

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2012

2012-TOU3-1097

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 2012

par

**Jeanne FIEVET**

Interne de Médecine Générale

***RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE DIAGNOSTIC  
PRÉCOCE DE L'ENDOMÉTRIOSE,  
REVUE DE LA LITTÉRATURE***

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le **Docteur Thierry BRILLAC**

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Assesseur

Madame le Docteur Anne FREYENS

Membre invité

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2011**

**Professeurs honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. DOUSTE-BLAZY L.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. JUSKIEWENSKI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	Mme ARLET

**Professeurs émérites**

Professeur GHISOLFI	Professeur CARATERO
Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur J. CORBERAND
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	

<b>P.U. - P.H.</b>		<b>P.U. - P.H.</b>	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. AMAR J.	Thérapeutique	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BRASSAT D.	Neurologie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BUREAU Ch.	Hépto-Gastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonc
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ B.	Rhumatologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. DABERNAT H.	Bactériologie-Virologie	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DEGUINE O.	O.R.L.	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie	M. PAOLI J.R.	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MOSCOVICI J	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SANS N.	Radiologie
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie	Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie		
M. POURRAT J.	Néphrologie		
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale		
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P.	Urologie		
M. RIVIERE D.	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. SIMON J.	Biophysique		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
M. VOIGT J.J. (C.E.)	Anatomie Pathologique		

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SAMI E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHABANON G.	Bactériologie Virologie
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Ph	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs  
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail  
Dr NIEZBORALA M.

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDY S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
Mme LAPEYRE MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
Mme SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BROUCHET-GOMEZ A.	Anatomie Pathologique
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. MARQUES B.	Histologie - Embryologie
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme M'RINI C.	Physiologie
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
	<b>M.C.U.</b>
M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.  
Dr STILLMUNKES A.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.

Octobre 2011

## REMERCIEMENTS

*A Monsieur le Professeur OUSTRIC,*

Merci d'avoir bien voulu me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Pour votre engagement en faveur de la médecine générale,  
veuillez trouver ici l'expression de tout mon respect et de mes sincères  
remerciements.

*A Monsieur le Professeur LEGUEVAQUE,*

Je vous remercie d'avoir bien voulu me faire l'honneur de participer à ce jury de  
thèse.

Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre accessibilité, vos critiques et  
conseils. Merci de m'avoir fait partager un peu de votre approche humaine de la  
médecine, de vos compétences et de vos connaissances sur l'endométriose.

Votre regard sur ce travail me fait le plus grand honneur.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude, de mon profond respect et de mes  
sincères remerciements.

*A Monsieur le Professeur POUTRAIN,*

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Pour votre gentillesse et votre regard sur ce travail,  
veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

*A Madame le Docteur ESCOURROU,*

Brigitte, merci d'avoir bien voulu me faire l'honneur de faire partie de ce jury.

J'ai eu la chance de travailler et apprendre à vos côtés.

La justesse de votre pratique médicale et votre engagement en faveur de la médecine  
générale forcent mon admiration.

Pour m'avoir transmis une partie de votre savoir, de votre sens clinique, de votre  
humanité et de votre écoute attentive, veuillez trouver ici l'expression de ma  
gratitude, de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

*A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur BRILLAC,*

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury et de diriger ma  
thèse.

Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre soutien, votre aide et la  
confiance que vous avez eue en ce travail.

Pour m'avoir accompagnée dans ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mon  
profond respect, de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

*A Madame le Docteur FREYENS,*

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail veuillez trouver ici l'expression de ma  
gratitude et de mes sincères remerciements.

Je tiens à remercier ici toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la concrétisation de ce travail de thèse.

Je remercie tous mes amis, co-externes et co-internes qui avaient rendu ces années d'études chaleureuses, riches et festives.

Je tiens également à remercier sincèrement tous mes proches.

Lucas, mon soutien, mon compagnon de route, mon magicien du quotidien.

Mes parents, ma famille, pour leur présence bienveillante et leur soutien à toute épreuve. Merci beaucoup !

Elisa, Mary, Coco, Emilie, pour cette P1 de fou et toutes ces années depuis. Vous savez combien votre amitié « stellaire » compte !!

Jef, Alix, Clémence, Christophe, Chloé, Antoine, Choukri, pour votre présence, votre écoute, votre folie, votre profonde amitié.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>I) INTRODUCTION:</b> .....	<b>10</b>
<b>II) GÉNÉRALITÉS:</b> .....	<b>12</b>
<b>A. Définitions:</b> .....	<b>12</b>
1. L' endométriose .....	12
2. L' adénomyose.....	12
3. Dépistage et diagnostic précoce.....	12
<b>B. Différents types d'endométriose:</b> .....	<b>13</b>
<b>C. Différents stades de sévérité de l'endométriose:</b> .....	<b>13</b>
<b>D. Physiopathologie:</b> .....	<b>14</b>
<b>E. Prévalence:</b> .....	<b>15</b>
<b>F. Diagnostics différentiels:</b> .....	<b>15</b>
<b>III) MÉTHODOLOGIE :</b> .....	<b>16</b>
<b>IV) RÉSULTATS :</b> .....	<b>18</b>
<b>V) DISCUSSION et COMMENTAIRES:</b> .....	<b>20</b>
<b>A. L' endométriose, une pathologie méconnue des Médecins Généralistes (MG) :</b> .....	<b>20</b>
1. Symptômes alertes: .....	20
2. Manque de connaissances et de sensibilisation des MG vis à vis de cette pathologie.....	21
a) Un manque de formation et de pratique .....	21
b) Un rôle important à jouer .....	22
3. Intérêt d'un travail en réseau .....	23
4. Intérêt d'une Formation Médicale Continue (FMC) .....	23
<b>B. Population cible</b> .....	<b>24</b>
<b>C. L' intérêt d' un diagnostic précoce</b> .....	<b>24</b>
1. Pathologie fréquente et évolutive .....	24
2. Délai diagnostique : .....	25
3. Existence de moyens diagnostiques : .....	26
a) Clinique .....	26
(1) <u>Importance de l' interrogatoire:</u> .....	27
(2) <u>Place de l' examen clinique :</u> .....	28
b) Examens complémentaires : .....	28
c) Méthodes diagnostiques en émergence .....	30
4. Existence de moyens thérapeutiques: .....	30
a) Traitements médicaux : .....	31
b) Prise en charge chirurgicale : .....	32
c) Prise en charge des problèmes de fertilité : .....	32
d) Autres traitements : .....	33
e) Emergences de nouveaux traitements : .....	33
5. Impact socio économique : .....	34
6. Impact sur la qualité de vie : .....	35
<b>C. Forces et Limites</b> .....	<b>36</b>
<b>VI) CONCLUSION:</b> .....	<b>38</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE :</b> .....	<b>39</b>
<b>ANNEXE 1. Tableau des articles retenus pour l'analyse spécifique</b> .....	<b>47</b>
<b>ANNEXE 2. Fiche pratique pour la consultation de MÉDECINE GÉNÉRALE</b> .....	<b>54</b>
<b>ANNEXE 3. Organigramme pour la CAT devant une suspicion d'endométriose en cabinet</b> .....	<b>55</b>

## I) INTRODUCTION:

### Contexte :

L'endométriose est une pathologie fréquente qui atteint un nombre important de femmes en âge de procréer et peut conduire à des symptômes douloureux et à des problèmes de fertilité (1).

Elle affecte lourdement la qualité de vie des femmes (2)(3) et a un impact socio-économique important.

Son diagnostic est difficile et trop souvent tardif. (4) Ceci s'explique en partie par la diversité de ses symptômes, bien souvent minimisés et banalisés, sa chronicité et la mauvaise connaissance de sa physio-pathogénie.

La prise en charge de cette pathologie chronique, récidivante et handicapante, n'est donc pas encore optimale.

Nous nous sommes intéressés à ce sujet au décours d'un stage d'externat, dans le service d'Assistance Médicale à la Procréation, à Montpellier, avec l'équipe du Pr. DECHAUD.

Durant ce stage nous avons vu en consultation, chaque jour, une dizaine de femmes entre 30 et 40 ans qui venaient consulter pour des problèmes de fertilité.

Le diagnostic d'endométriose était souvent retenu dès la première consultation après interrogatoire et examen gynécologique.

Souvent ce diagnostic n'avait pas été évoqué par les médecins généralistes ou les gynécologues de ville que les patientes avaient consultés précédemment. Cette constatation est retrouvée dans la littérature avec la nécessité d'en moyenne 6 à 7 consultations répétées pour aboutir au diagnostic d'endométriose. (5)

Partant de ce constat, il nous a semblé pertinent de faire un travail de recherche et d'information en soins primaires sur l'endométriose.

### Problématique en soins primaires :

Le manque de sensibilisation au diagnostic et à la prise en charge de l'endométriose par les médecins de soins primaires (médecins généralistes et gynécologues de ville) semble être, entre autre, responsable du retard diagnostique et thérapeutique de l'endométriose. (5) (6) (7)

### Question de recherche :

Comment peut-on améliorer la prise en charge de l'endométriose en soins primaires notamment pour en diminuer le délai diagnostic?

Plus particulièrement, le diagnostic précoce de la maladie est-il pertinent en consultation de médecine générale, quels sont les signes cliniques que le médecin généraliste (MG) doit rechercher pour faire ce diagnostic et quelle est la conduite à tenir devant ces symptômes ?

**Quel est le rôle du MG dans le diagnostic précoce de l'endométriose en soins primaires ?**

### Objectifs :

**L'objectif principal** de ce travail était donc de mettre en évidence, au travers d'une revue de la littérature, l'importance du rôle du MG dans le diagnostic précoce de l'endométriose, par la recherche des signes d'alerte cliniques de la maladie.

