

Actualités sur l'endométriose

Charlotte Maillard^{1,3}, Jean Squifflet^{1,2}, Pascale Jadoul^{1,2}, Mathieu Luyckx^{1,3}

1. Service de Gynécologie et Andrologie, Clin. Uniu. St-Luc, Bruxelles

2. Pôle de Recherche en Gynécologie, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, UCLouvain, Bruxelles

3. Groupe TILS, Institut de Duve, UCLouvain, Bruxelles

L'endométriose est une maladie bénigne chronique qui est actuellement définie par la présence d'un épithélium semblable à de l'endomètre et/ou de stroma endométrial en dehors de l'endomètre et du myomètre, généralement associée à un processus inflammatoire. Elle touche jusqu'à 10% des femmes en âge de procréer et nécessite encore malheureusement un long parcours médical avant d'être diagnostiquée. La principale théorie expliquant cette pathologie est le reflux de sang menstruel dans la cavité péritonéale, permettant aux lésions endométriosiques de se développer à ce niveau. Il existe 3 formes anatomo-cliniques d'endométriose: superficielle (péritonéale), ovarienne et profonde. Les patientes peuvent être asymptomatiques ou présenter des plaintes de type dysménorrhée, dyspareunie profonde, dyschésie, dysurie ou infertilité pouvant altérer la qualité de vie. Le diagnostic est histologique mais repose également sur l'anamnèse, l'examen clinique, l'échographie gynécologique et l'IRM pelvienne, qu'il faut réaliser devant des symptômes évocateurs. Il n'existe pas à l'heure actuelle de classification parfaite permettant de stadifier l'endométriose, tant au point de vue des lésions qu'au point de vue du pronostic en termes de douleur, de fertilité ou de récurrence. Le traitement dépendra de la plainte. Si la patiente présente principalement des douleurs, il sera soit symptomatique par antalgie, soit hormonal, *a priori* en continu afin de viser une aménorrhée, soit chirurgical, en fonction des localisations, du souhait de la patiente et des antécédents. Si la patiente se présente pour infertilité, le traitement sera orienté en fonction des douleurs et du bilan de stérilité, et la patiente sera orientée en PMA ou en chirurgie, en prenant soin de ne pas impacter la réserve ovarienne. Une prise en charge pluridisciplinaire dans des centres experts est indispensable.

DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

L'endométriose est une maladie bénigne chronique qui est actuellement définie par la présence d'un épithélium semblable à de l'endomètre et/ou de stroma endométrial en dehors de l'endomètre et du myomètre, généralement associée à un processus inflammatoire. Cette définition a été adaptée en 2021 par un consensus international proposant une terminologie à visée internationale afin d'uniformiser et de standardiser la littérature médicale (1).

L'endométriose toucherait jusqu'à 10% des femmes en âge de procréer et jusqu'à 50% des patientes infertiles, ce qui représente plus de 190 millions de femmes à travers le

monde (2). Chez les patientes adolescentes, la prévalence varie entre 49% chez celles qui ont des douleurs pelviennes chroniques et jusqu'à 75% chez celles qui ne sont pas soulagées par un traitement médical (3). Il est difficile de déterminer de manière optimale l'incidence et la prévalence exactes de cette pathologie car leur estimation est faussée par la nécessité d'un diagnostic chirurgical de la pathologie. Or toutes les patientes atteintes d'endométriose ne bénéficient pas d'une intervention chirurgicale. De plus, les présentations cliniques sont multiples et variées, augmentant de cette manière le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic, qualifié d'errance diagnostique, pouvant atteindre jusqu'à 5 à 10 ans. Les patientes bénéficient en moyenne de 7 rendez-vous médicaux avant qu'un diagnostic soit posé (2, 4).

ÉTIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE

Le développement de l'endométriose est multifactoriel et dépend de phénomènes et d'interactions complexes de nature endocrine, pro-inflammatoire, pro-angiogénique, immunologique et génétique (2).

