

ENDOMETRIOSE



13/05/2019, Ludivine Genre

ISMCG

Institut du Sein
et des Maladies Gynécologiques

CP
CLINIQUE
Pasteur

Endométriose

Quelques Chiffres

- 2 % de la population générale, tous âges confondus
- 10 % dans le groupe de femmes âgées de 30 à 40 ans
- Chez les femmes suivies pour stérilité, la fréquence est nettement plus importante (30 à 40 %)



10%

de femmes atteintes d'Endométriose



7ans

en moyenne pour diagnostiquer la
maladie



70%

souffrent de douleurs chroniques
invalidantes



40%

rencontrent des problèmes
d'infertilité



0

traitement spécifique à
l'Endométriose

LES RÈGLES C'EST NATUREL PAS LA DOULEUR



PARLONS EN ENFIN !

Améliorer la connaissance de la maladie est nécessaire pour réduire considérablement ce retard de diagnostic aux conséquences importantes, de proposer une meilleure prise en charge, d'améliorer la qualité de vie et la dignité de toutes les femmes atteintes.

L'ENDOMETRIOSE, C'EST QUOI ?

L'endométriose est une maladie qui touche **1 à 2 femmes sur 10** dans le monde ; autant dire que nous sommes tous directement ou indirectement concernés. Malgré cela, elle reste mal perçue, mal connue et mal reconnue.

POURQUOI UN TABOU ?

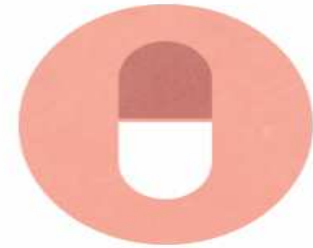
De très anciens tabous persistent autour des règles et de la douleur féminine, l'influence des facteurs culturels, la **méconnaissance** de la maladie par une partie du corps médical, le retard des femmes pour aller consulter sont autant de raisons qui font qu'il faut en moyenne 7 ans pour diagnostiquer l'endométriose aujourd'hui.

AGISSONS !

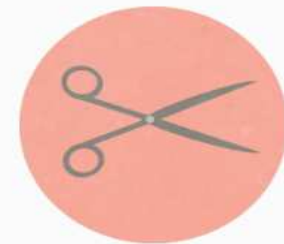
Il est indispensable de pouvoir **prévenir**, de structurer une offre de soins spécialisée, de soutenir plus de recherche sur la maladie et d'innover de nouveaux traitements.

Comment soigner l'endométriose ?

- Traitement medical
- Traitement chirurgical
- Prise en charge multimodale



Approche médicamenteuse



Approche chirurgicale

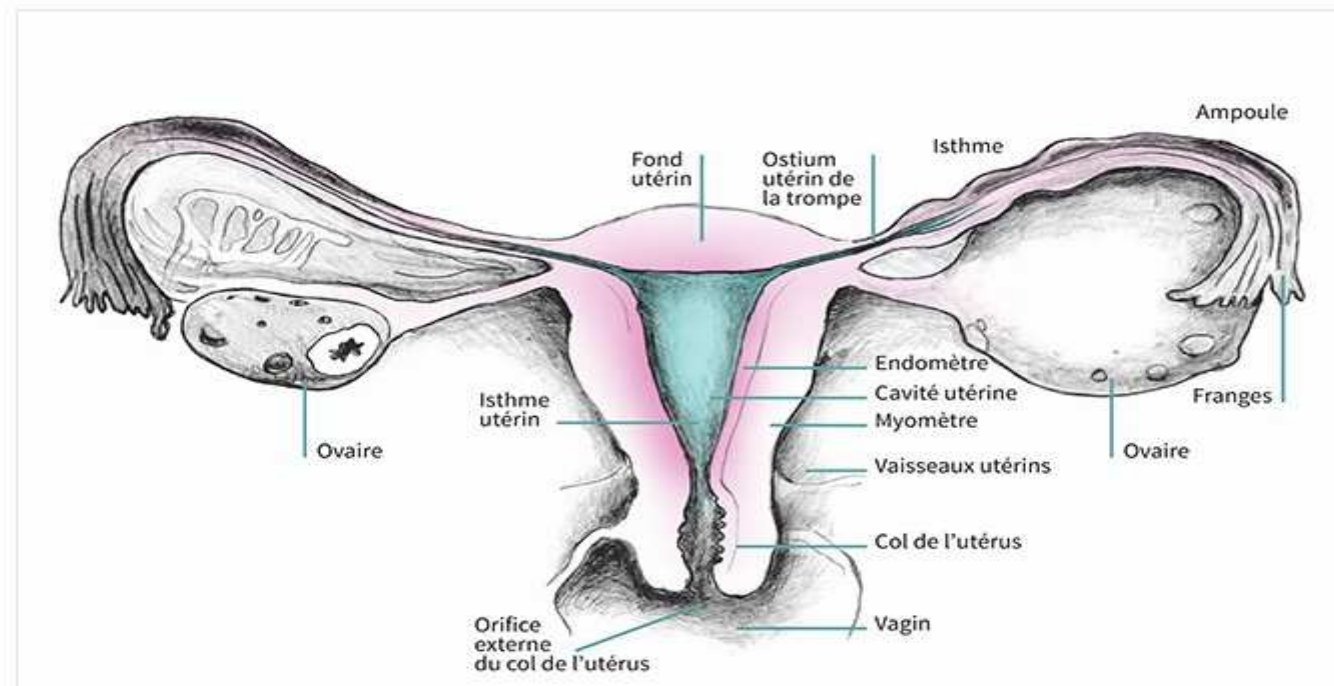


L'endométriose une maladie complexe



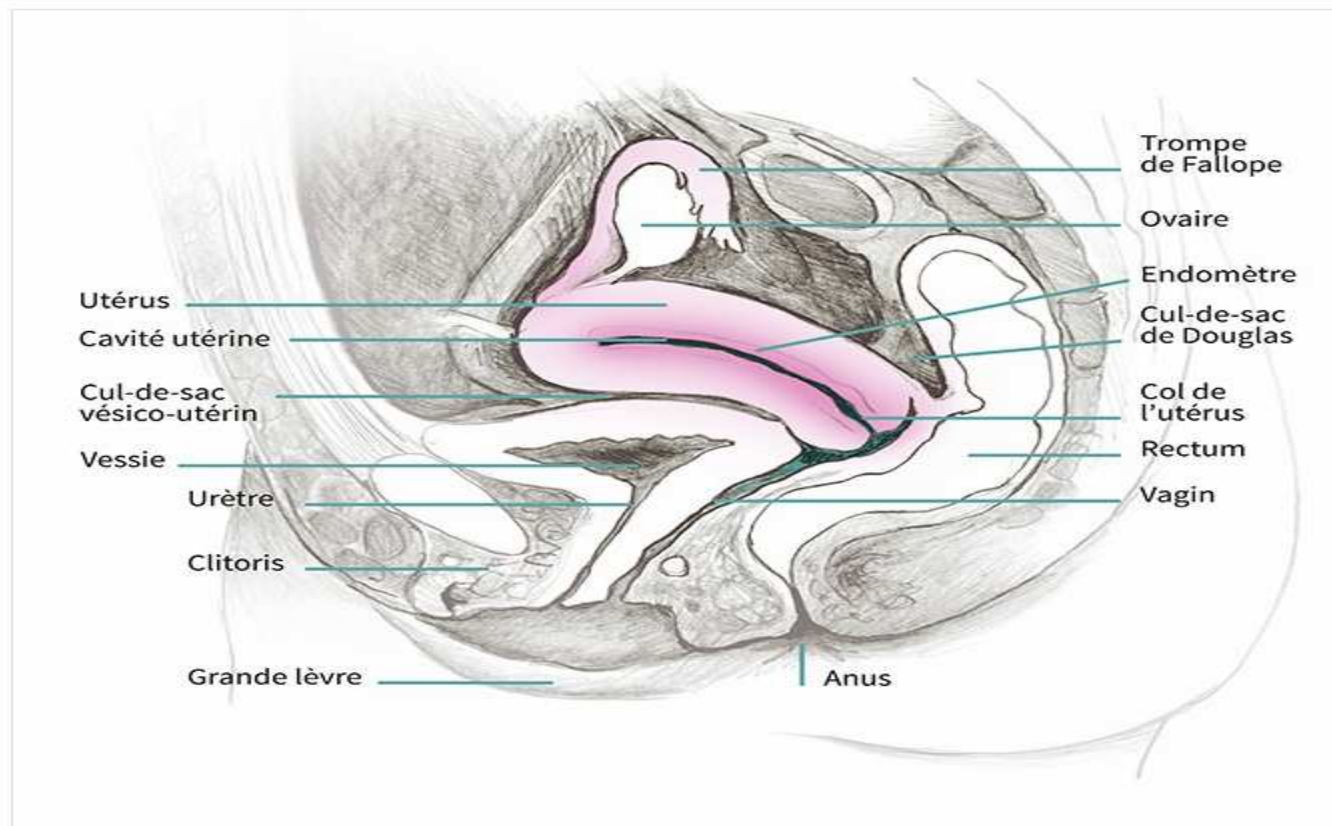
Qu'est-ce que c'est ?