Les objectifs secondaires étaient la recherche des critères qui valident l'intérêt de ce diagnostic précoce et de proposer au MG une conduite à tenir pour faire ce diagnostic précoce.

## **II) GÉNÉRALITÉS:**

### **A. Définitions:**

#### **1. L'endométriose**

L'endométriose est une maladie inflammatoire, fréquente, bénigne et chronique de l'appareil génital féminin.

L'endométriose pelvienne est définie comme la présence ectopique de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Ce tissu possède les mêmes caractéristiques que l'endomètre eutopique. Il subit donc les mêmes influences hormonales que celui ci, mais pas forcément de manière synchrone. Les hormones sont responsables de modifications tissulaires, notamment de l'hémorragie de privation. Les symptômes de la maladie sont principalement liés à ces variations cycliques et sont donc caractérisés par leur périodicité. (8) (9)

L'endométriose se manifeste essentiellement par des douleurs pelviennes ou une infertilité, mais ses symptômes peuvent être multiples et dépendent davantage de la localisation des lésions que de leur gravité. (10) Elle peut aussi être asymptomatique dans près de la moitié des cas.

La principale caractéristique de cette pathologie est l'absence de corrélation anatomo-clinique. En clair, l'intensité des douleurs n'est en rien corrélée au volume lésionnel. L'expérience actuelle des cliniciens rapporte des douleurs très intenses dans des formes microscopiques d'endométriose externe, et à l'inverse des cas de « frozen pelvis », ou pelvis gelé dans des lésions massives d'endométriose, totalement asymptomatiques.

#### **2. L'adénomyose**

L'adénomyose est définie comme la présence de glandes et de stroma endométriaux dans le myomètre.(11)

#### **3. Dépistage et diagnostic précoce**

Il est important ici de préciser la différence entre DÉPISTAGE et DIAGNOSTIC PRÉCOCE.

Le dépistage est défini comme l'ensemble des examens et des tests effectués au sein d'une population apparemment saine, afin de dépister une affection latente à un stade précoce. Il est indiqué lorsqu'il entraîne un bénéfice sur la prise en charge de l'affection dépistée.

L'endométriose est asymptomatique dans environ 50% des cas et peut être retrouvée fortuitement au décours d'examens complémentaires chez de nombreuses patientes. Or la découverte d'une endométriose asymptomatique ou paucisymptomatique doit faire discuter son traitement chirurgical ou médical avec une grande circonspection. Une prise en charge n'est pas nécessairement envisagée. Un dépistage systématique ne semble donc pas utile.(12)

La recherche effectuée ici est orientée vers une population cible de femmes symptomatiques.

Il s'agit donc bien dans ce travail, de l'intérêt d'un diagnostic précoce et du rôle que le MG a dans ce diagnostic et non d'un dépistage.

## B. Différents types d'endométriose:

Il faut distinguer l'endométriose interne, qui correspond à l'adénomyose, dont nous venons de voir la définition, de l'endométriose externe ou extra-utérine dont nous parlerons majoritairement dans ce travail.

L'endométriose extra-utérine peut être rencontrée dans plusieurs localisations. (8) Schématiquement, on parle d'endométriose :

- **ovarienne, superficielle**: qui peut être responsable de douleurs abdomino-pelviennes récurrentes rythmées par le cycle menstruel.

-**péritonéale superficielle**: dont la symptomatologie digestive est souvent au premier plan, pouvant induire un retard diagnostique conséquent. Les complications telles que des sub-occlusions, un tympanisme abdominal, ou des diarrhées cataméniales sont fréquentes. (13) (14)

-**sous péritonéale profonde**: plus rare. Elle concerne environ 10 000 à 20 000 femmes par an seulement, d'où l'intérêt essentiel des centres de références spécialisés (Toulouse, Clermont-Ferrand, Lille, ou Paris) pour leur prise en charge.

## C. Différents stades de sévérité de l'endométriose:

Il existe plusieurs classifications.

La plus connue est celle de l'American Fertility Society révisée en 1985 (AFSR) et modifiée récemment. Elle classe les lésions endométriosiques, selon le **score AFSR modifié**, en 4 stades de gravité : I minime, II modérée, III moyenne, IV sévère. Ce classement est fonction de leur localisation (péritonéale, ovarienn, annexielle) et de leur profondeur (superficielle ou profonde).

A noter qu'il n'y aurait pas de corrélation significative entre le degré de sévérité (score AFSR) et l'intensité des symptômes cliniques, mais les études restent contradictoires sur ce sujet.(15) (10) (16) (17)

Les autres classifications sont celle de FOATI (Foyer Ovaire Adhérence Trompes Inflammation), de GEE (groupe Européen de l'Endométriose) et la classification de Markham qui classe les lésions endométriosiques selon leur localisation (Intestinale, Urinaire, Pulmonaire/cage thoracique Autres) et le dysfonctionnement ou non de l'organe atteint.

## D. Physiopathologie:

La physiopathologie de l'endométriose est mal connue. Il y a plusieurs hypothèses étiologiques à l'endométriose et plusieurs théories sont avancées.

La plus connue est la théorie du reflux. Elle consiste schématiquement à dire que le reflux sanguin menstruel dans la cavité péritonéale, via les trompes, entrainerait avec lui des cellules endométriales qui pourraient s'implanter dans la cavité péritonéale. Ce mécanisme engendrerait la formation d'endométriomes ou foyers endométriosiques. Au fil des cycles, ces foyers pourraient créer des réactions inflammatoires et des adhérences importantes qui modifieraient les rapports anatomiques et pourraient être responsable de douleurs par la sécrétion de prostaglandines, en particulier PGE2. (18)

Il existe d'autres théories, notamment celle des embols lymphatiques et vasculaires qui reprend la même idée de cellules endométriales entraînées par un flux, ou d'autres mettant en jeu des cellules métaplasiques proliférantes ayant perdu leur faculté de régulation spatiale, ou impliquant des restes de cellules mullériennes embryonnaires (19). Ces dernières théories, dites métastatiques ou par métaplasie péritonéale, font plutôt appel à un mécanisme physiopathologique dysimmunitaire, d'où leur association possible à d'autres pathologies dysimmunitaires comme la rectocolite hémorragique ou la maladie de Crohn).(20)

On retrouve dans la littérature la participation de nombreux facteurs de risque.

Une composante génétique est évidente, on parle d'endométriose familiale.(2)

Un climat hyper-oestrogénique serait prépondérant, avec une puberté précoce (<12ans) une nulli ou pauci gestité, des règles abondantes et longues associées à des cycles courts. (21)

On retrouve également la notion de niveau socio économique élevé. (2)

Enfin, il y aurait un lien entre endométriose et allergies, endométriose et maladies auto immunes (essentiellement la maladie de Crohn (20) le Lupus, la maladie de Gougerot Sjögren, la Polyarthrite Rhumatoïde) et endométriose et fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique. Dans ce dernier cas, on peut se demander ce qui relève d'une cause ou d'une conséquence.

Il existerait d'autres facteurs favorisant le reflux menstruel, comme par exemple l'utilisation de tampons pendant les règles.(22) Aucune étude prospective n'a pu confirmer ce facteur : des études complémentaires sont nécessaires pour affirmer scientifiquement ce lien.

## **E. Prévalence:**

L'endométriose est une pathologie sous évaluée, il est donc difficile d'avancer un nombre exact de patientes atteintes.

D'une part parce que son diagnostic est difficile et, d'autre part parce qu'elle est souvent asymptomatique.

Dans 25 % à 50 % des cas les lésions sont asymptomatiques et leur découverte est fortuite lors d'un examen clinique, d'une échographie demandée pour une autre raison ou d'une coelioscopie pour bilan de stérilité.

Mais en moyenne 1 femme sur 10 serait concernée.

Sa prévalence est estimée en population générale entre 5 et 10%.

Cela concernerait 10 à 15% des femmes en âge de procréer, 4 à 10% des femmes de 30 à 40 ans, essentiellement nulli ou paucipares, et 40 à 60% des femmes présentant une dysménorrhée. (5) (21) (23) (18)

Les localisations génitales (ovaires, cul de sac postérieur, ligament utéro sacré) sont les plus fréquentes.

L'endométriose est la cause la plus fréquente de douleur pelvienne chronique qui est un motif de consultation très fréquent en soins primaires et représente un vrai problème de santé publique. (24) (25) (26) (27)

L'impact sur la fertilité est conséquent. Il est essentiellement dû à des mécanismes d'obstructions, d'adhérences et d'inflammation.

On retrouve environ 25% d'infertilité dans les localisations ovariennes, 36% dans l'endométriose péritonéale et 85% dans les localisations tubaires.

Une stérilité non expliquée est en fait dans 40% à 50% des cas liée à une endométriose.

Chez l'adolescente les dysménorrhées sont habituellement primaires (fonctionnelles) et associées à des cycles ovulatoires normaux, mais dans environ 10% des cas on retrouve des anomalies pelviennes comme l'endométriose. En dessous de l'âge de 17 ans l'endométriose est souvent associée à des malformations congénitales obstructives qu'il faut savoir rechercher.(28)(29)(30) (18)

## **F. Diagnostics différentiels:**

La dysménorrhée primaire et l'endométriose extra utérine sont les causes les plus courantes de la douleur pelvienne mais il existe de nombreux diagnostics différentiels. On retrouve bien sûr d'autres causes gynécologiques comme l'adénomyose, les pathologies ovariennes (bénignes et malignes), les léiomyomes, mais aussi des causes non gynécologiques comme les pathologies urologiques (la cystite interstitielle, les cystites à répétition), digestives (syndrome du côlon irritable, colopathie fonctionnelle, maladies inflammatoires chroniques intestinales), musculo squelettiques ou neurologiques...(31)

### III) MÉTHODOLOGIE :

Nous avons réalisé une revue de la littérature via internet sur les sites « Pubmed », « cochrane » et « google scholar » de novembre 2011 à juillet 2012.