Plusieurs théories ont été développées depuis 1920, mais aucune ne peut expliquer toutes les formes d'endométriose. La théorie du reflux menstruel selon laquelle des fragments d'endomètre viables refluent dans les trompes jusqu'à la cavité péritonéale lors des règles et s'implantent à ce niveau est la plus acceptée (5). En effet, celle-ci permet d'expliquer la répartition asymétrique des lésions d'endométriose principalement au niveau déclive (compartiment postérieur et

dans la partie gauche). De plus, les facteurs de risque augmentant le reflux de sang menstruel augmentent également celui de développer de l'endométriose. Néanmoins, toutes les femmes qui présentent un reflux menstruel ne développent pas d'endométriose.

Les autres théories proposées comprennent :

- la métaplasie coelomique, décrite par la transformation de l'épithélium coelomique en tissu endométrial et qui pourrait expliquer les lésions profondes;
- la théorie des embolies lymphatiques et vasculaires, avec des atteintes ganglionnaires décrites dans les formes sévères (6) et pouvant expliquer les lésions extra-péritonéales;
- la théorie des cellules souches endométriales et des progéniteurs épithéliaux dont l'implantation est permise par un saignement utérin néonatal, avec un développement des lésions d'endométriose ectopiques liées à la stimulation hormonale commençant à la thélarche et pouvant de cette manière expliquer les formes précoces (7).

Les facteurs de risque probables de développer de l'endométriose comprennent un poids de naissance faible, une ménarche précoce, un indice de masse corporelle faible, un cycle menstruel court, la présence de ménorragies, la race (caucasienne et asiatique), la nulliparité ainsi que des anomalies müllériennes obstructives (2).

LOCALISATIONS ET FORMES CLINIQUES

L'endométriose est une pathologie complexe car elle arbore des présentations multiples et variées. Elle peut être pelvienne – représentant jusqu'à 90% des cas – ou extra-pelvienne (pariétale, cutanée, diaphragmatique, pulmonaire, cérébrale, nerveuse, etc.) (8).

L'endométriose pelvienne peut être classifiée en 3 formes anatomo-cliniques qui sont souvent associées (1, 2, 9):

- endométriose péritonéale superficielle, désignant la présence d'implants d'endomètre ectopiques à la surface du péritoine. Les lésions peuvent avoir différentes couleurs ou apparences (blanches,

jaunes, rouges, noires, brunes, bleues);

- endométriose ovarienne ou endométriome, représentant un kyste ovarien endométriosique à contenu liquidien épais, brunâtre et ressemblant à du chocolat fondu, correspondant à du sang menstruel dans l'ovaire, produit par l'endomètre ectopique. Les kystes peuvent être des kystes d'invagination ou de vrais kystes avec des parois contenant du tissu semblable à de l'endomètre;
- endométriose profonde correspondant aux lésions abdominales s'étendant sur ou sous la surface péritonéale, principalement nodulaire et fibreuse et capable d'envahir les structures adjacentes. La définition initiale de l'endométriose profonde décrivait des lésions s'infiltrant > 5mm sous la surface du péritoine, mais le critère de 5mm n'est plus obligatoire à l'heure actuelle.

SYMPTÔMES

La symptomatologie de l'endométriose est représentée par un large spectre de présentations cliniques. La présence et l'étendue des lésions d'endométriose ne sont pas systématiquement responsables de symptômes cliniques ou corrélées à la sévérité de ces symptômes. Les patientes peuvent être asymptomatiques ou peuvent présenter différents types de symptômes, notamment des douleurs, à recrudescence cataméniale ou non, ou de l'infertilité.

De manière non exhaustive, les patientes peuvent présenter de la dysménorrhée, des douleurs pelviennes non cycliques, de la dyspareunie profonde, de la dyschésie, de la dysurie, de l'hématurie ou des rectorragies, des pneumothorax cataméniaux, un gonflement et une douleur cicatricielle cyclique, de l'infertilité et/ou de la fatigue (2).

