



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Traitement médical de l'endométriose : prise en charge de la douleur et de l'évolution des lésions par traitement hormonal. RPC Endométriose CNGOF-HAS

Endometriosis medical treatment: Hormonal treatment for the management of pain and endometriotic lesions recurrence. CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines

S. Geoffron^a, J. Cohen^{a,f}, M. Sauvan^b, G. Legendre^{c,d}, J.M. Wattier^e, E. Daraï^{a,f},
H. Fernandez^{b,g}, N. Chabbert-Buffet^{a,*f}

^aService de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^bService de gynécologie-obstétrique, CHU de Bicêtre, AP-HP, 78, avenue du Général-de-Gaulle, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

^cService de gynécologie-obstétrique, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49033 Angers cedex 01, France

^dCESP-INSERM, U1018, équipe 7, genre, sante sexuelle et reproductive, université Paris Sud, 94276 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

^eCentre d'étude et traitement de la douleur, hôpital Claude-Huriez, CHRU de Lille, rue Michel-Polonowski, 59000 Lille, France

^fGRC-6 Centre expert en endométriose (C3E), UMR-S938 Inserm, Sorbonne université, 75012 Paris, France

^gCESP-INSERM, U1018, équipe épidémiologie et évaluation des stratégies de prise en charge : VIH, reproduction, pédiatrie, université Paris Sud, 94800 Villejuif, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Endométriose

Douleur

Récidive

Qualité de vie

Progestatifs

Estroprogestatifs

Analogues de la GnRH

DIU au LNG

RÉSUMÉ

La revue de la littérature de 2006 à 2017 a été menée dans le cadre du groupe de travail HAS-CNGOF « recommandations pour la prise en charge de l'endométriose ». Les données sont globalement hétérogènes, de niveau de preuve modéré. Le traitement hormonal de l'endométriose est l'alternative de première intention, il s'adresse aux femmes douloureuses ne désirant pas de grossesse. Chez la patiente non opérée les traitements hormonaux recommandés en première intention sont la contraception par œstrogènes progestatifs (COP) et le système intra utérin au Levonorgestrel (SIU au LNG) à 52 mg. Les traitements hormonaux recommandés en deuxième intention sont la contraception microprogestative orale au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel, les analogues de la GnRH (GnRHa) en association à une *add-back* thérapie, et le dienogest. L'*add-back* thérapie associée aux GnRHa, doit comporter un œstrogène afin de prévenir la baisse de densité minérale osseuse et d'améliorer la qualité de vie des patientes, et peut être prescrite avant le 3^e mois pour limiter les effets secondaires. Il n'y a pas de preuve permettant de recommander systématiquement un traitement hormonal préopératoire dans le seul but de prévenir le risque de complication chirurgicale, de faciliter la chirurgie, ou de diminuer le risque de récurrence de l'endométriose. En postopératoire, il est recommandé de prescrire un traitement hormonal afin de réduire le risque de récurrence douloureuse de l'endométriose et d'améliorer la qualité de vie des patientes. La COP ou le SIU au LNG 52 mg sont recommandés en première intention. Pour prévenir le risque de récurrence des endométrioses opérés, il est recommandé de prescrire une COP et de la poursuivre tant que la tolérance du traitement est bonne s'il n'existe pas de désir de grossesse. Lors de la prescription d'une COP en postopératoire, il est recommandé de privilégier une administration continue en cas de dysménorrhée. Les GnRHa ne sont pas recommandés en postopératoire dans le seul but de prévenir la récurrence d'endométriose.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nathalie.chabbert-buffet@aphp.fr (N. Chabbert-Buffet).

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.02.011>

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

Pour citer cet article : Geoffron S, et al. Traitement médical de l'endométriose : prise en charge de la douleur et de l'évolution des lésions par traitement hormonal. RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018), <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.02.011>

A B S T R A C T

Keywords:

Endometriosis
Pain
Recurrence
Quality of life
Progestins
Combined oral contraceptives
GnRH analogs
LNG IUS