Dans *pubmed* et *cochrane* nous avons essentiellement utilisé le langage *MESH (Medical Subject Headings)* pour les mots clés et la connexion *AND* en recherche avancée.

Les mots clés utilisés étaient *endometriosis, primary care, primary health care, physician, early diagnosis, benefit, adolescent et screening*.

Nous n'avons pas sélectionné les articles en fonction de leur date de publication puisque les recherches sur l'endométriose sont relativement récentes et que des articles remontant à 15 ans restaient tout à fait pertinents pour notre sujet.

Les articles retenus, à l'exception de deux, s'échelonnent donc sur une période de 1991 à 2012.

Ils ont été sélectionnés par une méthode d'analyse et de sélection que nous avons établie en nous appuyant sur la méthodologie de référence (*the prisma statement*). Nous nous sommes tout d'abord attaché à la forme des articles puis à leur pertinence pour répondre à la question de recherche.

Les articles exclus dans un premier temps, étaient essentiellement des articles en double, trop spécifiques, trop éloignés des soins primaires, des articles non accessibles ou écrits ni en Français ni en Anglais, ou tout simplement des articles qui ne correspondaient pas au sujet.

Les articles éligibles restants étaient écrits en anglais ou en français et correspondaient au sujet.

Parmi ces articles éligibles un deuxième tri a été réalisé après lecture.

Ont alors été exclus des articles se révélant finalement encore trop spécifiques, trop éloignés des soins primaires ou dont l'article en entier n'était pas accessible.

Les articles retenus ont permis de constituer la bibliographie. Ils ont été essentiels à la rédaction des généralités et ont permis d'étoffer la discussion.

Ces articles ont été lus et triés au travers d'une grille de lecture que nous avons réalisée, en les classant par ordre alphabétique et selon leur titre, leur référence et leur apport pour notre recherche, c'est à dire l'intérêt de chacun dans la prise en charge de l'endométriose en soins primaires.

Les articles trop larges, de généralités, les cases reports ou interview au niveau de preuve scientifique insuffisant, pourtant utiles dans l'argumentation, n'ont pas été retenus dans cette analyse spécifique.

Nous avons donc retenu, à l'issue de cette sélection, les articles qui servaient à répondre spécifiquement à la question de recherche. Ils sont regroupés et présentés dans le tableau en *annexe 1*.

L'intérêt d'une telle classification était de faciliter l'identification des critères pertinents validant un diagnostic précoce de l'endométriose en soins primaires et de centrer notre réponse sur le rôle du médecin généraliste.

Nous avons sélectionné les articles selon six principaux critères que nous avons définis au préalable: la fréquence et l'évolutivité de la maladie, l'existence de moyens diagnostiques, thérapeutiques, l'impact socio économique de la maladie, l'impact sur la qualité de vie des femmes atteintes d'endométriose et le délai diagnostique entre les premiers symptômes et le diagnostic de l'endométriose.

C'est essentiellement basés sur ces critères, que nous avons construit notre discussion.

## IV) RÉSULTATS :

Nous avons donc sélectionné 145 articles datés entre 1991 et 2012.

Cependant 2 articles sortent de cette fourchette. L'un de Schwarz datant de 1979, souligne la nécessité pour le pédiatre de soins primaires (et par extrapolation, de nos jours, pour les médecins généralistes (MG)) d'initier l'examen gynécologique dans l'adolescence, ce qui reste d'actualité. Le deuxième de Treybig de 1989, s'intéresse à la différence entre dysménorrhée primaire et endométriose, ce qui reste pertinent dans la clinique de l'endométriose (32) (33)

Ces 145 articles éligibles ont été retenus après un premier tri, écartant les articles qui étaient en double et les articles qui ne correspondaient pas au sujet.

Des 145 articles éligibles, 26 ont de nouveaux été exclus après une lecture plus attentive. Ils étaient encore trop spécifiques, trop éloignés des soins primaires ou non accessibles en entier.

Les 119 articles restant ont été inclus dans la bibliographie.

Parmi ces 119 articles, 77 ont été retenus au travers de la grille de lecture de l'annexe 1 pour répondre spécifiquement à la question de recherche. Nous avons analysé et résumé l'apport de chaque article en fonction des six critères retenus et l'avons reporté dans la dernière colonne du tableau.

Cela a permis de mettre en évidence le manque de connaissance et de formation des MG dans la prise en charge de l'endométriose, d'identifier la population cible de ce diagnostic précoce et de dégager les six principaux critères validant l'intérêt de ce diagnostic précoce en soins primaires.

Parmi ces 77 articles, 19 nous ont aidés à bien centrer notre réponse sur le rôle du MG. Ils concernaient les symptômes d'alerte de l'endométriose, le manque de connaissance et de pratique du MG vis à vis de cette maladie, le rôle qu'il devrait avoir dans sa prise en charge, l'importance d'une formation continue et d'un travail en réseau.

La totalité des 77 articles nous a permis d'identifier les 6 critères validant l'intérêt d'un diagnostic précoce de l'endométriose.

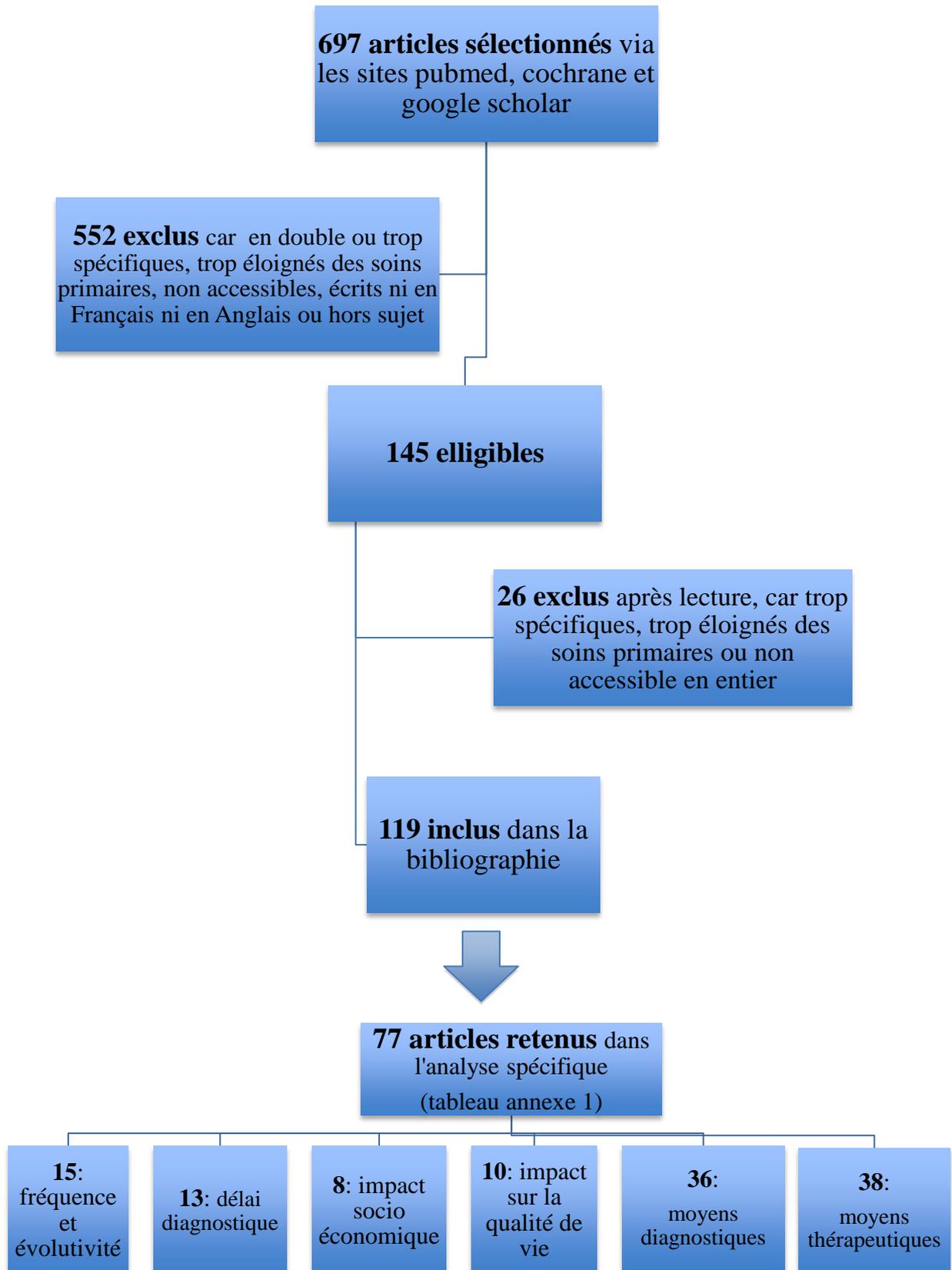
Quinze ont été retenus pour argumenter l'intérêt du diagnostic précoce de l'endométriose du fait de sa fréquence et de son potentiel évolutif. Treize articles spécifiaient que son diagnostic était retardé. Huit articles en montraient l'impact économique, dix l'impact sur la qualité de vie des femmes atteintes d'endométriose.

Tous ces articles rendaient compte du problème de santé publique que constitue l'endométriose.

Pourtant il existe des moyens diagnostiques et thérapeutiques rapportés dans respectivement 36 et 38 articles dont la connaissance et l'organisation pourraient améliorer la prise en charge de la maladie.

Ces articles retenus et leurs critères d'intérêts sont regroupés dans le tableau en annexe 1.