L'**endomètre** est la muqueuse interne de l'utérus ; elle s'épaissit de plus en plus au fil du cycle de la femme en réponse à la stimulation par les oestrogènes produits par les ovaires. Cet endomètre sera éliminé en fin de cycle si aucun embryon ne s'y est implanté, constituant ainsi **les règles**.



L'endométriose une maladie complexe

L'endométriose est définie par la présence, dans une localisation anormale, de tissu ayant les mêmes caractéristiques histologiques que l'endomètre.
On distingue l' endométriose **externe** et l' endométriose **interne**.





L'endométriose une maladie complexe

Endométriose externe

L'**endométri**ose est définie par la présence, hors de l'utérus, de lésions d'endométriose.

Ces îlots de tissu, implantés le plus souvent dans la cavité fermée de l'abdomen, saignent chaque mois au moment des règles ; ceci crée ainsi une irritation importante de la cavité abdominale, responsable des symptômes de la maladie.

En réponse à cette irritation, l'organisme va développer des lésions, d'abord de couleur rouge car très inflammatoires ; ces lésions, en se réparant, vont devenir noires (phénomènes de fibrose), puis blanches si elles cicatrisent.

1. Les lésions s'organisent surtout en «**placards**» à la surface des organes suivants :

- ▶ Le péritoine (membrane séreuse qui tapisse l'abdomen)
- ▶ les trompes de Fallope
- ▶ les ligaments soutenant l'utérus dans le pelvis et les nerfs qui y cheminent
- ▶ les parois de la vessie
- ▶ les uretères (conduits qui transportent l'urine des reins vers la vessie)
- ▶ les parois du rectum, ou de toute autre partie de l'intestin (intestin grêle, appendice, colon)
- ▶ plus rarement le foie, le diaphragme, les poumons, l'ombilic, la paroi musculaire de l'abdomen

L'endométriose une maladie complexe



L'adénomyose est usuellement définie comme étant de l'**endométriose interne à l'utérus**.

En fait il s'agit d'une anomalie de la zone de jonction entre l'endomètre (muqueuse qui tapisse l'utérus) et le myomètre (muscle de la paroi utérine) qui va laisser les cellules de l'endomètre infiltrer le myomètre. Elle peut être superficielle (épaississement de la zone jusqu'à 12 mm) ou profonde (douloureuse).

C'est une **pathologie bénigne et fréquente**. Elle peut être :

- **diffuse** : on retrouve de nombreux foyers disséminés sur l'ensemble du myomètre
- **focale** : un ou quelques foyers localisés sur le myomètre
- **externe** : quand l'endométriose pelvienne profonde vient infiltrer le myomètre.

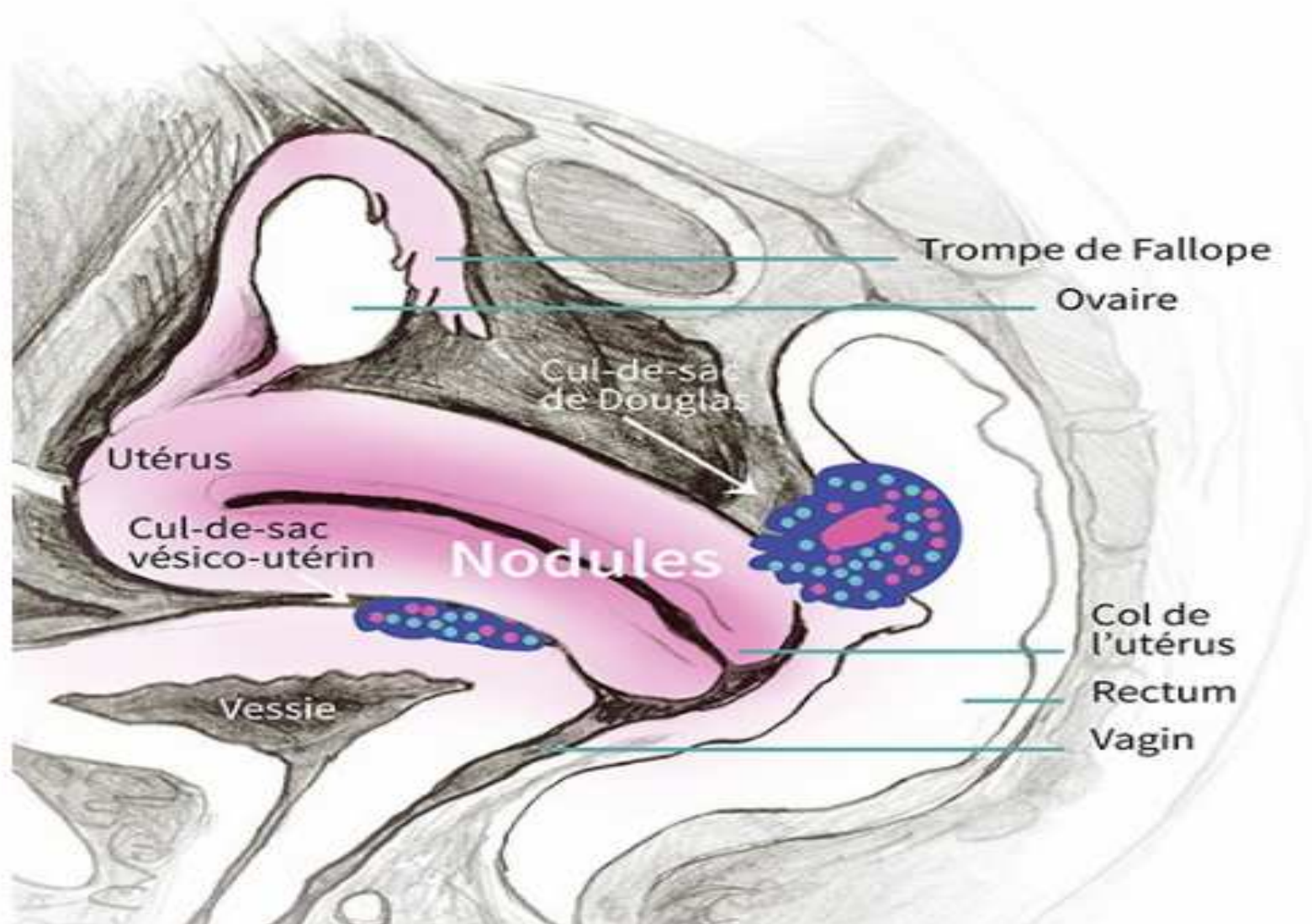


Normal uterus



Adenomyosis

- ▶ entre la vessie et l'utérus (cul-de-sac vésico-utérin)
- ▶ entre l'utérus et le rectum (cul-de-sac de Douglas)





L'endométriose une maladie complexe

Quelles sont les étapes d'évolution de la maladie ?