Au départ, les douleurs apparaissent ou sont exacerbées pendant les menstruations car l'endométriose est une pathologie liée à la desquamation de l'endomètre. Ensuite, suite à des stimuli douloureux répétés, les douleurs deviennent souvent continues, de type neuropathique, expliquées par la nociception, l'hyperalgie et la sensibilisation centrale à des degrés

divers, avec une amplification somato-sensorielle et une modification des seuils douloureux (phénomène de sensibilisation) (10).

Plusieurs mécanismes peuvent expliquer l'infertilité associée à l'endométriose:

- au niveau pelvien, un mécanisme lié à l'inflammation locorégionale, perturbant la fécondation;
- au niveau ovarien, un mécanisme lié à la qualité et/ou à la quantité ovocytaire;
- au niveau utérin, un mécanisme perturbant l'implantation (6).

Ces différents symptômes peuvent avoir un impact sur la qualité de vie, au niveau sexuel, social et professionnel, ainsi qu'au niveau psychologique, pouvant engendrer des symptômes de type anxiété ou dépression (11).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'endométriose n'est pas facile. En effet, une présentation clinique aspécifique, un manque de sensibilisation du public et des cliniciens, ainsi qu'une absence de biomarqueurs sensibles et spécifiques, associés à une stigmatisation des douleurs pelviennes chroniques chez la femme jeune rendent complexe le diagnostic de l'endométriose (2).

Des critères diagnostiques cliniques et iconographiques doivent être pris en compte et permettent d'évaluer l'étendue des lésions, même si la laparoscopie avec visualisation des lésions (et idéalement la confirmation de celles-ci en anatomopathologie) est actuellement la référence pour le diagnostic de l'endométriose. Néanmoins, la laparoscopie à visée uniquement diagnostique ne doit plus être réalisée et doit être proposée uniquement si une sentence thérapeutique est également disponible.

L'anamnèse orientée à la recherche de symptômes évocateurs et localisateurs d'endométriose (12) est primordiale afin de référer ces patientes chez des professionnels spécialisés ou de réaliser des examens complémentaires. Une évaluation minutieuse des symptômes et de leur impact sur la qualité de vie doit être réalisée. Une échelle visuelle analogique peut être utilisée pour quantifier et qualifier les douleurs (13). Des questionnaires de qualité de vie dédiés aux patientes atteintes

d'endométriose ont été validés (*Endometriosis Health Profile-30* [EHP-30 et EHP-5]) et peuvent être utilisés pour quantifier cette altération de leur qualité de vie (14). En cas de dysménorrhée isolée, sans désir de grossesse et améliorée par un traitement hormonal, il n'est pas nécessaire de rechercher par des examens complémentaires une endométriose (15).

L'examen clinique gynécologique, quand il est possible, au spéculum peut permettre de visualiser des lésions bleutées vaginales. L'examen par toucher vaginal à la recherche d'endométriose permet de diagnostiquer des lésions d'endométriose profonde du cul-de-sac de Douglas ou vésicale, ainsi qu'une diminution de la mobilité utérine et/ou la présence de kystes ovariens. Une irrégularité palpée au niveau du cul-de-sac de Douglas peut faire suspecter la présence d'endométriose superficielle.

L'imagerie a peu d'intérêt dans le diagnostic des lésions d'endométriose superficielle péritonéale. L'échographie gynécologique et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne ont une sensibilité et une spécificité de plus de 90% dans l'identification des endométriomes. L'échographie pelvienne réalisée par un échographiste référent en endométriose peut identifier la présence d'adhérences ou d'endométriose profonde, mais l'IRM pelvienne réalisée et interprétée par un radiologue référent reste le *gold standard* pour le diagnostic de la forme profonde (avec une sensibilité de 94% et une spécificité de 79%) (2). Nous préconisons la réalisation de l'échographie gynécologique ou de l'IRM pelvienne sous ovariostase afin d'éviter la présence de kystes fonctionnels pouvant rendre l'interprétation des examens plus compliquée.