Le total de cette démarche est résumé par le **diagramme de flux** ci dessous.  
« *Diagramme de flux : de l'identification à l'inclusion des articles sélectionnés au travers d'une revue de la littérature sur internet.* »



## V) DISCUSSION et COMMENTAIRES:

### A. L'endométriose, une pathologie méconnue des Médecins Généralistes (MG) :

#### 1. Symptômes alertes:

L'endométriose pelvienne douloureuse peut être responsable de **dysménorrhée**, de **dyspareunie** profonde, de **douleurs pelviennes chroniques** plus ou moins exacerbées lors des règles, de problème de fertilité ou plus rarement d'autres symptômes en cas de localisation extra génitale.

Les symptômes d'alerte, en dehors des problèmes de fertilité, sont donc principalement les douleurs, qui sont présentes dans 75% des cas, et les troubles du cycle.

Les MG sont souvent en première ligne des consultations de dysménorrhée ou de douleur pelvienne chronique.

Ils doivent être alertés devant des éléments évocateurs de dysménorrhées organiques. Le caractère organique de la dysménorrhée est difficile à appréhender à l'interrogatoire par rapport à la très grande fréquence des dysménorrhées fonctionnelles. Certains éléments peuvent toutefois aider dès l'interrogatoire :

- L'intensité des dysménorrhées : elle peut être responsable d'arrêt de travail ou d'arrêt scolaire. Il est rare qu'une dysménorrhée fonctionnelle contraigne à un arrêt complet des activités.

- Une aggravation progressive des dysménorrhées : les dysménorrhées fonctionnelles sont présentes dès l'adolescence mais vont conserver des caractéristiques semblables lors de la vie génitale. A l'inverse, les dysménorrhées organiques vont avoir tendance à s'aggraver avec le temps.

- Une association à une dyspareunie profonde ou des symptômes rectaux. Elle est exceptionnelle dans les dysménorrhées fonctionnelles. Schématiquement, le MG doit être alerté devant la symptomatologie des « 6D » regroupant les **Dysménorrhées**, les **Douleurs pelviennes chroniques**, les problèmes de **Dysovulation**, les **Dyspareunies**, des problèmes de **Défécation douloureuse** ou de **Dysurie**.

Ce sont des plaintes fréquentes en consultation de soins primaires chez les femmes en âge de procréer, tout particulièrement chez les adolescentes, qui doivent faire rechercher une endométriose.(34)

Le MG doit donc savoir poser les bonnes questions devant une dysménorrhée et rechercher tous les autres signes évocateurs d'endométriose, et ce le plus tôt possible dans la vie des femmes, dès l'adolescence, afin d'orienter la prise en charge le plus précocement possible.(7)

## 2. Manque de connaissances et de sensibilisation des MG vis à vis de cette pathologie

### a) *Un manque de formation et de pratique*

Huntington dans un article de 2005 met bien en évidence que les Médecins de soins primaires ont besoin d'adopter un niveau de suspicion beaucoup plus élevé pour l'endométriose afin de la diagnostiquer plus précocement. (1)

Un manque de formation et de pratique de la gynécologie, par beaucoup de médecins généralistes installés, sont un obstacle évident au diagnostic.

Schwartz montre qu'il serait important pour le Médecin de soins primaires de pratiquer de la gynécologie en cabinet et d'initier l'examen gynécologique dans l'adolescence d'autant plus chez les patientes symptomatiques. (32)

Ces informations sont retrouvées et développées dans une étude française de Quibel publiée en 2012 (35) qui visait à évaluer les connaissances des médecins généralistes dans la prise en charge de l'endométriose. Cette étude a été réalisée dans les conditions du déclin démographique des gynécologues médicaux. Les résultats sont éloquentes et montrent bien les progrès à faire.

Parmi les médecins généralistes interrogés, 44 % effectuaient plus d'une consultation gynécologique par semaine.

Plus de deux-tiers des médecins généralistes se considéraient peu ou pas du tout à l'aise dans la prise en charge de l'endométriose.

Plus de la moitié ne pouvaient pas citer trois des symptômes cardinaux de l'endométriose.

Seulement 38 % d'entre eux pratiquaient un examen clinique orienté en cas de suspicion d'endométriose.

L'IRM était pratiquée en première intention dans 28 % des cas.

L'avis spécialisé était demandé d'emblée par 24 % des médecins généralistes interrogés et 57 % après bilan et/ou test thérapeutique, et seulement 52 % sollicitait cet avis auprès d'un centre hospitalier universitaire.

64 % des médecins généralistes interrogés considéraient l'obtention d'une aménorrhée comme la base du traitement médical de l'endométriose.

Les médecins généralistes ne semblent pas suffisamment sensibilisés sur le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose, ce qui contribue probablement au retard diagnostique caractéristique de cette pathologie chronique.

## *b) Un rôle important à jouer*

Pourtant le rôle du médecin généraliste (MG) est indiscutable pour une prise en charge précoce de la maladie, avant tout parce qu'il est en première ligne pour repérer les symptômes d'alerte.

Des données sur l'endométriose en soins primaires (36) montrent l'importance de ce rôle.

Le recueil d'antécédents évocateurs et un examen clinique pratiqué devant des symptômes d'alerte, permettraient, si ce n'est de diagnostiquer la maladie et de débiter sa prise en charge thérapeutique, d'au moins orienter la patiente vers les bons examens et si nécessaire vers un confrère spécialiste.

Si le traitement a été instauré par le gynécologue, le MG a alors un rôle important dans le suivi de ce traitement. Le respect et la poursuite du traitement dépendront en grande partie des connaissances et des compétences du MG. Il doit savoir évaluer les bénéfices et les effets secondaires.

Il a aussi un rôle de surveillance des symptômes évocateurs de récurrences. Lors d'éventuelles récurrences le MG peut être amené à prescrire de nouveau le même traitement hormonal ou à en instaurer un nouveau en amont d'une réévaluation par l'équipe gynécologique.

De plus l'importance du lien privilégié MG/malade est un atout majeur dans le suivi de l'endométriose comme dans toute pathologie chronique.

Un article britannique de Selfe SA, de 1998, (37) centré sur les facteurs influençant les résultats de la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques en soins primaires, mettait en évidence que la réussite des traitements antalgiques était directement liée à la qualité de la prise en charge par le médecin de soins primaires, lors de la consultation initiale. L'étude souligne l'importance d'une bonne communication médecin/malade d'autant plus dans le traitement de patients hostiles et de pathologie compliquée comme l'endométriose. Elle insiste sur l'influence des facteurs individuels comportementaux et de la personnalité des médecins sur le vécu d'une consultation par le patient.

Enfin, le MG a un devoir d'information et de soutien envers ses patientes. Il doit informer avec précaution les patientes symptomatiques de l'existence de l'endométriose et du bénéfice à la rechercher. Si le diagnostic d'endométriose est retenu il est important que le MG puisse expliquer la prise en charge et orienter ses patientes vers des associations de malades (ENDOFRANCE) ou des sites d'informations à leur disposition. (38) (39) (40) (41)

Le rôle du MG réside donc essentiellement dans l'écoute de ses patientes et de leurs symptômes, l'empathie envers ses patientes, la recherche des signes d'alerte de l'endométriose, l'orientation des patientes vers le bon examen ou le bon spécialiste et le suivi au long cours de ses patientes.

Les annexes 2 et 3 reprennent l'essentiel de ce rôle au travers d'une fiche pratique, qui pourrait être un outil précieux à la prise en charge de l'endométriose pour les MG lors de leurs consultations, et d'un organigramme. (annexe 2 et 3)

### **3. Intérêt d'un travail en réseau**

Le Médecin Généraliste (MG) peut prendre en charge une endométriose superficielle ovarienne en cabinet, après un diagnostic posé avec l'aide des spécialistes.

Mais, s'il ne se sent pas à l'aise et compte tenu de l'importance de la prise en charge initiale comme nous venons de le voir, il est de son devoir de suspecter la maladie puis d'adresser la patiente à un confrère spécialiste pour une prise en charge adaptée.(42) (43)

Une prise en charge multidisciplinaire impliquant le MG, le gynécologue, le radiologue et éventuellement d'autres acteurs de soins comme des infirmier(e)s, sexologues ou psychologues, est essentielle pour une bonne gestion thérapeutique. Non seulement pour le recours aux traitements recommandés, mais aussi pour instaurer d'éventuelles mesures alternatives, que nous détaillerons dans le paragraphe des traitements, et pour un soutien optimal des patientes au long cours. (44) (18) (45)

L'étude de Quibel citée plus haut (35) souligne bien que les échanges entre les spécialistes et les médecins qui suivent les patientes déjà traitées pour endométriose semblent améliorer la qualité de la prise en charge par les MG.

### **4. Intérêt d'une Formation Médicale Continue (FMC)**

Dans la même étude de Quibel (35) il est mis en évidence que la participation à des formations continues en gynécologie au cours des cinq dernières années et le suivi de plus de trois femmes traitées pour une endométriose, étaient des facteurs associés à la bonne prise en charge des patientes endométriosiques en cabinet.

La FMC est un outil essentiel à la bonne prise en charge des patientes atteintes d'endométriose en cabinet de ville et constitue une condition nécessaire à la bonne pratique des examens gynécologiques servant le diagnostic précoce de la maladie.