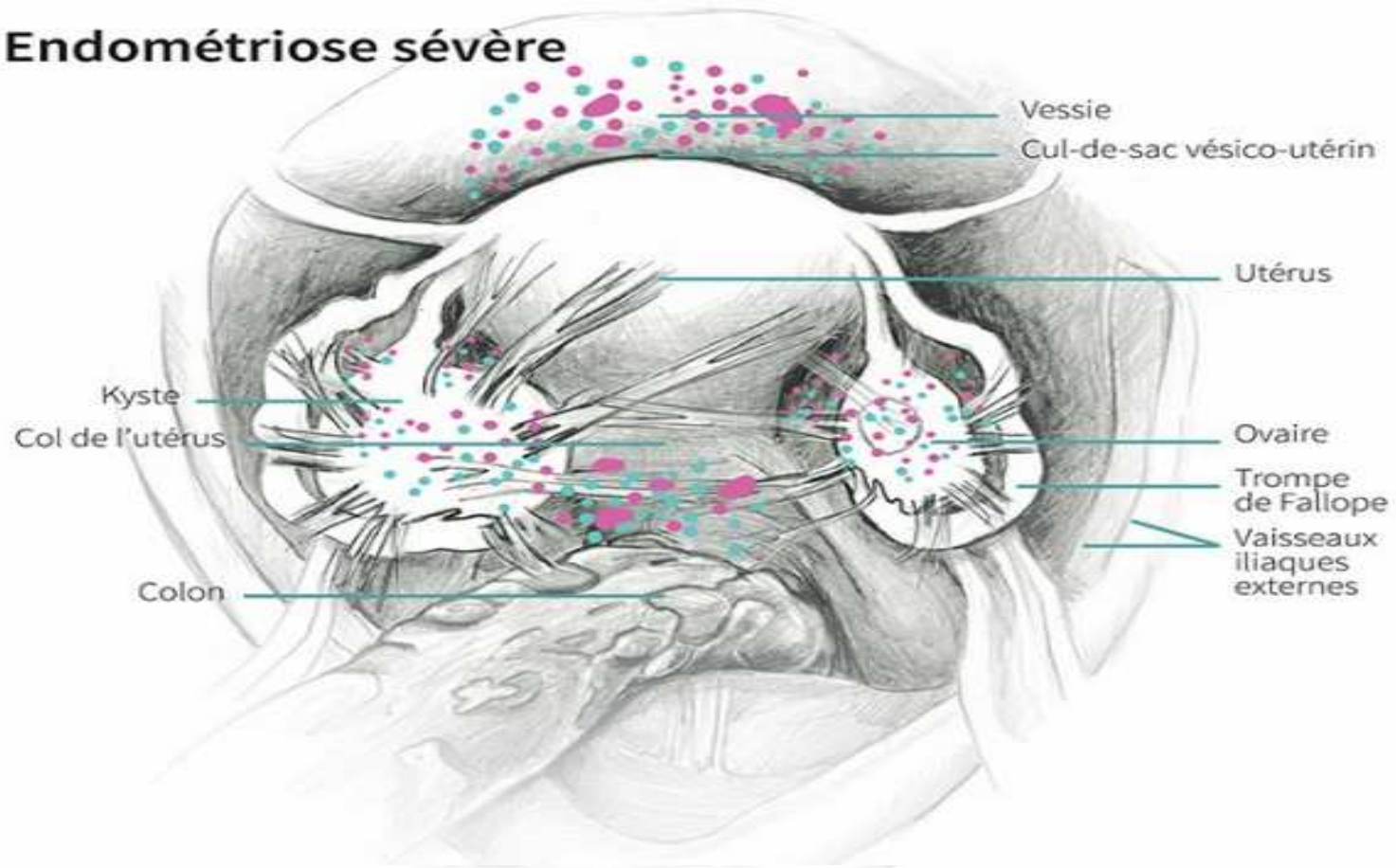
L'endométriose est une maladie à caractère progressif, c'est à dire qui évolue dans le temps. Plusieurs systèmes de classification du stade de la maladie ont été créés.

La plus répandue et utilisée est la classification de l'American Fertility Society (AFS)

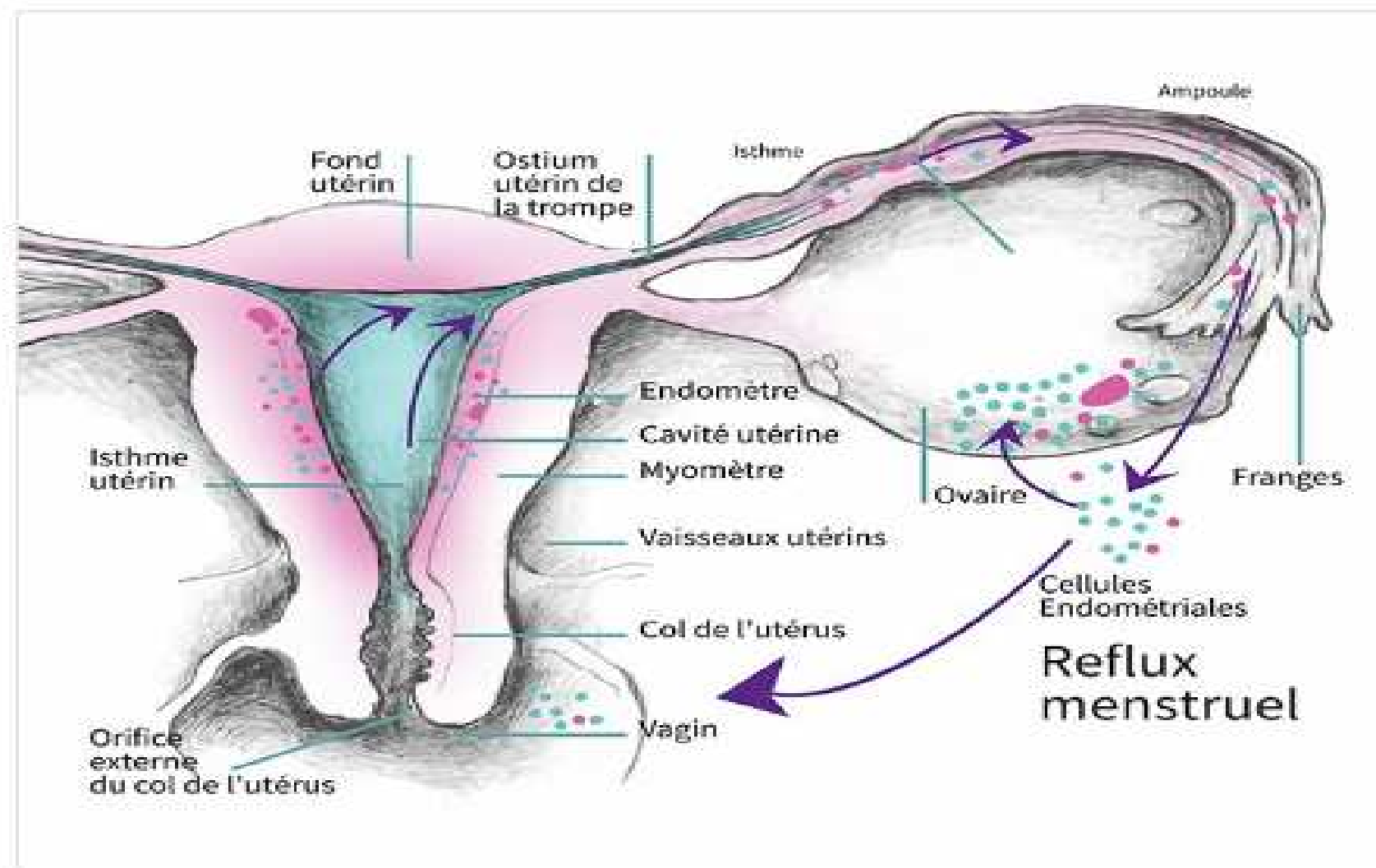
L'endométriose une maladie complexe

Stade 4 : endométriose sévère

Endométriose sévère



L'endométriose une maladie complexe





L'endométriose une maladie complexe

Qui est concerné par la maladie ?

La présence d'oestrogènes et de reflux menstruel est nécessaire au développement de l'endométriose.

C'est pourquoi, le fait :

- de ne pas avoir eu de grossesse aboutie (période où les ovaires sont au repos),
- d'avoir eu ses premières règles à un âge précoce, ou la ménopause à un âge tardif,
- d'avoir des cycles menstruels courts (règles fréquentes),
- d'avoir des menstruations prolongées,

Augmente le risque de développer de l'endométriose.

- Les malformations génitales sont également un facteur de risque, car elles augmentent le reflux des règles dans l'abdomen.
- L'endométriose semble être plus souvent présente chez les femmes minces, ainsi que chez des femmes d'origine caucasienne et asiatique.
- Une femme dont la mère ou la sœur présenterait de l'endométriose aurait de 3 à 10 fois plus de chance d'être atteinte de la maladie également.



Les symptômes

- Les 5 D:

DYSMENORRHEES 80%

DOULEURS PELVIENNES 70 %

DYSPAREUNIES 45%

DYSCHEISIE 30%

DYSURIE 15%

GÉNÉRALITÉS

Patiente

Plainte pour symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhée, dyspareunies, douleurs pelviennes non-menstruelles)

Soins premiers

médecin généraliste,
gynécologue, sage-femme

→ Évaluer la douleur (intensité et retentissement)