Des examens complémentaires de type radiographie du côlon par lavement baryté ou scintigraphie rénale peuvent être réalisés en seconde intention afin d'évaluer l'importance d'une sténose sigmoïdienne ou l'impact des lésions d'endométriose profonde urétérales sur la fonction rénale. La colonoscopie n'est pas recommandée en cas de suspicion d'endométriose recto-sigmoïdienne (15).

Il n'y a pas d'indication de réaliser une laparoscopie pour confirmer le diagnostic en

cas de suspicion d'endométriose ovarienne ou profonde lors d'examens préalables s'il n'y a pas d'indication chirurgicale. Par contre, une laparoscopie diagnostique peut être proposée en cas de suspicion clinique haute d'endométriose alors que les examens préopératoires sont revenus négatifs si une prise en charge des lésions – et de cette manière des douleurs ou de l'infertilité – peut être réalisée dans le même temps opératoire et éventuellement en cas d'échec du traitement médical chez des patientes dont la symptomatologie est évocatrice (13).

Le diagnostic définitif se fera par histologie.

CLASSIFICATION

Il existe plus de 20 classifications différentes dans la littérature sur l'endométriose. L'une des plus utilisées est la classification rASRM (*revised American Society of Reproductive Medicine*) (16). Elle comporte 4 stades: endométriose minimale (I), légère (II), modérée (III) et sévère (IV), basés sur une description des lésions en peropératoire. Il n'y a pas de corrélation entre la gravité du stade de la maladie et la sévérité des symptômes, la réponse au traitement et le pronostic (2). Il n'y a pas d'évaluation de la fertilité future. Elle peut être complétée par le score EFI (*Endometriosis Fertility Index*) qui comprend le score rASRM dans sa classification et a pour but de prédire les chances de grossesse spontanée en post-opératoire afin d'orienter ou non les patientes opérées vers la procréation médicalement assistée (PMA) (17). La classification ENZIAN, décrite en 2012, utilisée en cas d'endométriose profonde et revue en 2021 (#ENZIAN) pour inclure toutes les formes d'endométriose, est un score complet mais complexe permettant d'anticiper ou de prédire de potentielles complications post-opératoires en incluant les données de l'imagerie préopératoire. Il n'y a, par contre, pas d'évaluation de la fertilité (18).

Comme discuté précédemment, la présentation hétérogène des symptômes et le risque de récurrence n'étant pas corrélés avec la gravité des lésions et les différents stades de la maladie, il est donc difficile d'intégrer tous les aspects de l'endométriose dans une classification. Il n'existe pas à l'heure actuelle de classification ou de score capable de corréler et d'intégrer la symptomatologie,

l'évolution des lésions, la réponse au traitement ainsi que le risque de récurrence ou la fertilité future (19).

PRISE EN CHARGE

L'endométriose nécessite une prise en charge lorsqu'elle entraîne un retentissement fonctionnel (infertilité ou douleur) ou lorsqu'elle impacte le fonctionnement d'un organe (sténose digestive avec atteinte digestive ou urétérale avec atteinte rénale). L'endométriose asymptomatique sans impact fonctionnel ou organique peut bénéficier d'un suivi clinique et/ou iconographique (20). Néanmoins, la surveillance systématique par imagerie chez les patientes asymptomatiques atteintes d'endométriose n'est pas recommandée (13).

Il est recommandé d'offrir aux patientes une information personnalisée et éclairée sur les différentes possibilités thérapeutiques, ainsi que sur les avantages et les risques liés aux différents traitements, sur le risque de récurrence et sur la fertilité (13). La voie d'abord chirurgicale à favoriser est la laparoscopie.

La Société Européenne de Reproduction Humaine et d'Embryologie (*European Society of Human Reproduction and Embryology*, ESHRE) a mis à jour en 2022 des recommandations de bonne pratique concernant le traitement de l'endométriose (20).

> TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE PROVOQUANT DES DOULEURS (2, 20)

Traitement antalgique

Un traitement antalgique peut être proposé en première intention (anti-inflammatoires non stéroïdiens, paracétamol et/ou Buscopan®), associé ou non au traitement hormonal et/ou à la chirurgie.

Traitement hormonal

Dans la mesure où l'endométriose est une maladie chronique liée aux règles, un traitement visant une absence de règles (aménorrhée) est à privilégier. Un traitement par estroprogestatifs en continu (oral, vaginal ou transdermique) ou un traitement progestatif (oral, intra-utérin ou sous-cutané) peuvent

être proposés en 1^{ère} intention. Les traitements progestatifs ont une activité anti-estrogénique, anti-apoptotique, anti-inflammatoire et anti-proliférative pouvant soulager les douleurs des patientes jusque dans 90% des cas. Il est important d'informer les patientes concernant les effets secondaires de certains progestatifs pris à long terme, notamment le risque augmenté de méningiome chez les patientes bénéficiant d'un traitement par cyprotérone, nomégéstrol ou chlormadinone (seul ou en association avec un estrogène). Il est important de réévaluer régulièrement ce traitement et d'être attentif à tout signe évocateur d'un méningiome (Folia 2022). En 2^e ligne, des traitements de type agonistes ou antagonistes de la GnRH peuvent être proposés, pour une durée maximale de 6 mois en l'absence d'*add-back therapy* afin d'éviter les symptômes et les risques liés à un hypo-estrogénisme prolongé (diminution de la densité osseuse et augmentation du risque cardiovasculaire). En 3^e ligne, des inhibiteurs de l'aromatase peuvent être proposés dans le cadre de douleurs réfractaires aux autres traitements.

Un traitement hormonal est également à considérer après la chirurgie.

Traitement chirurgical

La réalisation d'une laparoscopie avec excès et destruction des lésions d'endométriose peut améliorer les douleurs liées à l'endométriose chez un certain nombre de patientes. Le traitement chirurgical des lésions superficielles est controversé. Les endométriomes peuvent être traités par chirurgie: kystectomie, vaporisation (laser CO₂ ou au Plasmajet) ou traitement combiné. La prise en charge doit être évaluée en fonction du désir de grossesse future et du risque d'impact de la chirurgie sur la réserve ovarienne. Un dosage préalable de l'hormone anti-müllérienne peut être réalisé afin de guider la marche à suivre. La prise en charge chirurgicale de l'endométriose profonde est complexe et doit être réalisée dans des centres expérimentés avec un volume d'activité important et une équipe pluridisciplinaire formée à l'endométriose. La radicalité nécessaire afin d'obtenir un résultat clinique optimal est sujette à discussion (*shaving* rectal vs résection discoïde vs résection rectale). Le nombre d'interventions annuelles réalisées par l'équipe qui prend en charge a un impact

sur le risque de survenue de complications post-opératoires (21, 22).

Traitement complémentaire

Une prise en charge pluridisciplinaire doit être proposée aux patientes afin de leur offrir des soins complets, globaux, personnalisés et adaptés à leurs besoins respectifs. En effet, un suivi par un psychologue, un sexologue et un algologue peut permettre de soulager certains types de douleur et d'améliorer ainsi la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose (23). Le soutien proposé par des associations de patientes peut favoriser leur autonomie et éviter de cette manière un isolement, défavorable pour leur bien-être (24).

> TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE ENTRAÎNANT UNE INFERTILITÉ

Le traitement hormonal n'est pas envisageable lorsque les patientes ont un désir de grossesse à court terme ou lorsqu'elles présentent une infertilité. Il est difficile de trancher entre une prise en charge chirurgicale ou en PMA chez les patientes infertiles. En effet, il n'existe pas d'essai clinique randomisé permettant de comparer les deux attitudes. La prise en charge dépendra des résultats du bilan d'infertilité, de la réserve ovarienne et de l'âge de la patiente. Une discussion en concertation pluridisciplinaire est indispensable.