## **B. Population cible**

Les dysménorrhées, les douleurs pelviennes chroniques et les problèmes de fertilité sont les trois causes principales poussant les patientes à consulter.(16) Il faut donc que le MG soit particulièrement vigilant dans ces trois situations. (46)

Plus particulièrement, il se doit d'y penser et de rechercher une endométriose devant toute patiente présentant une dysménorrhée sévère résistante à un traitement par AINS pendant 3 cycles puis à un traitement par pilule Oestro-Progestative pendant 3 cycles.(30)

Cela concerne souvent les femmes jeunes en âge de procréer dont les règles sont douloureuses dès l'âge de 15-20 ans. Il faut donc être vigilant chez les adolescentes chez qui le tableau peut parfois être trompeur. L'endométriose doit être suspectée chez toute adolescente présentant des dysménorrhées progressives, secondaires et sévères, des dyspareunies ou des métrorragies d'étiologie inconnue. (47)

Dans les cas de consultation pour problème de fertilité, il faut rechercher des facteurs prédictifs d'endométriose que sont une infertilité primaire, l'association à des dysménorrhées et la présence de nodules utérosacrés, chez toute femme essayant d'avoir des enfants (sous entendant des rapports réguliers) sans succès depuis plus d'1 an. (48)

## **C. L'intérêt d'un diagnostic précoce**

### **1. Pathologie fréquente et évolutive**

Nous avons vu que la fréquence de l'endométriose est élevée et justifie une recherche de la pathologie.

L'évolutivité de la maladie en fait un argument pour une recherche et une prise en charge la plus précoce possible.

L'endométriose est associée à des comorbidités et à des problèmes de stérilité. Les comorbidités et complications vont être d'autant plus importantes que la maladie évolue depuis longtemps. En l'absence de traitement à un stade précoce, la fréquence des symptômes risque de s'intensifier. Les douleurs peuvent se prolonger avant et après les règles pendant plusieurs jours jusqu'à devenir permanentes. (49)

A noter que de rares cas de malignité sont décrits. L'évolution maligne concernerait moins de 1% des lésions endométriosiques ovariennes. (18)

Enfin, l'évolution de la maladie implique souvent des problèmes de stérilité.

Un diagnostic trop retardé est souvent synonyme de stade sévère chez une patiente à un âge déjà avancé. Cela peut considérablement compliquer la prise en charge de la maladie lorsqu'il s'agit de problèmes de fertilité.

Des études montrent que la qualité des ovocytes des femmes atteintes d'endométriose à un stade sévère serait altérée et leur potentiel de fertilisation diminué. (50)

Les chances de grossesses naturelles sont alors réduites.

L'obtention d'une grossesse par des techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) doit alors être envisagée. Mais l'âge de la prise en charge en AMP en influencera forcément sa réussite, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce.

L'évolution de la maladie peut être freinée par une prise en charge précoce. (51) Il faut diagnostiquer l'endométriose le plus précocement possible de sorte à ralentir son évolution et éviter le passage à des stades sévères dont la prise en charge est délicate.(8).

**Le seul bénéfice de diagnostiquer les lésions à un stade d'endométriose superficielle, avant que ne survienne une endométriose profonde ou viscérale, justifie à lui seul, la nécessité d'un diagnostic précoce et l'implication du MG dans le diagnostic.**

## 2. Délai diagnostique :

De par l'intensité des douleurs, on ne devrait pas pouvoir négliger longtemps une endométriose.

Pourtant, chez certaines jeunes femmes, les symptômes peuvent évoluer pendant plusieurs années car les douleurs pendant les règles et les rapports sont souvent taboues, banalisées, masquées derrière un traitement hormonal introduit de façon trop précoce, ou considérées comme psychologiques. (52)

Le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic est ainsi estimé à environ 7 ans.(53) (54)

Il serait d'autant plus important quand le symptôme premier est la douleur plus que l'infertilité, et chez les femmes jeunes (âge <19ans).

L'endométriose est alors souvent à un stade sévère lorsqu'elle est découverte.(55)

Même s'il semblerait que 15 à 20% des patientes entrent dans la maladie par une endométriose d'emblée de stade IV, beaucoup de lésions endométriosiques sont évolutives comme nous l'avons vu précédemment. Si le diagnostic était plus précoce il y aurait moins d'endométrioses découvertes à un stade avancé. (56)

D'autre part ce délai diagnostique est responsable d'un mécontentement et d'une souffrance profonde des patientes. Beaucoup de femmes rapportent une expérience négative dans le cadre des soins primaires (5) en partie lié à un grand nombre de consultations répétées et d'investigations inutiles, contribuant au retard diagnostique.

Ces consultations répétées sont entre autre liées à l'absence de connaissance des Médecins Généralistes (MG) sur la conduite à tenir au cabinet devant une suspicion d'endométriose. Or cette méconnaissance est, en elle-même, un obstacle majeur au diagnostic de la maladie. C'est une source de peur pour le MG, peur de se sentir incompetent, peur de mal faire ou peur de l'impact de l'annonce d'un diagnostic qui lui échappe sur ses patientes. L'endométriose est donc souvent sous diagnostiquée ou diagnostiquée trop tard.

Pourtant une étude qualitative de 2006 (52) met bien en évidence que le fait de poser le diagnostic d'endométriose est bénéfique pour les patientes atteintes. Nommer la maladie leur apporte une occasion de parler de leur condition, leur permet de mieux accepter leurs douleurs en les identifiant et en les rassurant par rapport aux explications fantasmatiques qu'elles avaient pu s'en faire (notamment souvent de cancer) et surtout permet d'organiser une prise en charge afin de contrôler au mieux leurs symptômes.

Poser un diagnostic c'est aussi leur apporter une reconnaissance et un soutien social et légitimer d'éventuels arrêts de travail.

Même si les dernières recommandations récentes sur la gestion des douleurs pelviennes chroniques suggèrent que le diagnostic histologique doit être considéré en deuxième intention après l'échec de traitement médicamenteux, cette étude souligne l'importance d'un diagnostic précoce pour les femmes qui souffrent physiquement, mentalement, socialement, quand elles restent « non-diagnostiquées ».

Le retard dans le diagnostic de l'endométriose est long, d'autant plus si les femmes sont jeunes et présentent comme symptôme d'alerte des douleurs pelviennes chroniques.

Il y aurait un vrai bénéfice sur le plan physique, moral et social à diagnostiquer l'endométriose plus précocement.

Les médecins de soins primaires et en particulier les MG doivent être mieux formés et informés pour réduire ce délai diagnostique.

### 3. Existence de moyens diagnostiques :

#### a) Clinique

Les symptômes initiaux de l'endométriose sont des dysménorrhées et dyspareunies souvent très intenses dès le départ.

Les dysménorrhées peuvent être très sévères obligeant les femmes à rester chez elles, sous antalgiques. Les dyspareunies sont souvent positionnelles et profondes gênant les rapports sexuels.

Il existe d'autres symptômes liés à l'extension de la maladie comme des cystites ou rectorragies.

En réalité, toutes les régions du corps peuvent être colonisées par des lésions endométriosiques (thyroïde, poumon, cerveau, nerf sciatique, *etc.*) avec leur symptomatologie propre, mais toujours avec un **caractère périodique**.

Face aux patientes symptomatiques le Médecin Généraliste (MG) doit s'efforcer par la clinique, l'interrogatoire et l'examen lui même, de rechercher les arguments pour une endométriose.

C'est la clinique qui conditionnera l'éventuelle orientation vers les bons examens complémentaires et la prise en charge thérapeutique.(57)

(1) Importance de l'interrogatoire:

Un interrogatoire bien conduit permet d'orienter le diagnostic.

Le MG doit rechercher les antécédents personnels et familiaux évocateurs d'endométriose, les facteurs de risques de la maladie, des conséquences indirectes méconnues d'une endométriose sous-jacente comme une surconsommation d'antalgiques, des arrêts de travail ou scolaire répétés, ou la notion d'électrocoagulation du col.

Le MG doit pister l'histoire de la maladie en recherchant les symptômes douloureux et leurs caractéristiques.

Nous avons vu dans les signes d'alerte que les douleurs dominent la symptomatologie avec les "6D" qui sont à rechercher de façon systématique lors de l'interrogatoire:(23)(43)

Les **Dysménorrhées** sont les plus fréquentes. Elles sont classiquement organiques, secondaires, d'installation à J2 des règles, mais peuvent être primaires et commencer banalement avant les règles.(33)

Une **Dysovulation** est évocatrice, d'autant plus si elle est associée à un syndrome inter menstruel.

Les **Dyspareunies** sont le plus souvent profondes. Elles peuvent être accompagnées de métrorragies post coïtales ou pendant les rapports sexuels.

Les **Douleurs pelviennes chroniques** sont très fréquentes.

Une **Défécation douloureuse**, une diarrhée ou d'autres troubles digestifs sont retrouvés dans environ 50 à 85 % des cas.

Une **Dysurie** ou une simple gêne pubienne et des mictions impérieuses sont évocatrices. On retrouve également une hématurie dans environ 25 % des cas.

Les symptômes sont caractérisés par leur périodicité, leur progressivité et leur caractère provoqué.

Les douleurs aiguës sont rares et en général, liées à la rupture d'un endométriome ovarien.

Les ménorragies sont plutôt en faveur d'une adénomyose mais peuvent se rencontrer dans 25 % des cas.

## (2) Place de l'examen clinique :

Même s'il est souvent négatif, il est essentiel de le pratiquer car il peut orienter vers un type d'endométriose et ainsi orienter la prise en charge.(58)

Il repose essentiellement sur l'examen gynécologique, la palpation abdominale voire le toucher rectal.

La sensibilité de l'examen gynécologique est augmentée s'il est pratiqué **pendant les règles.** (16)(59)

**A l'examen au spéculum** il faut rechercher au niveau du col des lésions superficielles, à type de petits kystes bleutés ou rougeâtres de 1 à 5 mm de diamètre, ou plus rarement de plaques hématiques facilement hémorragiques au contact. Au niveau vaginal, on peut retrouver des petits nodules bleus et arrondis (taches goudrons) ou plus rarement des lésions plus ou moins bourgeonnantes.