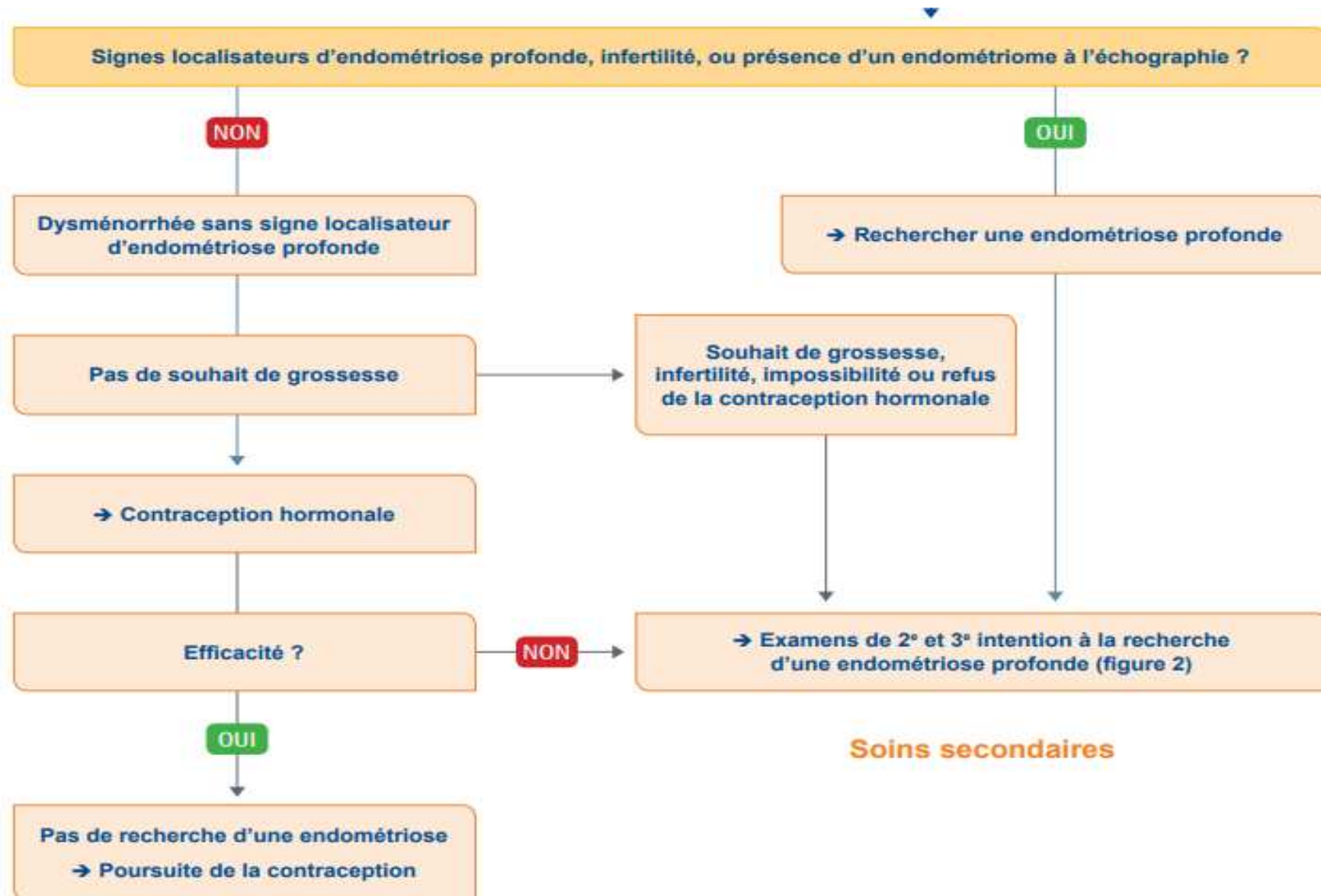
→ Rechercher des symptômes évocateurs de l'endométriose :
dysménorrhée intense (> 7, absentéisme fréquent,
résistance aux antalgiques de niveau 1), infertilité

→ Rechercher des symptômes localisateurs de l'endométriose
profonde : dyspareunies profondes, douleurs à
la défécation cycliques, signes urinaires cycliques

→ Examen clinique et pelvien (si possible)

→ Échographie pelvienne de première ligne (figure 1)

GÉNÉRALITÉS



Endometriose Diagnostic

Comment faire le diagnostic ?

1. Le **questionnement** et l'**écoute attentive** par un professionnel averti, des symptômes décrits par la patiente, permettent de faire l'essentiel du diagnostic d'endométriose.
2. Un **examen gynécologique** complet, également par un professionnel expérimenté (toucher vaginal et rectal), sont nécessaires à confirmer le diagnostic.
3. Enfin une **échographie endo-vaginale**, complète le diagnostic de base : cet examen indolore, peu invasif et peu onéreux, est réalisé au cabinet par le gynécologue lui-même et ne nécessite pas d'anesthésie ; il permet la mise en valeur d'une endométriose ovarienne et parfois digestive.
4. **La prise de sang** : il existe un marqueur (CA 125) qui peut augmenter, notamment en cas d'endométriose.
5. **La laparoscopie.**

Il arrive que les examens d'imagerie médicale ne dépistent pas les lésions d'endométriose, car soit elles sont multiples et disséminées, soit elles s'organisent en placards invisibles à l'imagerie ou à l'échographie.

De plus, le diagnostic final de la maladie est essentiellement un diagnostic **histologique**.

La laparoscopie, qui consiste en l'introduction d'une caméra par le nombril après avoir gonflé la cavité abdominale grâce à un gaz (CO₂), est souvent proposée en cas de suspicion d'endométriose. Les lésions sont alors visibles à l'œil nu et peuvent être retirées pour être analysées.

Elle permet ainsi le diagnostic, mais aussi la prise en charge chirurgicale des lésions (voir le chapitre traitement) ; elle doit être réalisée par des mains expertes afin de pouvoir assurer un traitement complet, très souvent en même temps que le diagnostic.

DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION CLINIQUE

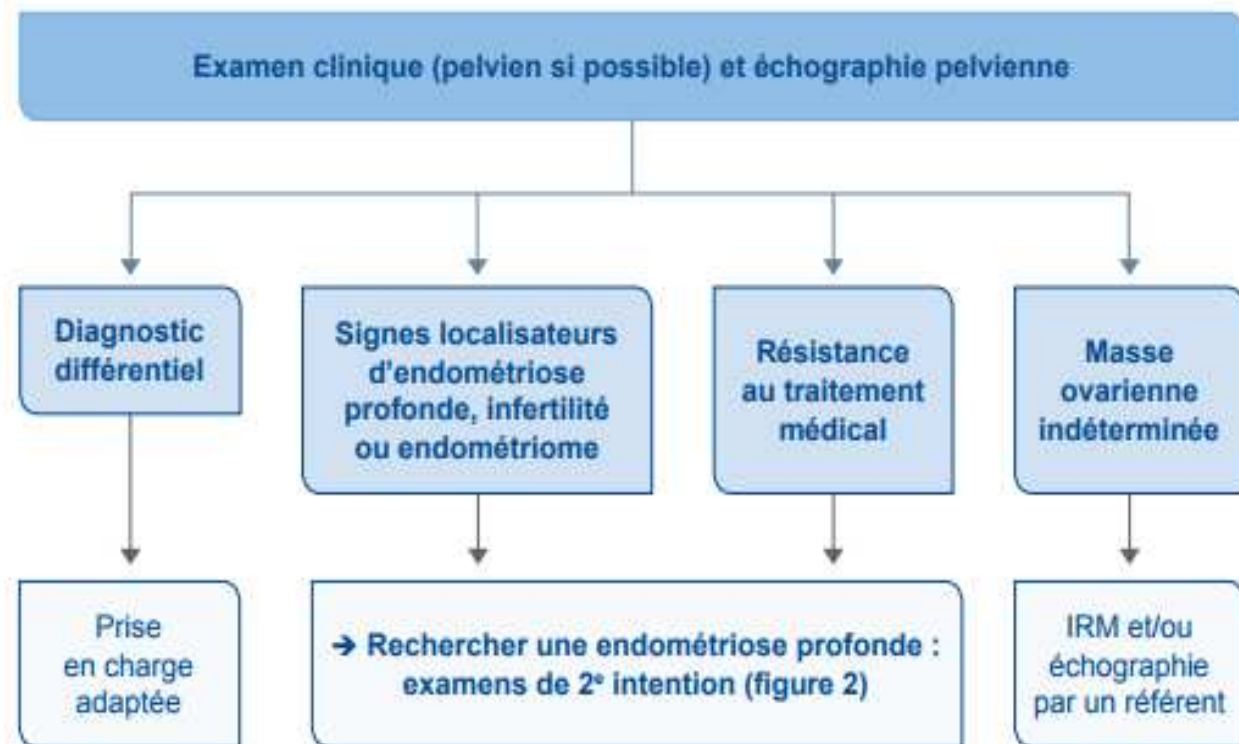
EXAMENS DE PREMIÈRE INTENTION

Les examens de première intention sont :

- l'examen clinique (gynécologique si possible) ;
- l'échographie pelvienne.

