



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Épidémiologie et stratégie diagnostique, RPC Endométriose CNGOF–HAS

Epidemiology and diagnosis strategy: CNGOF–HAS Endometriosis Guidelines

A. Fauconnier^{a,*}, B. Borghese^{c,d}, C. Huchon^{a,b}, I. Thomassin-Naggara^{e,f}, C.-A. Philip^g,
T. Gauthier^{h,i}, N. Bourdel^{j,k}, A. Denouel^l, A. Torre^m, P. Collinet^{n,o}, M. Canis^{j,k}, X. Fritel^{p,q,r}

^a Service de gynécologie-obstétrique, CHI Poissy-St-Germain, 10, rue du Champ-Gaillard, 78303 Poissy, France

^b EA 7285 risques cliniques et sécurité en santé des femmes, université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2, avenue de la Source-de-la-Bièvre, 78180 Montigny-le Bretonneux, France

^c Service de chirurgie gynécologie obstétrique 2 et médecine de la reproduction, CHU Cochin, AP–HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

^d Equipe génomique, épigénétique et physiopathologie de la reproduction, département développement, reproduction, Cancer, Inserm U1016, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 12, rue de l'École-de-Médecine, 75270 Paris cedex 06, France

^e Service d'imagerie, hôpital Tenon, AP–HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^f Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, institut universitaire de cancérologie, AP–HP, 21, rue de l'École-de-Médecine, 75006 Paris, France

^g Clinique gynécologique et obstétricale, groupe hospitalier Nord–hôpital de la Croix-Rousse, CHU de Lyon–HCL, 103, grande rue de la Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex, France

^h Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Mère–Enfant, CHU de Limoges, 8, avenue Dominique-Larrey, 87042 Limoges, France

ⁱ UMR-1248, faculté de médecine, 87042 Limoges, France

^j Service de gynécologie-obstétrique et reproduction humaine, CHU Estaing, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

^k Encov-ISIT, UMR6284 CNRS, faculté de médecine, université d'Auvergne, 28, place Henri-Dunant, 63000 Clermont-Ferrand, France

^l EndoFrance, BP 50053, 01124 Montluel cedex, France

^m Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, 191, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

ⁿ Clinique de gynécologie, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59000 Lille, France

^o Université Lille-Nord-de-France, 59000 Lille, France

^p Inserm CIC 1402, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, 2, rue de la Milétrie, 86000 Poitiers, France

^q Université de Poitiers, 86000 Poitiers, France

^r Inserm CIC 1402, 86000 Poitiers, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Recommandations

Diagnostic d'endométriose

Examen pelvien

Douleur pelvienne

Dysménorrhée

Dyspareunie

Qualité de vie liée à la santé

IRM

Questionnaire

Échographie vaginale

Cœlioscopie diagnostique

Information

RÉSUMÉ

À partir des données de la littérature les plus pertinentes nous avons formulé des recommandations pour la pratique clinique afin de définir la nature de la maladie endométriosique, les conséquences de son histoire naturelle sur la prise en charge, l'évaluation clinique et paraclinique de la maladie en fonction du niveau de recours (soins primaires, spécialisés ou de recours). La fréquence de l'endométriose n'est pas connue en population générale ; l'endométriose nécessite une prise en charge lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération du fonctionnement d'un organe. En l'absence de symptômes, il n'y a pas lieu de faire une surveillance systématique ni de chercher à dépister cette maladie. L'endométriose peut être responsable de symptômes douloureux variés comme des dysménorrhées intenses, des dyspareunies profondes, des douleurs à la défécation ou des signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale, ou bien une infertilité. Une évaluation soigneuse des symptômes et de leur retentissement sur la qualité de vie doit être effectuée. Les examens de première intention pour le diagnostic de l'endométriose sont : l'examen clinique gynécologique de première ligne et l'échographie pelvienne. Les examens de deuxième intention sont l'examen pelvien orienté par un clinicien référent. L'IRM pelvienne interprété par un radiologue référent et/ou l'échographie endo-vaginale de référence, ces deux examens apportant des informations différentes et complémentaires. D'autres examens peuvent être envisagés dans le cadre du bilan pré-thérapeutique de la maladie en cas de prise en charge spécialisée. La cœlioscopie diagnostique peut être proposée en cas

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : afauconnier@chi-poissy-st-germain.fr (A. Fauconnier).