**Le toucher vaginal** doit rechercher trois signes évocateurs :

- Un ou plusieurs nodules douloureux souvent postérieurs, perçus sur les ligaments utérosacrés ou au niveau du cul-de-sac de Douglas. Ces nodules sont d'autant plus évocateurs d'endométriose qu'ils sont retrouvés dans un contexte d'infertilité. Une douleur à la mise en tension des ligaments utérosacrés peut être retrouvée.(60)
- Un utérus rétroversé, fixé, qui est retrouvé chez 40 % des femmes atteintes d'endométriose mais n'est pas spécifique.
- Une masse annexielle augmentée de volume et douloureuse, qui peut être fixée.

**Le toucher rectal** peut être utile pour confirmer une atteinte postérieure recto vaginale.

### *b) Examens complémentaires :*

L'évaluation de l'endométriose étant difficile par l'examen clinique, les examens complémentaires et en particulier l'imagerie sont donc nécessaires pour en déterminer les localisations exactes et son extension.

Ils peuvent être réalisés à tout moment du cycle, mais la détection des lésions serait facilitée s'ils étaient effectués en période menstruelle.

**La coelioscopie** reste l'examen « gold standard » pour le diagnostic de l'endométriose puisque le diagnostic de certitude est histologique et repose sur la mise en évidence de glandes endométriales en position ectopique retrouvées lors des biopsies.

Mais son caractère invasif limite son emploi et contribue souvent au délai diagnostique de la maladie.

De plus sa valeur prédictive positive est très praticien-dépendant et n'est pas optimale.(61)

L'amélioration des techniques d'imagerie, comme l'échographie et l'IRM permettent le plus souvent de préciser les localisations et l'extension des lésions endométriosiques de façon moins invasive que la cœlioscopie.

Il est actuellement recommandé devant une suspicion d'endométriose de réaliser l'échographie en première intention puis/et selon les cas, l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM).(62) (63)(64)

**L'échographie** est donc l'examen de référence à réaliser en première intention devant la suspicion d'endométriose ovarienne.(65)

Elle permet le plus souvent la mise en évidence de kystes ovariens endométriosiques (endométriomes).

Elle est moins fiable pour le diagnostic des lésions profondes ou de l'adénomyose. Dans l'adénomyose, 50% des lésions seraient méconnues à l'échographie.

Les voies pelvienne (vessie pleine), intravaginale (vessie vide) et endorectale (pour les lésions rétrovaginales) sont utilisées.(66)(67)

L'association de l'échographie par voie endovaginale avec l'examen clinique gynécologique (TV) en augmenterait la sensibilité dans les douleurs pelviennes suspectes d'endométrioses. (68)

**Si l'échographie est normale et le diagnostic d'endométriose suspecté cliniquement, il ne faut pas écarter ce diagnostic mais compléter l'exploration, entre autre par une IRM.**

**L'IRM** est un examen très performant, en particulier pour le diagnostic de lésions douteuses ou des lésions profondes, sous péritonéales, des atteintes postérieures et de l'adénomyose.

Les séquences sont réalisées en T1, T2 et avec injection de gadolinium. (69)(70)(71) (72)

**L'IRM est le meilleur examen d'imagerie dans le cadre d'un bilan complet, pré-chirurgical ou pré-thérapeutique, de l'endométriose profonde.**

**Le scanner abdomino-pelvien injecté** peut avoir un intérêt dans le bilan de lésions digestives et dans le suivi en post chirurgie.

Enfin l'**hystérographie** reste un examen essentiel pour l'adénomyose et les lésions tubaires, tout particulièrement au cours d'un bilan de stérilité, mais ce n'est pas une investigation systématique pour le diagnostic de l'endométriose.

### c) *Méthodes diagnostiques en émergence*

Les marqueurs plasmatiques sont au centre de nombreuses recherches. La mise au point d'un marqueur plasmatique spécifique de l'endométriose représenterait un grand progrès pour le diagnostic, le traitement et les études épidémiologiques.

Le CA125 semble pouvoir être un outil diagnostique (16)(59) mais est insuffisant à lui seul. Son élévation serait corrélée à la présence de lésions profondes et au volume des endométriomes. Il pourrait être utilisé dans le suivi de l'endométriose, notamment à visée pronostique chez les femmes infertiles traitées chirurgicalement, mais les recommandations de bonne pratique de la Société des Obstétriciens et Gynécologues Canadiens, insistent sur le fait qu'il ne doit pas faire partie de l'exploration de l'endométriose de façon systématique. (18)

Les anticorps spécifiques des antigènes endométriaux : tropomyosine 3 (TPM3), protéine stomatine-like 2 (SLP2) et tropomoduline 3 (TMOD3) pourraient être de nouveaux marqueurs pour le diagnostic précoce de l'endométriose. Leur sensibilité et spécificité seraient supérieures à celles du CA125.

Des recherches sont effectuées sur les marqueurs biologiques de l'inflammation (TNF alpha, IL6...). Leurs dosages, couplés à celui du CA 125, pourraient présenter un intérêt diagnostique. (73)(74)(75)

Des études sont en cours sur l'utilisation potentielle de bio-marqueurs de l'endomètre.(76)

D'autres techniques sont explorées. La biopsie endométriale avec recherche de fibre nerveuse aurait une fiabilité diagnostique proche de la laparotomie. (77)

## 4. **Existence de moyens thérapeutiques:**

L'objectif thérapeutique principal est l'ablation chirurgicale des lésions endométriosiques, mais le traitement médical joue un rôle très important dans le traitement de cette maladie chronique en répondant à la douleur et il peut être suffisant.(78)

Il faut distinguer selon les situations cliniques et l'histoire de vie de chaque patiente, tout particulièrement selon leur statut gestationnel, leur âge et leur désir ou non de grossesse, la meilleure combinaison thérapeutique médicale et/ou chirurgicale. (44)(12)

Cependant, il n'existe pas dans la littérature de preuve établie en faveur de l'association d'un traitement hormonal à la chirurgie, comparée à la chirurgie seule. (79)(80)(81)

Certaines études suggèrent même qu'un traitement hormonal en post chirurgie augmenterait les récurrences douloureuses. Plus d'études semblent nécessaires pour confirmer cette hypothèse.(82)

Le problème dans le traitement de cette pathologie vient essentiellement du caractère récidivant de l'endométriose. L'endométriose peut se soigner, être en rémission, mais ne se guérit pas. Chez beaucoup de femmes la maladie sera considérée comme une pathologie chronique et le suivi ainsi que la qualité du lien médecin-malade seront alors essentiels et font partie intégrante de la prise en charge de la maladie.(83)

a) *Traitements médicaux :*

Le traitement médical est prescrit pour réduire l'inflammation et la douleur ou pour rétablir un équilibre hormonal. Il est souvent composé de l'association d'antalgiques et d'un traitement hormonal.(84)

Il doit être donné en première intention pour toutes les endométrioses minimales et modérées.(85)

Beaucoup d'articles indiquent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une preuve histologique de l'endométriose pour traiter médicalement la douleur.(86) (61) (87)

Ils s'opposent à d'autres travaux expliquant la nécessité d'un diagnostic histologique avant l'instauration d'un traitement, qui ne ferait que masquer les signes de la maladie et induire un retard diagnostique.(88)

Ce qui est actuellement entendu, dans cette revue de la littérature, est que l'on a pas besoin de preuve histologique pour mettre en place un traitement symptomatique ou un traitement étiologique (pilule en continu ou macroprogestatifs permettant une aménorrhée). Il est en revanche indispensable de disposer d'une preuve histologique avant de mettre en place un traitement spécifique par agonistes de la LHRH, excepté dans les récidives.

**Les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** sont le traitement antalgique le plus couramment utilisé dans les dysménorrhées.(89) On retrouve l'utilisation d'une dose de charge d'AINS (en général deux fois la dose normale) comme traitement des dysménorrhées sévères chez l'adolescente.

Si les AINS restent insuffisants, le MG se doit de soulager sa patiente avec des antalgiques de paliers plus élevés. L'utilisation d'opioïdes peut être indiquée.(18)

Il faut rechercher une surconsommation d'antalgiques chez les patientes présentant des dysménorrhées, cela peut être évocateur d'une endométriose.

**Les traitements hormonaux** comme les pilules contraceptives Oestro Progestatives, les Progestatifs seuls, les Dispositifs Intra Utérin (DIU) hormonaux (mirena®), les agonistes de la GnRH et le danazol sont recommandés dans le traitement de l'endométriose.

Tout traitement hormonal serait équivalent en termes d'efficacité, ils différencieraient essentiellement de par leurs prix et leurs effets secondaires. (90) (86)

L'utilisation de contraceptifs oraux au long terme, le plus possible sans arrêt, est efficace contre les douleurs endométriosiques et freinerait l'évolution de la maladie. (91)(92)

Les progestatifs sont également disponibles pour une utilisation à long terme. Ils sont très efficaces et moins coûteux.(93)

Les analogues de la GnRH sont en vigueur pour un traitement à court terme (durée de 3 à 6 mois). Le traitement à long terme avec les analogues de la GnRH ne peut être utilisé que dans certains cas et souvent en association à d'autres traitements en raison des nombreux effets secondaires engendrés, notamment l'ostéoporose, la perte de la libido ou des bouffées de chaleur.(94)(83)

Le DIU hormonal à la progestérone est une option également reconnue comme efficace, en particulier dans l'adénomyose.(95) de plus il pourrait diminuer

les douleurs post opératoires.(96)(97) Le DIU non hormonal au cuivre est à proscrire dans l'endométriose.