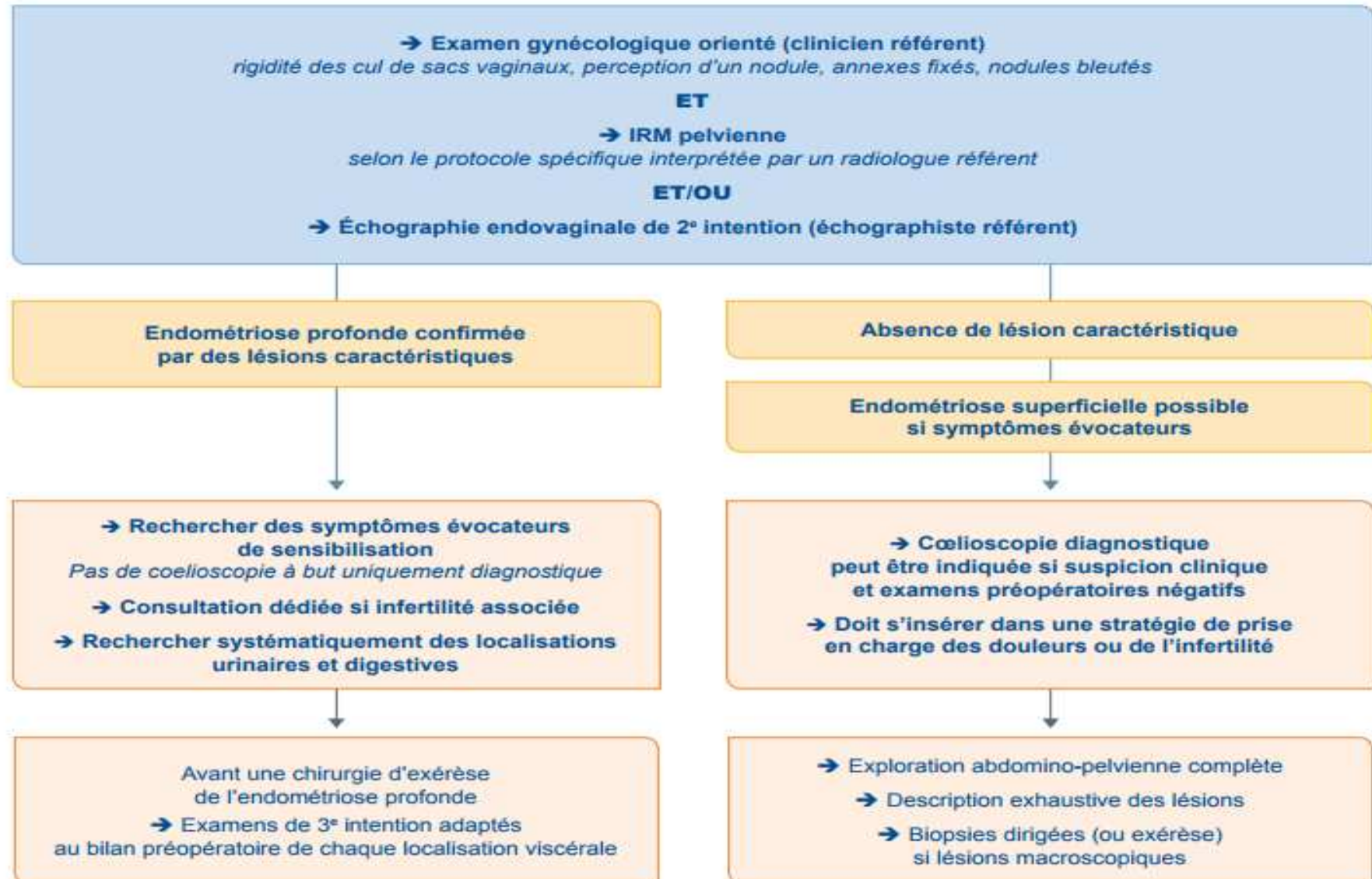
Pas de dosage biologique

Soins premiers
médecin généraliste,
gynécologue, sage-femme



DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION CLINIQUE

EXAMENS DE DEUXIÈME INTENTION



Endometriose Diagnostic



L'IRM pelvienne

Cet examen est proposé aux patientes chez qui il existe une forte suspicion d'endométriose ; il sert également de mise au point préopératoire.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) du pelvis est la technique d'examen non-chirurgicale de référence pour détecter l'endométriose profonde et pour établir une cartographie préopératoire précise des lésions. Cette cartographie est la condition première d'une résection complète de la maladie et le justificatif d'une éventuelle approche chirurgicale multidisciplinaire.

- Les prévenir mise en place de gel intravaginal et intrarectal
- Optimisation par un lavement

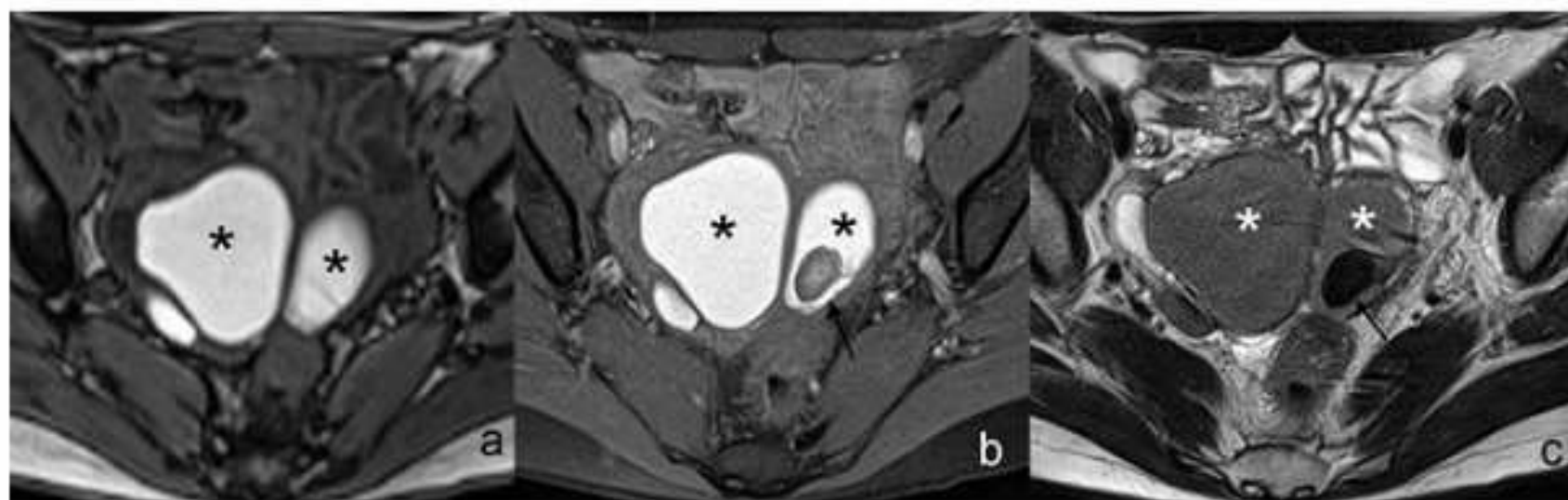


Figure 1 : endométriose ovarienne

Endométriomes bilatéraux (étoile) avec présence d'un caillot (flèche) au sein de la lésion gauche.

Les lésions présentent en T1(a) un hypersignal similaire à celui de la graisse sous-cutanée.

En T2 (b) les lésions présentent un hyposignal caractéristique (shading).



Figure 2 : endométriose du fornix vaginal postérieur.
Nodule (flèche) hypointense et hétérogène en T2 contenant de nombreux petits spots hyperintenses de nature glandulaire et hémorragique.



Figure 3 : endométriose vésicale.

Volumineux nodule (étoile) centré sur le récessus vésico-utérin, infiltrant la paroi vésicale (flèche).
A noter la présence de petites inclusions glandulaires et hémorragiques hyperintenses en T2.

Endometriose Diagnostic

La colonoscopie virtuelle

C'est un examen **radiologique**, réalisé sur un scanner de dernière génération. Il est proposé aux patientes chez qui un nodule d'endométriose intestinal est suspecté.

Les images sont traitées et interprétées par le radiologue grâce à un ordinateur sophistiqué permettant la reconstruction en 3 dimensions de la surface intérieure de côlon (gros intestin).

Il faut donc que le côlon soit parfaitement nettoyé des selles qu'il contient normalement et éviter ainsi l'éventuelle confusion avec des petits fragments de selles. Ce « nettoyage » est obtenu par une préparation intestinale la veille de l'examen.

On pourra ainsi :

1. dépister une lésion digestive et la localiser,
2. mesurer la taille de cette lésion, permettant ainsi de programmer l'intervention de manière optimale,
3. déterminer le degré de rétrécissement (sténose) généré par cette lésion,
4. exclure une lésion située plus haut dans l'intestin.

3D prone

Ex:

Se:4

Volume Rendering No cut

DFOV 13.0cm

STND/SS60

R
P
S

DCA:OFF

Quick Colon

No VOI

kv 100

mA Mod.