Traitement chirurgical

Les patientes infertiles et douloureuses et/ou présentant une atteinte organique doivent bénéficier d'une prise en charge chirurgicale. Les patientes dont le bilan d'infertilité met en évidence une endométriose isolée (endométriome ou stade I ou II selon la classification rASRM) peuvent bénéficier d'une chirurgie car celle-ci peut augmenter les chances de grossesse spontanée. Le score EFI peut être utilisé pour déterminer la prise en charge après la chirurgie (essai spontané ou en PMA). Une prise en charge chirurgicale peut être proposée après échec de la PMA. La chirurgie ovarienne peut avoir un impact négatif sur la réserve ovarienne; elle doit donc être réalisée précautionneusement, dans un centre expérimenté. Il n'y a pas d'indication de réaliser une chirurgie avant la prise en charge en PMA si la patiente ne présente pas de douleurs (2).

Prise en charge en PMA

La prise en charge en PMA n'augmente pas le risque de progression ou de récurrence des lésions d'endométriose. L'endométriose n'est pas une contre-indication à la réalisation d'inséminations intra-utérines. La PMA peut être proposée en cas d'infertilité liée à l'endométriose, en cas d'atteinte tubaire, de score EFI diminué, d'infertilité d'étiologie masculine et/ou en cas d'échecs d'autres traitements. Il n'existe pas de protocole spécifique en PMA lié aux patientes endométriosiques (20).

> PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ CHEZ LES PATIENTES ATTEINTES D'ENDOMÉTRIOSE

La préservation de la fertilité par congélation ovocytaire n'est pas encore remboursée pour les patientes atteintes d'endométriose en Belgique. Elle peut néanmoins être proposée systématiquement (1 à 3 cycles) en cas d'atteinte ovarienne avec risque d'altération quantitative du stock folliculaire: endométriomes récidivants, endométriomes bilatéraux indépendamment du volume, endométriome unilatéral de grande taille (> 5cm) et chirurgies itératives. En cas de première chirurgie, une cryopréservation ovocytaire peut être proposée en cas de réserve ovarienne basse préalable (25).

> CONCERTATIONS PLURIDISCIPLINAIRES ET CENTRES EXPERTS

Dans la mesure où l'endométriose est une pathologie affectant plusieurs appareils (gynécologique, urologique, digestif), il est indispensable de pouvoir proposer aux patientes une prise en charge multidisciplinaire et personnalisée. La réalisation de concertations multidisciplinaires permet de discuter des cas complexes afin de proposer un traitement rapide, efficace, adéquat et adapté pour chaque patiente (26).

Il existe des cliniques de l'endométriose en Belgique, même s'il n'existe à l'heure actuelle pas d'accréditation officielle (légale ou médicale) ni de critères permettant de valider officiellement ces cliniques. Des accréditations européennes ou internationales se sont développées progressivement (par exemple: COEMEC vs *European Endometriosis League*), mais aucune clinique belge francophone n'est accréditée à l'heure actuelle.

ENDOMÉTRIOSE ET CANCER

Les femmes atteintes d'endométriose présentent un risque plus important de cancer de l'ovaire (RR = 1,93 [cancer ovarien de type endométriode ou à cellules claires: RR = 2,56], de cancer de la thyroïde (RR = 1,39) et de cancer du sein (RR = 1,04, à la limite de la significativité). Elles présentent un risque similaire de cancer colorectal et un risque diminué de cancer du col de l'utérus (RR = 0,68), probablement lié à un suivi plus rapproché (20, 27). Il n'y a pas d'indication de proposer un dépistage particulier de cancer chez les femmes qui souffrent d'endométriose. Il faut néanmoins rassurer les patientes sur le risque de cancer – il existe, mais il reste faible – et par rapport aux traitements. L'excision complète des lésions d'endométriose peut diminuer le risque de cancer. Il est donc recommandé, chez les patientes présentant un/des endométriomes en place lorsqu'elle sont ménopausée, de réaliser une annexeomie bilatérale, vu le risque de cancérisation de ces lésions si elles sont laissées en place.