Le danazol réduit les symptômes douloureux de l'endométriose de façon prolongée. Il induit un climat hyper androgénique et hypo oestrogénique et de fait une atrophie de l'endomètre, mais au risque d'effets secondaires androgéniques (gain de poids, acné..) souvent mal supportés par les patientes. (98)

D'après certains auteurs, si les douleurs persistent sous un traitement médical hormonal bien conduit, vu leur équivalence d'effets, le traitement chirurgical serait indiqué avant l'utilisation d'un autre traitement médicamenteux hormonal, qui ne devrait être entrepris en deuxième intention que si la chirurgie est contre indiquée.(99)

#### *b) Prise en charge chirurgicale :*

Le but de la chirurgie est de réduire la douleur et l'étendue des adhérences et selon les cas, de rendre possible une grossesse.(100)(101)

La prise en charge chirurgicale peut être indiquée en première intention lorsque l'endométriose est diagnostiquée à un stade sévère.(85)

Selon les situations, plusieurs techniques sont utilisées.

**La coelioscopie** est la moins invasive.

**La laparotomie** peut être conservatrice ou non (hystérectomie+/- ovariectomie).

**La robot-assistance** se développe petit à petit. Seuls quelques centres de références sont équipés. Cette technique semble être plus précise, efficace et sûre que la chirurgie non assistée.(102)

#### *c) Prise en charge des problèmes de fertilité :*

Plus de la moitié des patientes souffrant d'endométriose vont pouvoir avoir une grossesse soit naturellement soit via l'assistance médicale à la procréation (AMP). (85)

Le profil hormonal dominant pendant la grossesse freine la prolifération de l'endomètre et donc des lésions endométriosiques.

Les symptômes peuvent être majorés au cours du premier trimestre de la grossesse, mais l'aménorrhée prolongée va entraîner une accalmie des douleurs endométriosiques jusqu'à l'accouchement.

Nous avons vu précédemment que le stade de sévérité de la maladie altérait la qualité des ovocytes, réduisant le taux de grossesse naturelle.

L'AMP est donc souvent sollicitée.

Il est montré que le stade de sévérité de la maladie n'influence pas les résultats d'une Fécondation In Vitro avec transfert d'embryon (FIVET). (50) Cependant, d'autres études indiquent que la présence de lésions infiltratives profondes aurait un impact négatif sur les résultats de l'AMP. (103) Et des recommandations de l'ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) soulignent que le pourcentage de grossesse issu de la FIV serait plus bas chez les patientes atteintes d'endométriose que chez les patientes atteintes de pathologies tubaires. (86)

Nous n'avons pas retrouvé de preuve de l'intérêt d'un traitement médical hormonal, supprimeur de l'ovulation, dans les problèmes de fertilité associés à l'endométriose.(104) Les traitements hormonaux ne sont effectivement pas compatibles avec un désir de grossesse. Par contre il semblerait que donner des agonistes de la GnRH 3 à 6 mois avant une FIV ou une ICSI multiplierait les chances de grossesse par quatre. Mais les effets secondaires au long cours et l'impact sur les grossesses extra-utérines et les grossesses multiples restent à évaluer. (105)

La prise en charge chirurgicale conservatrice, c'est à dire l'ablation des lésions endométriosiques et l'adhésiolyse, en particulier pour les stades d'endométriose minime et modérée, aurait un effet bénéfique sur le taux de grossesses spontanées ou aidées par l'AMP.(86) (106) Ainsi la chirurgie doit être envisagée dans les problèmes de fertilité liés à l'endométriose, dès les stades modérés et dès l'échec de trois cycles de FIV ICSI (injection de spermatozoïdes intracytoplasmique). (107) (104) (99)

#### *d) Autres traitements :*

L'approche holistique, s'intéressant à la personne dans sa globalité, des « médecines douces » est souvent appréciée par les femmes souffrant d'endométriose. Les médecines douces ne guérissent pas la maladie mais peuvent aider à mieux vivre avec. Elles sont souvent prescrites en association aux traitements conventionnels.

Une bonne hygiène de vie est une condition avancée dans beaucoup d'études pour le succès d'une bonne prise en charge.

Des études suggèrent également que certaines herbes utilisées en médecine chinoise (108) pourraient avoir des vertus aussi bénéfiques que des analogues de la GnRH, qu'elles, même, seraient plus efficaces pour soulager la douleur associée à l'endométriose, avec moins d'effets secondaires. Mais d'autres études plus puissantes sont nécessaires pour valider ce traitement scientifiquement.

On retrouve également dans la littérature des recours à l'acupuncture, l'homéopathie, la phytothérapie, l'aromathérapie, la chiropractie ou encore l'ostéopathie.(109) De plus larges études comparant ces techniques au traitement conventionnel seraient utiles pour confirmer ces moyens thérapeutiques.

Le traitement par vitamine B1 et Magnésium serait bénéfique mais plus d'études sont également nécessaires.(110)

L'utilisation des anti TNF alpha dans le traitement des douleurs endométriosiques reste controversée, les preuves d'un bénéfice sont insuffisantes.(111)

#### *e) Emergences de nouveaux traitements :*

De nouvelles techniques moléculaires, des recherches sur la pentoxifylline et en immunologie (« ICON ») laissent entrevoir de nouveaux moyens thérapeutiques.(112) (113).

Le Diénogest, un nouveau progestatif, et les Modulateurs Sélectifs des Récepteurs aux Oestrogènes (SERM) présenteraient un intérêt certain.

## 5. Impact socio économique :

Des études mettent en évidence que le poids économique associé à l'endométriose est élevé et est similaire à celui d'autres maladies chroniques telles que le diabète, la maladie de Crohn ou la polyarthrite rhumatoïde. (114)

Le coût économique de l'endométriose a été évalué dans plusieurs études.

Un article belge de 2012 (115) rapportant une étude prospective multicentrique, menée dans 10 pays, concernant les patientes endométriosiques en contact avec un centre de référence en 2008, évaluait le coût annuel total de l'endométriose, par femme, à 9 579 euros. Le coût lié à la perte de productivité était estimé à 6298 euros. Le coût dû aux soins de santé était de 3113 euros/femme. Les dépenses de santé étaient principalement dues à la chirurgie. Les dépenses liées aux hospitalisations étaient comparables à celles engendrées par les visites répétées chez le médecin.

La diminution de la qualité de vie des femmes atteintes d'endométriose était le facteur prédictif le plus évocateur de l'importance des soins de santé et des coûts totaux.

Les coûts étaient d'autant plus élevés que le stade de l'endométriose était avancé, qu'il y avait la présence de douleur pelvienne, d'infertilité et que le délai diagnostique était long.

Une autre étude multicentrique au travers de 10 pays, réalisée en 2011, met en évidence que l'endométriose altère de façon considérable la productivité au travail des femmes atteintes. La perte de productivité sur les lieux de travail était estimée à 10,8 heures/semaine. (53)

Dans une étude allemande de 2006 (116) le nombre de patientes hospitalisées pour endométriose sur l'année était estimé à 20 835 et le coût moyen par patiente s'élevait à 3 056,21 euros.

Aux Etats-Unis, Eskenazi dans un article sur l'épidémiologie de l'endométriose (21) met en évidence que l'endométriose est un problème de santé publique important. L'étude révèle que le coût de l'endométriose aux EU, d'après une analyse faite par l'armée américaine sur une période de 6 ans, était évalué à 2,6 millions de dollars en équivalent de temps de travail perdu en raison d'une hospitalisation en chirurgie. Ce chiffre est sous estimé puisqu'il n'évaluait que les femmes hospitalisées et ne tenait pas compte du nombre de femmes alitées à domicile. Il est important de relever que 50% des patientes ayant été interviewées dans cette enquête déclaraient être restées alitées au moins une journée sur les 12 derniers mois, à cause de leur état lié à l'endométriose.

L'endométriose est donc une maladie coûteuse non seulement en soins médicaux mais aussi en absentéisme, en temps de travail perdu et en perte de productivité. Une prise en charge plus précoce permettrait de diminuer ces frais.

## 6. Impact sur la qualité de vie :

La même étude multicentrique que celle citée dans le paragraphe précédent, (53) soutient que l'endométriose altère de façon considérable la qualité de vie des femmes en plus de leur productivité au travail. Elle montre que la qualité de vie était plus altérée chez les femmes avec une endométriose que chez celles souffrant de symptômes comparables mais non associés à une endométriose.

Si bien que l'on retrouve dans la littérature de nombreux articles proposant des outils d'évaluation de la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose.

Le questionnaire EHP-30 (endometriosis health profile 30) décrit dans une étude anglaise de 2001 et utilisé dans d'autres études depuis, serait un instrument précieux pour mieux évaluer l'impact de l'endométriose et de sa prise en charge sur la qualité de vie des patientes, en se situant du point de vue des patientes elles mêmes. Il prend en compte la douleur, le bien être émotionnel, le soutien social et l'image de soi. Il s'intéresse au domaine des relations sexuelles, du travail, des relations avec les enfants, et au ressenti des patientes envers la profession médicale, les traitements, et l'infertilité.(117) (118)

Le questionnaire Short-36 est aussi souvent utilisé.(2)

Ces questionnaires permettent entre autre d'évaluer le bénéfice d'une prise en charge médicale de l'endométriose.

La qualité de vie tant par rapport aux douleurs, qu'aux fonctions sexuelles serait améliorée en post chirurgie chez les patientes symptomatiques ayant une endométriose profonde infiltrante.(119)

L'endométriose affecte donc lourdement la qualité de vie des femmes car elle a des répercussions sur leurs carrières, les activités de leur vie quotidienne et relationnelle, en particulier sexuelle, et sur leur bien être global. (3)

Un diagnostic précoce et une meilleure prise en charge en soins primaires devraient permettre de soulager ces patientes.

## C. Forces et Limites

La force de ce travail réside essentiellement dans son intérêt pratique, directement applicable en consultation de médecine générale. (annexe 2)

Il vient renforcer la prise en charge des femmes en soins primaires et répond à un besoin évident, constaté dans de nombreux articles, découlant d'une prise en charge non optimale de l'endométriose, d'un délai diagnostique trop important et de la nécessité d'un diagnostic précoce.