Rot 0.50s/HE+ 55.0mm/c

1.2mm 1.375:1/0.6sp

Tilt: 0.0

08:24:49 AM

W = 280 L = -862

SAL

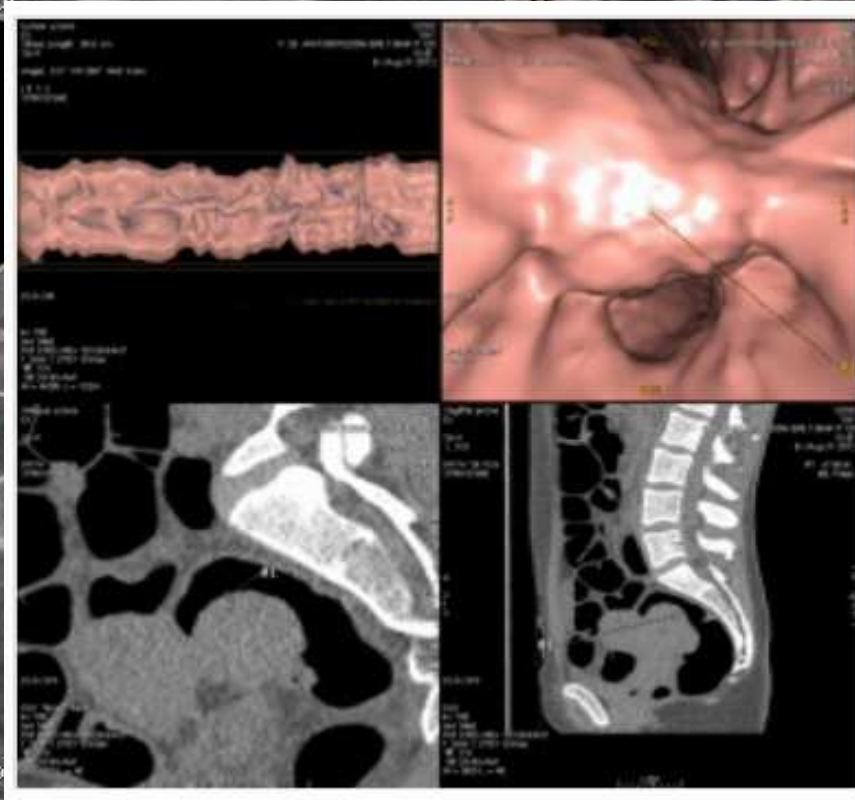
12092

CHC

F 26 AW1058762856.989.1346411125

DoB:

EX:Aug 31 2012



IPR



Endométriose Diagnostic

L'échographie endorectale

Cet examen est également destiné aux patientes chez qui un nodule d'endométriose au niveau du tube digestif est suspecté ; il consiste en la réalisation d'une échographie par voie trans-anales et est réalisée le même jour que la colonoscopie pour bénéficier de l'effet de la préparation intestinale.

Le but en est de localiser précisément la lésion et de voir sur quelle profondeur cette lésion infiltre la paroi de l'intestin

La cystoscopie

L'endométriose peut également toucher le système urinaire. Dès lors, une consultation en urologie est parfois nécessaire avant toute intervention chirurgicale.

On peut en effet de temps à autre observer des nodules envahissants, soit la paroi de la vessie, soit l'uretère (conduit entre le rein et la vessie).

L'urologue réalise dès lors un examen clinique, un bilan échographique et éventuellement une cystoscopie. Ce dernier examen à introduire une petite optique fine via le canal urinaire pour aller examiner l'intérieur de la vessie.

DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION CLINIQUE

EXAMENS POUR SITUATIONS SPÉCIFIQUES

Ces examens complémentaires de troisième intention sont demandés par le spécialiste en fonction de situations particulières.

En cas de suspicion d'endométriome

- L'échographie endovaginale.

Technique performante pour affirmer ou infirmer le diagnostic d'endométriome, en présence d'un aspect typique.

- L'IRM pelvienne et l'échographie pelvienne.

Le diagnostic d'endométriome (endométriome ovarienne) doit être posé avec prudence après la ménopause pour ne pas méconnaître une tumeur maligne.

En cas de suspicion d'endométriose recto-sigmoïdienne

- L'échoendoscopie rectale pour les localisations recto-sigmoïdiennes ;
- Le colo-scanner pour les localisations coliques.

Il n'y a pas lieu de faire une coloscopie en cas de suspicion d'endométriose rectosigmoïdienne. La coloscopie peut cependant être utile pour éliminer un diagnostic différentiel.

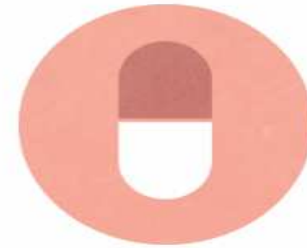
En cas de suspicion d'endométriose urinaire

- L'IRM ou l'échographie de référence pour explorer une atteinte vésicale ou urétrale de l'endométriose (rechercher une dilatation urétéropyélocalicielle) ;
- Avis spécialisé pour l'étude du retentissement rénal.

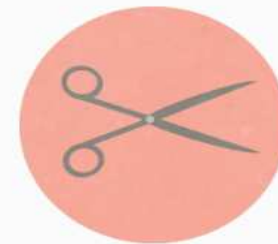
Une dilatation pyélocalicielle est présente dans 50 à 60 % des endométrioses urinaires.

Comment soigner l'endométriose ?

- Traitement medical
- Traitement chirurgical
- Prise en charge multimodale



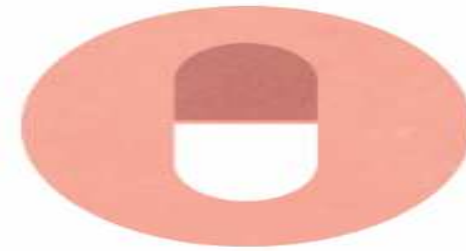
Approche médicamenteuse



Approche chirurgicale



Comment soigner
l'endométriose ?



Approche médicamenteuse





Comment soigner l'endométriose ?

ANTALGIQUES, AUTRES TRAITEMENTS ET ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES

Antalgiques

- La prescription d'AINS au long cours est à éviter en raison d'effets secondaires importants gastriques et rénaux.
- En cas de suspicion d'une origine neuropathique de la douleur : proposer un traitement spécifique.

Options thérapeutiques non médicamenteuses

- l'acupuncture.
- l'ostéopathie ;
- le yoga.

Ces options peuvent être proposées en complément de la prise en charge médicale de l'endométriose.

- Pas de données concernant les régimes alimentaires ou les suppléments vitaminiques.

Place des « nouveaux traitements » de l'endométriose

- Il n'y a pas lieu de prescrire les anti-aromatases, les SERM, les SPRM et les anti-TNF- α .
- Il n'y a pas lieu de prescrire de SERM en postopératoire d'une chirurgie d'endométriose.



Comment soigner l'endométriose ?

Les médicaments hormonaux

La Pilule contraceptive (oestro-progestative) ou le traitement progestatif.

L'endométriose est une maladie oestrogéno-dépendante .

Les oestrogènes ont donc un effet stimulant sur son développement.

Dans le cycle menstruel normal, le corps est exposé, dans la première moitié du cycle, aux oestrogènes seuls, non compensés par l'effet protecteur de la progestérone ; ceci favorise la progression de la maladie.

La progestérone (l'autre hormone principale du cycle féminin), a un effet inhibant sur la maladie ; mais elle n'apparaît naturellement qu'après l'ovulation et jusqu'à l'apparition des règles, ou un nouveau cycle commence.

Les douleurs de l'endométriose sont dues au saignement des lésions d'endométriose à l'intérieur de l'abdomen au moment des règles.

La pilule contraceptive et les traitements progestatifs, donnés en continu, par le blocage du cycle menstruel, permet d'éviter ces saignements, donc les douleurs associées.

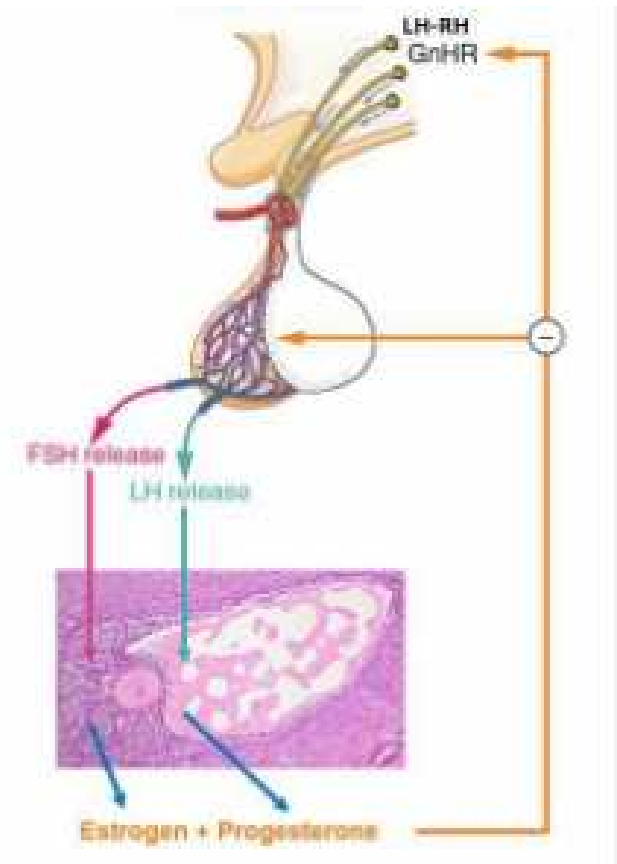
La progestérone diminue du même coup la progression de la maladie, puisqu'elle contrecarre l'effet des oestrogènes.