PERSPECTIVES ET RECHERCHE

Au niveau diagnostique, le test salivaire représente une avancée importante et permettrait d'éviter les années d'errance diagnostique décrites jusqu'à présent. Il s'agit d'un test non invasif basé sur le séquençage de micro-ARN, qui régulent l'expression des gènes, dans la salive. Grâce à une analyse bio-informatique, 109 micro-ARN d'intérêt pour l'endométriose ont été mis en évidence, et une signature diagnostique a été développée. Actuellement, le test a une sensibilité de presque 98% et peut donner des résultats en 10 jours. Il n'est pas remboursé ni disponible en Belgique en dehors d'études cliniques (28).

Au niveau thérapeutique, il existe de nombreuses publications récentes sur les antagonistes de la GnRH avec *add-back therapy* montrant une amélioration significative des dysménorrhées et des douleurs pelviennes non menstruelles chez les patientes atteintes d'endométriose. Les avantages des antagonistes de la GnRH sont qu'ils suppriment immédiatement la libération des gonadotrophines, pouvant théoriquement avoir un effet thérapeutique plus rapide sans les symptômes



TAKE-HOME MESSAGES

- Pathologie fréquente, qui doit être évoquée devant toute patiente présentant des symptômes évocateurs de type douleurs pelviennes chroniques, surtout si elles sont exacerbées lors des règles.
- Le traitement hormonal induisant une aménorrhée permet souvent de soulager les symptômes.
- La prise en charge chirurgicale est indiquée en cas de lésions impactant la fonction d'un organe et/ou entraînant des symptômes malgré la prise d'un traitement médical.
- L'infertilité induite par l'endométriose est multifactorielle et doit être prise en charge en tenant compte de l'entière du bilan. Il existe une place pour la chirurgie, certainement chez les patientes présentant également des douleurs importantes et chez les patientes chez qui une grossesse en cycle spontanée semble possible après en fonction du bilan d'infertilité.
- La PMA a une place importante dans le traitement des patientes endométriosiques infertiles et ne doit pas être systématiquement précédée de chirurgie.
- Une préservation ovocytaire doit être évoquée chez les patientes présentant un risque d'atteinte de la réserve ovarienne.
- Le test salivaire va arriver sur le marché belge dans les prochaines semaines. Sa place et son intérêt exact sont encore à définir, mais il pourra être utile pour affiner des diagnostics dans des situations difficiles (douleurs résistantes au traitement médical et/ou infertilité inexpliquée). Il ne peut cependant en aucun cas être réalisé systématiquement et ne peut remplacer une bonne anamnèse avec examen clinique minutieux.
- Une prise en charge pluridisciplinaire dans des centres experts est indispensable.

d'exacerbation associés aux agonistes de la GnRH, et qu'ils s'administrent par voie orale. L'*add-back therapy* (petites doses d'estrogènes et de progestérone) permet d'éviter les effets secondaires liés à la ménopause induite par le traitement et permettrait de cette manière une prise en charge à long terme (29, 30).

CONCLUSIONS

En conclusion, l'endométriose est une maladie bénigne, fréquente et complexe, dont

le diagnostic est difficile et qui peut avoir un impact important sur la qualité de vie. Des symptômes évocateurs d'endométriose nécessitent la réalisation d'un bilan complémentaire. Le traitement dépendra de la plainte (douleur ou infertilité). Il faut veiller à ne pas impacter la fertilité de la patiente lors d'une intervention chirurgicale. Une prise en charge pluridisciplinaire dans des centres experts est indispensable.

Références sur www.gunaïkeia.be