

ENDOMETRIOSE et DYSMENORRHEE

Guide de bonnes pratiques en Auvergne-Rhône-Alpes



à l'usage des gynécologues médicaux, des gynécologues-obstétriciens, des radiologues, des médecins généralistes et des sages-femmes.



Discriminer dysménorrhée isolée et dysménorrhée de l'endométriose

La prévalence des dysménorrhées sévères (EVA > ou égale 8/10) est évaluée à près de 40% des femmes en période d'activité génitale, sans contraception. Celle de l'endométriose est évaluée en moyenne à 10 % de la population féminine en âge de procréer.

En conséquence, toute dysménorrhée n'est donc pas synonyme d'endométriose.



Recherche de l'endométriose par la règle des « 5D »

Evaluer l'intensité des symptômes par une échelle de douleur (EVA par exemple) et par l'examen clinique.

Dysménorrhée intense, principal signe, classiquement EVA > ou égale à 8. Evaluer l'absentéisme induit.

Dyspareunie profonde. Evaluer l'éviction des rapports.

Douleur à la défécation à recrudescence cataméniale. Recherche de rectorragies associées.

Douleur "vésicale" à recrudescence cataméniale, urgenturie et pollakiurie. Recherche d'une hématurie associée.

Douleur pelvienne chronique. Fond algique avec crises intermittentes, majoré lors des périodes de menstruations.



Sans être une règle absolue, **une dysménorrhée associée à un autre « D » doit faire évoquer une endométriose pelvienne**. Mener un examen complet, rechercher des nodules bleutés vaginaux en arrière du col, nodules ou douleurs des ligaments utéro-sacrés.



A SAVOIR, les bons réflexes

L'examen clinique peut parfois être démonstratif et l'interrogatoire peu probant. A l'inverse, un examen normal avec un interrogatoire évocateur ne permet pas d'exclure une endométriose.

Si l'infertilité est un symptôme de l'endométriose, toute endométriose n'est pas synonyme d'infertilité.



Savoir reconnaître une complication de l'endométriose comme un syndrome sub-occlusif sur localisation digestive ou une atrophie rénale sur endométriose profonde extensive vers les uretères.

SUSPICION d'ENDOMETRIOSE - CONDUITE à TENIR en PREMIERE INTENTION



Je suis gynécologue ou médecin généraliste. J'organise une échographie pelvienne et rénale dans le même temps. Je propose une contraception* en absence de désir de grossesse. Je programme une consultation de contrôle à 4/6 mois pour évaluation de l'efficacité et de la tolérance au traitement. En cas d'échec, je considère l'option d'adresser ma patiente en consultation "expert endométriose**".

Je suis sage-femme. Je suspecte une situation non physiologique. J'organise une échographie pelvienne et rénale. Je propose une contraception* en absence de désir de grossesse et j'adresse ma patiente vers un médecin de premier recours endométriose* (gynécologue ou médecin généraliste).

***Recommandations CNGOF 2017** : Les traitements hormonaux de 1ère intention sont la contraception par oestroprogestatif et par SIU au lévonorgestrel à 52 mg. Chez l'adolescente, prescrire en 1ère intention un oestroprogestatif ou un micro-progestatif.



QUAND REALISER une IRM PELVIENNE ?

Si les signes cliniques ou échographiques évoquent une endométriose.

Si il existe un contexte d'infertilité et/ou désir de grossesse.

Si échec ou résistance au traitement médical de première ligne après 4/6 mois d'essai.

Selon les recommandations du CNGOF et de la SFR, adresser votre patiente vers un radiologue référent en endométriose**.

Si l'IRM pelvienne est normale, considérer les diagnostics différentiels ou adresser vers un gynécologue de référence pour avis spécialisé (endométriose superficielle non exclue).

Si l'IRM est anormale, considérer un avis spécialisé pour adaptation thérapeutique et/ou présentation en **RCP endométriose**.



40% de dysménorrhée intense en population générale.
10% des femmes en âge de procréer souffrent d'endométriose.
50% auront des difficultés pour concevoir.
33% auront recours à l'AMP dont la moitié seront enceintes.

Connaître
l'ÉPIDÉMIOLOGIE

ADOPTER la
REGLÉ des 5D et
mener un
examen complet

Dysménorrhée
Dyspareunie
Douleurs à la défécation
Douleurs à la miction
Douleurs pelviennes chroniques

Recommandations du CNGOF
<http://www.cngof.fr>
Dossier patiente harmonisé
www.noendo.fr
endo.ziwig.com

Formation nationale MOOC - Endométriose
Formation régionale / E-learning EndAURA

UTILISER les
BONS OUTILS

OPTIMISER
la détection
de
l'endométriose
en Auvergne-
Rhône-Alpes

ORGANISER les
EXAMENS
COMPLEMENTAIRES
et
appréhender les
complications

Echographie pelvienne et rénale
par radiologue de référence.
IRM pelvienne en fonction de
l'évolution, des signes cliniques
et de la notion d'infertilité.

Rendez-vous sur **Endaura.com** pour connaître
les experts proches de votre cabinet.
Pensez aux **RCP locales**, ouvertes à tous
pour présenter vos dossiers.

CONTACTER
un EXPERT
Radiologue /
Gynécologue

INITIER le BON
TRAITEMENT
et
ORGANISER un
SUIVI

Considérer la contraception oestro-progestative et
microprogestative.
Si besoin, savoir switcher vers un schéma de prise en
continu.
Contrôle efficacité / tolérance à 4/6 mois.
Pensez aux soins de supports : www.endomaitrise.fr

SE FORMER
et ADHERER
à EndAURA

Devenir MEMBRE RESSOURCE / 1er RECOURS

Se former sur l'endométriose et adhérer au réseau EndAURA. E-learning / Journées de formations du réseau.

Suivant les directives gouvernementales sur le déploiement de filières de soins régionales dédiées à la lutte contre l'endométriose,
la filière EndAURA a été désignée comme le DSR endométriose officiel par l'ARS AuRA.

Un réseau de plus de 100 membres experts endométriose a été identifié sur notre région. Afin d'être au plus proche des patientes, EndAURA a maintenant pour mission de former les professionnels de premier recours (gynécologues médicaux / obstétriciens et médecins généralistes comme premier jalon "détection / traitement" et les sages-femmes comme membres ressources "détection").
Vous aussi rejoignez EndAURA et faites progresser la lutte contre l'endométriose dans notre région.

Informations et inscriptions sur demande à secretariatendaura@gmail.com