Si l'endométriose est légère, ce traitement pourra éventuellement permettre d'éviter une chirurgie.

Il est à noter que les effets secondaires de ce traitement peuvent être : pertes de sang légères mais imprévisibles, troubles de l'humeur, prise de poids, et diminution de la libido.

Comment soigner l'endométriose ?

- Oestroprogestatifs
 - Progestatifs
 - Analogues de la GnRH
- Menopause transitoire



TRAITEMENTS

TRAITEMENTS HORMONAUX

Les traitements hormonaux en **première intention** dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont :

- la contraception par œstroprogestatifs ;
- le SIU au LNG à 52 mg.

En raison du risque thromboembolique : se référer aux règles de bonne pratique concernant l'usage des COP (HAS 2013).

Les traitements hormonaux de **deuxième intention** sont :

- la contraception microprogestative orale au désogestrel ;
- l'implant à l'étonogestrel ;
- les GnRHa en association à une *add-back* thérapie ;
- le diénogest.

En cas de prescription d'un GnRHa dans un contexte d'endométriose :

- prescrire une *add-back* thérapie comportant un œstrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et améliorer la qualité de vie des patientes. L'AMM recommande d'y adjoindre un progestatif ;
- prescrire l'*add-back* thérapie avant le 3^e mois pour limiter les effets secondaires.

TRAITEMENTS

TRAITEMENTS HORMONAUX

Traitements hormonaux en association avec une chirurgie de l'endométriose

- **Avant chirurgie** : un traitement hormonal préopératoire n'est pas systématique.
- **Après chirurgie** : un traitement hormonal (COP ou SIU au lévonorgestrel 52 mg en première intention) permet de réduire le risque de récurrence douloureuse et d'améliorer la qualité de vie des patientes (en l'absence de souhait de grossesse).

Lors de la prescription d'une COP en postopératoire, privilégier une administration continue en cas de dysménorrhée.

- **Après chirurgie d'endométrrome** : la prescription d'une COP en postopératoire permet de prévenir le risque de récurrence (en l'absence de souhait de grossesse).

Il n'y a pas lieu de prescrire des GnRHα en postopératoire dans le seul but de prévenir la récurrence d'endométrrome.

Cas particulier de l'adolescente

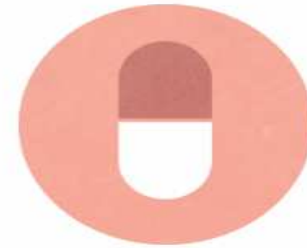
- En première intention prescrire une contraception œstroprogestative ou microprogestative, en l'absence de contre-indication.
- En cas d'échec : demander un avis spécialisé.

Il n'y a pas lieu de prescrire les GnRHα en première intention, en raison des risques de déminéralisation osseuse.

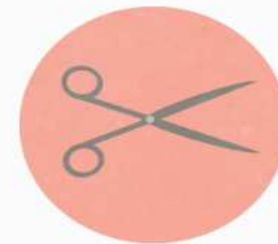
- En cas de prescription GnRHα :
 - pas avant 16 ans (avant 18 ans selon l'AMM) et pour une durée maximale de 12 mois (dans le cadre de l'AMM).
 - associer une add-back thérapie comportant au moins un œstrogène (prévention de la baisse de densité minérale osseuse).

Comment soigner l'endométriose ?

- Traitement medical
- Traitement chirurgical
- Prise en charge multimodale



Approche médicamenteuse



Approche chirurgicale





Comment soigner
l'endométriose ?

CHIRURGIE

Endométriose profonde infiltrant la vessie

- La chirurgie par cystectomie partielle peut être proposée chez les patientes symptomatiques.

Endométriose profonde des uretères

- La chirurgie par des techniques conservatrices (urétérolyse) ou radicales (résection urétérale avec anas-tomose termino-terminale ou résection urétérale et réimplantation vésicale) peut être proposée.
- Une surveillance postopératoire par imagerie est nécessaire

Compte tenu du risque de sténose de l'anastomose urétéro-urétérale ou du site de réimplantation urétéro-vésicale et du risque d'atrophie rénale progressive pauci symptomatique.

Endométriose profonde infiltrant le colon et le rectum

- La chirurgie pour endométriose colorectale peut être proposée chez les patientes symptomatiques.
- Risque de complications postopératoires graves dont les patientes doivent être informées.

En cas d'endométriose du bas rectum : une dérivation digestive temporaire (iléostomie ou colostomie) doit être discutée.

Intérêt de l'hystérectomie conservatrice ou avec annexectomie bilatérale

- Peut être proposée dans le but de réduire le risque des récurrences, chez les femmes sans souhait de grossesse.
- La conservation ovarienne doit être discutée avec la patiente.
- Un traitement hormonal de la ménopause (THM) peut être proposé en cas d'endométriose.

Endométriose extra-pelvienne : pariétale, diaphragmatique, thoracique

- La chirurgie peut être proposée chez les patientes symptomatiques en raison d'un effet favorable sur les douleurs.
- Une consultation avec un gynécologue est conseillée, compte tenu de la prévalence de l'atteinte pelvienne associée (50 à 80 %).

Installation:

- Installation and Docking





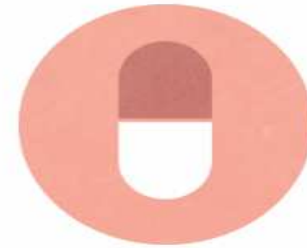
Comment soigner
l'endométriose ?

CHIRURGIE

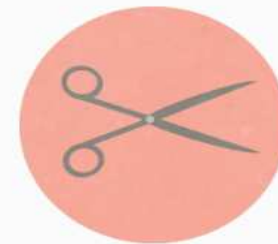
- Chirurgies complexes longues et specialisees
- 10% de complications parfois Lourdes
- Decisions collegiales: RCP endometrioses
- Balance benefice risque de chirurgie / fertilité
- Explications et consentement eclaire : 4 Cs en moyenne

Comment soigner l'endométriose ?

- Traitement medical
- Traitement chirurgical
- Prise en charge multimodale



Approche médicamenteuse



Approche chirurgicale





Prise en Charge Multimodale

- RCP endométriose
- Premier Jeudi de chaque mois
- Radiologues site Croix du Sud et Pasteur
- Gastroenterologues
- Equipe Croix du Sud AMP
- Gynecologues de ville

PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ

Elle doit être conduite par des équipes pluridisciplinaires comprenant des radiologues spécialisés en imagerie de la femme, des gynécologues médicaux, des chirurgiens gynécologues, urologues et digestifs, des praticiens spécialisés en AMP, des praticiens de la douleur et des psychologues.

Principes de la prise en charge en FIV en cas d'endométriose

Les résultats de la prise en charge en AMP par FIV ne semblent pas affectés par l'existence d'une endométriose ou par son stade. En cas d'endométriose le nombre d'ovocytes recueillis semble être plus faible notamment en cas d'endométriose sévère.

Les études sur la stimulation de l'ovulation pour FIV ne montrent pas d'aggravation des symptômes liés aux lésions d'endométriose, ni d'accélération de son évolution, ou d'augmentation du taux de récurrence de la maladie.

En cas d'endométriose et FIV :

- mettre en place un prétraitement avant stimulation par analogue agonistes de la GnRH ou par contraception œstro-progestative.

FIV et endométriose superficielle

- La chirurgie n'est pas indiquée dans le seul but d'augmenter les chances de grossesses en FIV.

FIV et endométriome

- La chirurgie n'est pas indiquée dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV.

FIV et endométriose profonde

- Une FIV peut être proposée afin d'augmenter les taux de grossesses et de naissances.
- La chirurgie n'est pas indiquée dans le seul but d'améliorer les résultats de la FIV.

FIV et endométriose récidivante

- Nécessite la mise en place d'une concertation médico-chirurgicale pour discuter d'une prise en charge adaptée.

Prise en Charge Multimodale

COMMENT PROCÉDER ?

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Colin Charrier, 06 83 38 89 48 - Professeur d'Activité Physique Adaptée. 40 Rue de la Bannière 69003 Lyon ou 9 petite rue des feuillants 69001 Lyon

Sylvie Vitelli, 06 77 86 38 93 - Coach sportive, Marche nordique/ Bungy Pump.

HYPNOANALGÉSIE - GESTION DU STRESS

Sylvie Girardot, 06 26 67 36 20 - Hypnothérapeute, Infirmière anesthésiste DE.
Médicentre Clinique du Val d'Ouest Allée A, 1er étage ou "Les jardins de vie des pierres dorées" 274 Chemin Chanteperrdrix 69620 Le Bois d'Oingt.

OSTÉOPATHIE

Coralie Martin Rousset, 04 78 45 26 98 - Ostéopathe DO. Chemin des vignes 69670 Vaugneray.

COMMUNICATION FACILITÉE

Anne-Marie Guiffroy-Serve, 07 83 32 15 69 - Praticienne certifiée en communication facilitée.