The available literature, from 2006 to 2017, on hormonal treatment has been analysed as a contribution to the HAS-CNGOF task force for the treatment of endometriosis. Available data are heterogeneous and the general level of evidence is moderate. Hormonal treatment is usually offered as the primary option to women suffering from endometriosis. It cannot be used in women willing to conceive. In women who have not been operated, the first line of hormonal treatment includes combined oral contraceptives (COC) and the levonorgestrel-releasing intra uterine system (52 mg LNG-IUS). As a second line, desogestrel progestin only pills, etonogestrel implants, GnRH analogs (GnRHa) with add back therapy and dienogest can be offered. Add back therapy should include estrogens to prevent bone loss and improve quality of life, it can be introduced before the third month of treatment to prevent side effects. The literature does not support preoperative hormonal treatment for the sole purpose of reducing complications or recurrence, or facilitating surgical procedures. After surgical treatment, hormonal treatment is recommended to prevent pain recurrence and improve quality of life. COCs or LNG IUS are recommended as a first line. To prevent recurrence of endometriomas COC is advised and maintained as long as tolerance is good in the absence of pregnancy plans. In case of dysmenorrhea, postoperative COC should be used in a continuous scheme. GnRHa are not recommended in the sole purpose of reducing endometrioma recurrence risk.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'endométriose pelvienne est une pathologie chronique, dont l'axe thérapeutique premier en l'absence de souhait de grossesse est le plus souvent médical et repose principalement sur les traitements hormonaux [1], hormis pour les lésions pariétales, généralement post-césarienne, dont le traitement est plutôt chirurgical [2]. L'endométriose thoracique, cas particulier très rare diagnostiqué sur des pneumothorax et/ou hémoptysies cataméniales, relève également en priorité d'une prise en charge chirurgicale et ne sera pas abordée ici (cf chapitre 20) [3–6].

Les traitements antigonadotropes et les progestatifs sont utilisés de longue date dans le traitement de l'endométriose. Il est essentiel de rappeler à ce stade que, les traitements hormonaux étudiés étant tous anti gonadotropes ou anticonceptionnels, ils ne peuvent être prescrits que chez des patientes sans désir de grossesse immédiat. La discussion avec les patientes de l'impact potentiel sur la fertilité du report du projet de grossesse est particulièrement pertinente dans le contexte de l'endométriose qui a un impact intrinsèque sur la fertilité.

Ce texte s'attache à évaluer l'efficacité antalgique de ces traitements chez les patientes opérées ou non, l'ampleur de l'effet antalgique, l'impact potentiel sur l'évolution des lésions et le potentiel de prévention des récides postopératoires. Les traitements analogues de la GnRH (GnRHa), oestroprogestatifs et progestatifs à l'exception du dienogest traité dans le chapitre nouveaux traitements, sont discutés. Les différentes voies d'administration (orale, vaginale, intra-utérine et transdermique ou injectable) sont évaluées.

L'impact sur la douleur et sur l'évolution a été évalué par type de traitement, en distinguant les situations préopératoires et postopératoires.

2. Matériel et méthodes

Les bases de données ont été interrogées depuis la date des précédentes recommandations du CNGOF pour la prise en charge de l'endométriose parues en 2006 [7]. Depuis, cette date sont également parues les recommandations du SOGC en 2010 [8], de l'ESHRE en 2014 [9] et du NICE en 2017 [10].

Une recherche bibliographique a été réalisée à partir des bases de données suivantes : Medline (Pubmed), the Cochrane Library,

ainsi que dans les recommandations de l'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) et Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). Les différentes équations de recherche couplaient les mots clés suivants : « endometriosis », « medical treatment », « pain », « recurrence », « evolution », « combined hormonal contraceptives », « contraceptive ring », « contraceptive patch », « GnRH agonists », « progestin », « desogestrel », « chlormadinone acetate », « cyproterone acetate », « nomegestrol acetate », « implanon », « levonorgestrel-releasing intrauterine system », « danazol », « bone mineral density », « add back therapy ». Les articles publiés entre le 01.01.2006 et le 30.11.2016, en langue française ou anglaise ont été analysés en tenant compte en priorité des méta-analyses, des revues de la littérature, des essais randomisés contrôlés et des études de cohorte ; cependant en l'absence de telles données, des articles de niveaux de preuve scientifique inférieure ont été conservés. Les études antérieures à 2006 ont été reprises à partir des méta-analyses parues après 2006, si nécessaire. L'échelle de niveaux de preuve proposée par la HAS [11] a été utilisée pour classer les articles sélectionnés.

Différents marqueurs de douleur ont été évalués : dysménorrhée, douleurs pelviennes non cycliques, dyspareunie, et plus rarement dyschésie. L'échelle d'intensité retenue a été l'EVA en priorité. L'impact sur l'activité et la consommation d'antalgiques ont également été colligées. Il faut noter une importante hétérogénéité des critères disponibles en fonction des études.

Les données concernant la satisfaction sous traitement et la qualité de vie ont été colligées.

Les effets secondaires globalement superposables aux effets décrits dans les études hors endométriose ont été brièvement décrits dans chaque chapitre afin de permettre une hiérarchisation des propositions de traitement médical.

Les marqueurs d'évolution ont comporté les données de l'examen clinique, l'échographie, l'IRM et éventuellement les données chirurgicales.

Le type d'endométriose en termes de localisation et de sévérité est également inconstamment disponible et très hétérogène.

Globalement, les données sur le traitement médical postopératoire sont plus importantes et plus détaillées que chez les patientes non-opérées.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926254>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926254>

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