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.02.012>

2468-7189/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

de suspicion clinique d'endométriose alors que les examens préopératoires n'en ont pas fait la preuve de la maladie, elle doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie de prise en charge des douleurs ou de l'infertilité de l'endométriose. Lors de la prise en charge, il est recommandé de donner une information éclairée sur les différentes alternatives thérapeutiques, les bénéfices et les risques attendus de chacun des traitements, le risque de récurrence, la fertilité, en particulier avant la chirurgie. L'information doit être personnalisée et prendre en compte les attentes et les préférences de la patiente, et accompagnée d'une notice d'information remise à la patiente.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:
Guidelines
Endometriosis diagnosis
Pelvic examination
Pelvic pain
Dysmenorrhea
Dyspareunia
Health-related quality of life
MRI
Questionnaire
Transvaginal ultrasound
Diagnostic laparoscopy
Counselling

Based on the best evidence available, we have provided guidelines for clinical practice to target the nature of endometriosis as a disease, the consequences of its natural history on management, and the clinical and imaging evaluation of the disease according to the level of care (primary care, specialized or referral). The frequency of endometriosis is unknown in the general population; endometriosis requires management when it causes symptoms (pain, infertility) or when it affect the function of an organ. In the absence of symptom, there is no need for follow-up or screening of the disease. Endometriosis may be responsible for various pain symptoms such as severe dysmenorrhea, deep dyspareunia, painful bowel movements or low urinary tract signs increasing with menstruation, or infertility. A careful evaluation of the symptoms and their impact on the quality of life should be made. The first-line examinations for the diagnosis of endometriosis are: digital examination and pelvic ultrasound. The second-line examinations are: the pelvic exam by an expert clinician, the pelvic MRI and/or the transvaginal ultrasound by an expert. MRI and ultrasound carrying different and complementary information. Other examinations may be considered as part of the pre-therapeutic assessment of the disease in case of specialized care. Diagnostic laparoscopy may be suggested in case of clinical suspicion of endometriosis whereas preoperative examinations have not proved the disease, it must be part of a management plan of endometriosis-related pain or infertility. During management, it is recommended to give comprehensive information on the different therapeutic alternatives, the benefits and risks expected from each treatment, the risk of recurrence, fertility, especially before surgery. The information must be personalized and take into account the expectations and preferences of the patient, and accompanied by an information notice given to the patient.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Définition et histoire naturelle de l'endométriose

1.1. Quelle est la définition de l'endométriose ?

Les définitions de l'endométriose et de l'adénomyose sont histologiques. La fréquence de l'endométriose ne peut être estimée en population générale. L'endométriose est une maladie hétérogène dont on distingue trois formes, souvent associées entre elles : l'endométriose péritonéale superficielle, l'endométriose ovarienne, et l'endométriose sous-péritonéale pelvienne profonde (EP). L'EP est fréquemment multifocale et touche principalement les structures suivantes : ligaments utéro-sacrés, utérus, cul-de-sac vaginal postérieur, vessie, uretères, et tube digestif (rectum, jonction rectosigmoïdienne, appendice) (NP2).

L'endométriose n'est pas systématiquement pathologique et peut être observé chez des femmes indolores et fertiles (NP4).

Il est recommandé de prendre en charge l'endométriose lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération du fonctionnement d'un organe (AP).

triose et la croissance des lésions (NP2). Le rôle des perturbateurs endocriniens n'est pas démontré.

L'endométriose est une maladie multifactorielle, résultant de l'action combinée de facteurs génétiques et environnementaux, et de facteurs liés aux menstruations. L'exposition aux règles (premières règles précoces, volume menstruel important, cycles courts) est associée à la présence d'endométriose (NP2). Le risque de développer une endométriose pour les apparentées au premier degré est cinq fois plus élevé que dans la population générale (NP2).

L'identification des variants génétiques impliqués dans la maladie est en cours et n'a, pour l'instant, pas d'implication pour la pratique clinique, en particulier, le dépistage des apparentées n'est pas recommandé.

En l'absence de symptôme, il n'est pas recommandé de proposer un dépistage systématique dans des populations à risque augmenté, que ce soit sur des facteurs génétiques (endométriose chez une apparentée), ou sur des facteurs de risque menstruels (volume menstruel augmenté, cycles courts, premières règles précoces) (grade C). Il n'existe pas de données permettant de donner des conseils en prévention primaire de la maladie (AP).

1.2. Comment expliquer la survenue de l'endométriose ?

Le rôle du reflux menstruel dans la physiopathologie de l'endométriose est majeur (NP3). Tous les facteurs favorisant le reflux menstruel augmentent le risque d'endométriose (ménarche précoce, cycles courts, hyperménorrhée, ménorragie, etc.) (NP2). L'inflammation et la synthèse d'hormones stéroïdiennes sont les mécanismes principaux favorisant l'implantation de l'endomé-

1.3. Comment évolue l'endométriose ?

Les données de la littérature ne sont pas en faveur d'une progression de l'endométriose au fil du temps, que ce soit en termes de volume ou de nombre des lésions (NP3). La fécondation in vitro n'augmente pas l'intensité des douleurs liées à l'endométriose (NP2). Le risque d'occlusion digestive aiguë ou de perte fonctionnelle d'un rein chez les patientes déjà suivies pour

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926253>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926253>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)