RELAXATION PÉRINÉALE

Sabine Yapaudjian, 06 77 82 09 79 - Sage femme, 18, Rue de Barreme 69006 Lyon

CHIROPRAxie

Yann Schmitt, 04 78 93 90 86 - Chiropracteur DC, 23, Rue Magenta 69100 Villeurbanne

ENDOMAÎTRISE

01. Je m'inscris en donnant mon identité et mon mail à endomaitrise@gmail.com me permettant de communiquer avec les praticiens.

02. Je contacte directement le ou les praticiens souhaités pour prendre rendez-vous.

"Grâce au programme endomaitrise, j'ai découvert des praticiens motivés qui prennent soin de moi. Je me sens soutenue."

LE PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE MULTIMODALE DE L'ENDOMÉTRIOSE

APPRENEZ À MAÎTRISER LA DOULEUR DE VOTRE ENDOMÉTRIOSE ET À AMÉLIORER VOTRE QUOTIDIEN GRÂCE À UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET MULTIDISCIPLINAIRE.

DEVENEZ ACTRICE DANS LE TRAITEMENT DE VOTRE ENDOMÉTRIOSE

AVEC LE SOUTIEN DE



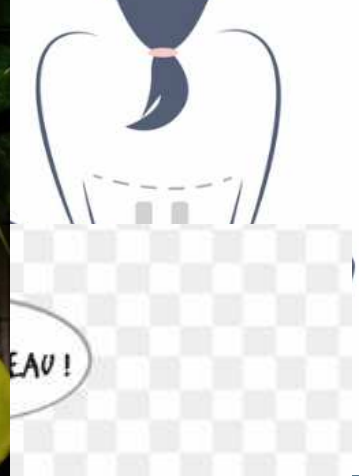
EndoFrance
Association Française
de lutte contre l'endométriose
Soutenir • Informer • Agir
www.endofrance.org

Clinique du
val d'ouest



INSTITUT
RHONALPIN
Pour la reproduction & l'espérance





Nutrition



Table 1. Influence of consumption of fruits and vegetables as well as dietary fiber on the risk of occurrence of endometriosis

Author [ref]	Study type	Subjects	Findings			Level of evidence*
			Vegetables	Fruits	Fiber	
Parazzini et al., 2004 [21]	Case-control study	The experimental group (n = 504) consisted of women aged 20–65 years with the diagnosed endometriosis and the control group (n = 504) consisted of women aged 20–61 years with no gynecological disorders	↓	↓		III
Trabert et al., 2010 [22]	Case-control study	The experimental group (n = 284) consisted of women aged 20–65 years diagnosed with endometriosis and the control group (n = 660) consisted of healthy women	No influence found	↑		III
Savaris and Amara 2011 [23]	Case-control study	The experimental group (n = 25) consisted of women with stage I–IV endometriosis and the control group (n = 20) consisted of women with no gynecological disorders			↑	III



Nutrition



Table 2. Influence of consumption of fats, fish oils, and polyunsaturated fatty acids (PUFAs) on the risk of occurrence of endometriosis

Author [ref]	Study type	Subjects	Results	Level of evidence*
Britton et al., 2000 [28]	Case-control study	Age:18-74 years, the experimental group (n = 393) – women with benign ovarian tumors, (n = 280) women with endometrial tumors; Control group (n = 351) - women with no diagnosed ovarian tumor or endometrial tumor	↑	III
Parazzini et al., 2004 [21]	Case-control study	The experimental group (n = 504) consisted of women aged 20–65 years with diagnosed endometriosis and the control group (n = 504) consisted of women aged 20–61 with no gynecological disorders	No influence found	III
Heilier et al., 2006 [24]	Case-control study	The experimental group (n = 176) consisted of women with diagnosed endometriosis and endometrial nodules and the control group (n = 88) healthy women	No influence found	III
Sesti et al., 2007 [26]	Randomized study	Women diagnosed with endometriosis. 4 groups: post-operative placebo group (n = 115), GnRH therapy group (n = 42), group being administered low doses of oral contraceptives (n = 40), supplements (n = 37)	No influence found	I



Nutrition



Sesti et al., 2009 [27]	Randomized study	Women diagnosed with endometriosis divided into four groups: placebo group (n = 65), GnRH-a therapy group (n = 65), group treated by continual low doses of the monophasic oral contraceptives, supplements (vitamins, mineral salts, lactic acid, cod liver oil) (n = 65)	No influence found		I
Missmer et al., 2010 [11]	Prospective study	The experimental group consisted of n = 1,199 women aged 25–42 years diagnosed with endometriosis and the control group consisted of n = 69,510 healthy women	↓ Omega-3	↑ trans fatty acids	II
Trabert et al., 2010 [27]	Case-control study	The experimental group (n = 284) consisted of women aged 20–65 years diagnosed with endometriosis and the control group (n = 660) consisted of healthy women	↓		III
Savaris and Amaral 2011 [23]	Case-control study	The experimental group (n = 25) consisted of women diagnosed with stage I–IV endometriosis, the control group (n = 20) consisted of women with no gynecological disorders	↓		III
Khanaki et al., 2012 [25]	Case-control study	The experimental group (n = 46) women diagnosed with stage I–IV endometriosis, and the control group (n = 74) consisted of women with no gynecological disorders	No influence found		III



Table 3. Influence of consumption of the red meat on the risk of developing endometriosis

Author [ref]	Study type	Subjects	Findings	Level of evidence*
Parazzini et al., 2004 [21]	Case-control study	The experimental group (n = 504) consisted of women aged 20-65 years with confirmed endometriosis and the control group (n = 504) consisted of women aged 20-61 years with no gynecological disorders	↑	III
Trabert et al., 2010 [22]	Case-control study	The experimental group (n = 284) consisted of women aged 20-65 years diagnosed with endometriosis and the control group (n = 660) consisted of healthy women	No influence found	III
Heilier et al., 2006 [24]	Case-control study	The experimental group (n = 176) women with the diagnosed endometriosis and endometrial nodules, and the control group (n = 88) consisted of women without endometriosis	No influence found	III



Nutrition



Quels conseils nutritionnels ? En pratique

- Plus faible risque probable
 - Les fruits et légumes, les huiles de poisson, les produits laitiers riches en calcium et en vitamine D, et les acides gras oméga-3
- Facteurs de risque probables
 - consommation de produits riches en acides gras trans-insaturés,
 - consommation de graisses en général,
 - consommation de bœuf et d'autres types de viande rouge
 - consommation d'alcool

Arguments pour la création de centres experts en endométriose

Creation of expert centers on endometriosis

Emile Daraï ^{1, 2, 3, 4}✉, Sofiane Bendifallah ^{1, 2}, Nathalie Chabbert-Buffet ^{1, 2, 3, 4}, François Golfier ⁵

✉ [Show more](#)

<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.09.023>

[Get rights and content](#)

Points essentiels

L'endométriose est une pathologie fréquente avec une incidence élevée des formes profonde et complexe pouvant affecter 20 % des patientes avec endométriose.

L'incidence de l'infertilité associée à l'endométriose peut atteindre 50 %.

La complexité de la prise en charge impose la création de centres experts travaillant en réseaux avec les praticiens de ville.

Des critères pour définir ces centres experts sont en cours d'élaboration reposant à la fois sur des critères structurels (réunion de concertation pluridisciplinaire), lien avec des structures d'assistance médicale à la procréation et des critères d'activité pour les formes sévères et complexes (nombre d'intervention par centre et par chirurgien).

- *« Nous attendons de chacun de ces centres qu'ils assurent cinq grandes missions : mission de prise en charge et de recours, mission de coordination, mission d'expertise, mission d'enseignement, mission de recherche »*

Comment soigner l'endométriose ?

ISMG

Institut du Sein
et des Maladies Gynécologiques



Psychologues

Sexologue
Marie Pierre Gabens

Equipe Douleur

Infirmières du service
Annick Maire
INFIRMIERES du Bloc

STOMATHÉRAPEUTE
MC GRATET
PERLE GEA

Diététiciennes

Kinésithérapeutes

Associations Bénévoles



Comment soigner
l'endométriose ?

TAKE HOME MESSAGES

- DYSMENORRHEES = COP en continu
- Si répondeuse: stop
- Si non répondeuse: IRM
- Consultation spécialiste
- Une IRM normale n'exclut pas une endométriose superficielle
- Pas de corrélation entre la taille des lésions et les symptômes

Merci

CP
CLINIQUE
Pasteur

Merci pour votre attention

Des questions?




**KEEP CALM
AND
MERCİ POUR VOTRE ATTENTION
QUESTIONS?
NON?MERCİ,BYE!**

ISMIG

Institut du Sein
et des Maladies Gynécologiques

Dr BEROT Jean –Emile
Dr FARNARIER Jérôme
Dr GENRE Ludivine
Dr MANENC Jean-Luc
Pr LEGUEVAQUE Pierre