes douloureux sous l'effet des hormones secrétées par la grossesse.

Ensuite, les modifications hormonales survenant pendant la grossesse et l'allaitement provoquent la mise au repos des cellules endométriales et peuvent avoir un effet bénéfique et atténuer durablement l'endométriose. C'est une période de rémission, la reprise des cycles après l'accouchement provoque une réapparition progressive des symptômes.

Il n'y a pas plus de risque de fausse couche dans l'endométriose. Par contre, il y a un risque trois fois plus élevé de grossesse extra-utérine.

Les complications pendant la grossesse sont rares et comportent essentiellement des risques d'hypertension, de pré-éclampsie, de retard de croissance in utéro, des anomalies de localisation du placenta, des hémorragies de la délivrance. Le risque d'accouchement prématuré semble plus important seulement dans les cas présentant des lésions d'endométriose profonde ou d'adénomyose (atteinte utérine).

L'accouchement par voie naturelle doit être envisagé ; hormis quelques cas spécifiques en fonction des antécédents personnels et chirurgicaux (rectum, vagin), du type de lésions et du déroulement de la grossesse.

Nous observons que, chez près de 80% des femmes qui ne parvenaient pas à avoir un enfant à cause d'une endométriose, une grossesse est survenue en l'espace d'un an, après l'association d'un traitement chirurgical et médical.

QUELLES PERSPECTIVES DE SUCCÈS ?

Les perspectives de succès sont généralement bonnes, surtout si l'option thérapeutique est choisie selon vos priorités et poursuit un objectif clair, défini préalablement.

La planification du traitement individuel, sur mesure, est complexe et nécessite la mise en place de plusieurs thérapies. Elle repose sur un diagnostic précis et est le résultat d'une discussion entre vous et des spécialistes expérimentés dans le domaine de l'endométriose.

Nous privilégions une **prise en charge multidisciplinaire**, associant plusieurs approches, visant à vous offrir le plus de soulagement possible et répondant le plus à vos besoins, en choisissant avec vous les options les plus adaptées à votre situation et votre personnalité.

LES RISQUES DE RÉCIDIVE

La maladie a parfois une évolution chronique et peut réapparaître. Autrement dit, même après une prise en charge initialement efficace, des récurrences restent possibles. Une ablation chirurgicale, complétée par une hormonothérapie, est la meilleure protection contre les récurrences.

Après une chirurgie et un traitement adapté, le risque de récurrence est d'environ 10% !

Nous savons que la menstruation rétrograde joue un rôle important dans la survenue et la persistance de l'endométriose. Raison pour laquelle la suppression médicamenteuse des règles, par exemple par une prise continue de la pilule, peut souvent améliorer très efficacement le bien-être.

Toute forme de traitement doit être indiquée, réfléchi et soigneusement définie. Par exemple, une suspicion de récurrence de kyste ou de lésions d'endométriose ne constitue pas obligatoirement une indication chirurgicale.



“

Grâce à mes cours de yoga, à l'aide précieuse d'une psychologue et à un gynécologue qui s'occupe de chaque patiente à sa juste valeur (et douleur), j'ai appris que mon corps est ma meilleure arme pour avancer avec l'endométriose. Même si ce corps peut me torturer, c'est aussi lui qui peut me faire vivre des moments incroyables ! Le tunnel peut parfois être très sombre mais avec une bonne prise en charge, la lumière finit toujours par percer et il ne faut jamais abandonner. Un corps, on en a qu'un alors il est essentiel de l'écouter et d'en prendre soin.

Laura, 22 ans

”





DOC-821-0321

CONTACTS



065 41 41 62



endo@hap.be

EQUIPE

GYNÉCOLOGIE

Dr Jean-François Simon, coordinateur médical de Mon(s)endométriose

Dr Hélène Englebert

Dr Frédérique Roelants

Dr Yaacoub Salamé

INFIRMIÈRE COORDINATRICE

Mme Delphine Lassoie

CLINIQUE FERTILITÉ

Dr Jean-François Simon, chef de service

Dr Bénédicte Callebaut

Dr Manon De Cooman

Dr Gwenaëlle Rege

Dr Yaacoub Salamé

Dr Catherine Scorey

GYNÉCOLOGIE DE SPORT

Dr Suzette Da Costa

PSYCHOLOGIE / SEXOLOGIE

Catherine Odent

RADIOLOGIE

Dr Stephen Taylor

CHIRURGIE DIGESTIVE

Dr Stéphane Journe

GASTROENTÉROLOGIE

Dr Frédéric Flamme (écho-endoscopie)

Dr Yves Nang Atto

UROLOGUE

Dr Serge Holz

MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

Dr Noémie De Bondt

Dr Bérengère Hoes

Mme Anne-Sophie Chiavetta, kinésithérapeute

M. Nicolas Renaux, ostéopathe

Mme Pauline Smets, kinésithérapeute

CLINIQUE DE LA DOULEUR

Dr Dragos Chirnoaga, anesthésiste algologue

Dr Stéphanie Gillard anesthésiste algologue

Mme Delphine Lassoie, infirmière algologue