La fréquence des symptômes d'alerte en consultation de soins primaires, fait du médecin généraliste (MG) un acteur central dans l'amélioration de la prise en charge de l'endométriose.

Ce travail montre que l'implication du MG dans le diagnostic de la maladie permettrait un diagnostic plus précoce de l'endométriose à un stade d'endométriose superficielle, avant que ne survienne une endométriose profonde ou viscérale. Ce qui représente un bénéfice majeur pour la prise en charge de la maladie.

En plaçant le médecin généraliste au centre de la prise en charge de la pathologie en soins primaires, cette thèse ouvre de nouvelles voies à la recherche sur l'endométriose. (114) La prise en charge précoce des patientes endométriosiques en soins primaires permettrait la réalisation d'études plus larges, plus puissantes et bien conduites pouvant aider les recherches sur cette pathologie.

Ce travail présente aussi un caractère innovant et original. Nous n'avons trouvé aucune étude réalisée à ce sujet, c'est donc la première revue de la littérature sur l'endométriose en soins primaire.

Le corollaire en est que les limites sont marquées par un manque d'informations publiées sur la prise en charge de l'endométriose en soins primaires, ce qui a rendu ce travail difficile et la méthodologie compliquée.

Il n'y a pas eu de double lecture de tous les articles retenus. La sélection de ces articles est donc probablement un peu subjective, mais nous nous sommes efforcés de suivre les critères de prisma statement afin de diminuer ce biais.

Sur le fond, une des principales critiques envisageables serait d'objectiver qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre les explorations devant une suspicion clinique d'endométriose, puisque le traitement n'est pas curatif et les récidives fréquentes. Le diagnostic prouvé risquerait de causer plus de mal (psychologiquement, ou par un risque de chirurgie par excès) que de bien aux patientes.

Il est vrai que l'on ne peut pas négliger l'impact psychologique dommageable de l'annonce d'un tel diagnostic. Celui ci doit être donné avec prudence.

Mais beaucoup d'arguments cités dans la quatrième partie font pencher la balance « bénéfiques / risques à poser le diagnostic de l'endométriose » en faveur des bénéfiques.

Des études de terrain entre deux groupes d'adolescentes suivies au long cours, l'un dépisté de façon précoce et l'autre non, pourraient aider à appuyer ces arguments.

D'autres études seraient nécessaires pour valider l'intérêt d'une recherche précoce de l'endométriose en s'attachant par exemple aux effets bénéfiques à long terme, entre autres en termes de pronostic.

Enfin des études rétrospectives ou qualitatives concernant le vécu des patientes et des médecins généralistes me semblent être essentielles pour compléter ce travail.

## VI) CONCLUSION:

L'endométriose est un problème de santé publique.

En tant qu'acteur de soins primaire, le Médecin Généraliste (MG) a un rôle majeur dans le diagnostic précoce de cette maladie.

Il est bien souvent en première ligne pour être alerté et agir devant les signes d'appel cliniques de l'endométriose que sont les douleurs, les troubles du cycle et les problèmes de fertilité.

Il doit s'efforcer de faire une anamnèse et un examen clinique approfondis chez toute patiente suspecte d'endométriose.

Il doit orienter ses patientes vers les bons examens complémentaires et, si nécessaire, vers un spécialiste chirurgien gynécologue.

Enfin, son rôle est important dans la prescription de traitements adaptés, dans le suivi et l'accompagnement psychosocial des patientes et dans l'information sur la maladie auprès de ses patientes.

Il y a un bénéfice au diagnostic précoce de l'endométriose en soins primaires parce que c'est une pathologie fréquente, évolutive, dont le diagnostic est retardé, qui affecte lourdement la qualité de vie des femmes, a un impact socio-économique conséquent et pour laquelle il existe des moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Sa prise en charge précoce a un réel bénéfice pour les patientes et à plus large échelle pour la société. Elle permettrait de diminuer les coûts associés à l'endométriose, d'en ralentir l'évolution, de mieux maîtriser les symptômes douloureux et de prévenir les problèmes de fertilité.

Pour autant, l'ensemble des problèmes de cette pathologie ne sera pas réglé, car d'une part des patientes entrent dans la maladie par une endométriose d'emblée de stade IV, d'autre part car la découverte d'une endométriose pauci-symptomatique doit faire discuter son traitement chirurgical ou médical avec une grande circonspection.

La difficulté qui demeurera toujours, sera la discordance anatomo-clinique de cette pathologie et l'évaluation rigoureuse des patientes à traiter ou à contrario à surveiller.

D'autres études seront à développer pour affirmer les bénéfices en termes pronostic et qualitatif de ce diagnostic précoce.

Toulouse le 27.11.2012

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
J.P. VINEL



Taken 26.11.12  
Van h  
Vu, le Président du Jury  
Pr. Sébastien AUSTRIC



## BIBLIOGRAPHIE :

1. Mao AJ, Anastasi JK. Diagnosis and management of endometriosis: the role of the advanced practice nurse in primary care. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010 févr;22(2):109-16.
2. Minson FP, Abrão MS, Sardá Júnior J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. [Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012 janv;34(1):11-5.
3. Huntington A, Gilmour JA. A life shaped by pain: women and endometriosis. *J Clin Nurs.* 2005 oct;14(9):1124-32.
4. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 juill;82(7):649-53.
5. Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. *Br J Gen Pract.* 2007 juin;57(539):470-6.
6. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005 sept;27(9):869-910.
7. Denny E, Mann CH. Endometriosis and the primary care consultation. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2008 juill;139(1):111-5.
8. Brosens I, Benagiano G. Endometriosis, a modern syndrome. *Indian J. Med. Res.* 2011 juin;133:581-93.
9. RPC\_endometriose.pdf [Internet]. [cité 2012 juin 27]. Available de: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_endometriose.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_endometriose.pdf)
10. Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, Cortesi I, Parazzini F, Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil. Steril.* 1996 févr;65(2):299-304.
11. Pavlik RM. Adenomyosis--an ignored uterine disease. *Nurse Pract.* 1995 avr;20(4):32-4, 39-40, 43.
12. Martin DC, Ling FW. Endometriosis and pain. *Clin Obstet Gynecol.* 1999 sept;42(3):664-86.
13. Conzo G, Docimo G, Candela G, Palazzo A, Della Pietra C, Mauriello C, et al. Intestinal occlusion caused by endometriosis of the sigmoid colon A case report and review of the literature. *Ann Ital Chir [Internet].* 2011 déc 21 [cité 2012 juin 18];
14. Nasim H, Sikafi D, Nasr A. Sigmoid endometriosis and a diagnostic dilemma - A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2(7):181-4.
15. Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1999 nov;6(4):429-34.

16. Panel P, Renouvel F. [Management of endometriosis: clinical and biological assessment]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007 avr;36(2):119-28.
17. Fedele L, Bianchi S, Bocciolone L, Di Nola G, Parazzini F. Pain symptoms associated with endometriosis. *Obstet Gynecol*. 1992 mai;79(5 ( Pt 1)):767-9.
18. gui244CPG1007F.pdf [Internet]. [cité 2012 juin 25]. Available de: <http://sogc.org/guidelines/documents/gui244CPG1007F.pdf>
19. Batt RE, Mitwally MFM. Endometriosis from thelarche to midteens: pathogenesis and prognosis, prevention and pedagogy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003 déc;16(6):337-47.
20. Jess T, Frisch M, Jørgensen KT, Pedersen BV, Nielsen NM. Increased risk of inflammatory bowel disease in women with endometriosis: a nationwide Danish cohort study. *Gut* [Internet]. 2011 déc 19 [cité 2012 juin 18]
21. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am*. 1997 juin;24(2):235-58.
22. Roets L, van Rijswijck O. [Endometriosis in tampon users]. *Curationis*. 1999 mars;22(1):12-5.
23. endometriose fmc [Internet]. [cité 2012 juin 27]. Available de: <http://www.esculape.com/fmc/endometriose.html>
24. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv*. 2001 déc;56(12):757-64.
25. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000 juin;14(3):403-14.
26. Martínez B, Canser E, Gredilla E, Alonso E, Gilsanz F. Management of Patients with Chronic Pelvic Pain Associated with Endometriosis Refractory to Conventional Treatment. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain* [Internet]. 2012 mai 8 [cité 2012 juin 18];
27. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999 nov;106(11):1156-61.
28. Breech LL, Laufer MR. Obstructive anomalies of the female reproductive tract. *J Reprod Med*. 1999 mars;44(3):233-40.
29. AUDEBERT A. Caractéristiques de l'endométriose de l'adolescente : à propos d'une série de 40 cas = Characteristics of adolescent endometriosis : analysis of 40 cases [Internet]. 2000 [cité 2012 mai 30].
30. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents. *Ann. N. Y. Acad. Sci*. 2008;1135:185-95.
31. Benjamin-Pratt AR, Howard FM. Management of chronic pelvic pain. *Minerva Ginecol*. 2010 oct;62(5):447-65.

32. Schwartz MB. Adolescent gynecology for the pediatrician. *Paediatrician*. 1979;8(3):113-23.
33. Treybig M. Primary dysmenorrhea or endometriosis? *Nurse Pract*. 1989 mai;14(5):8, 10, 15-8.
34. Apgar BS. Endometriosis. Diagnostic clues and new treatment options. *Postgrad Med*. 1992 juill;92(1):283-6, 289-92, 297-9.
35. Quibel A, Puscasu L, Marpeau L, Roman H. [General practitioners and the challenge of endometriosis screening and care: Results of a survey.]. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité* [Internet]. 2012 avr 19 [cité 2012 juin 18]
36. Bromham DR. Endometriosis in primary medical care. *Br J Clin Pract Suppl*. 1991;72:54-8.
37. Selfe SA, Matthews Z, Stones RW. Factors influencing outcome in consultations for chronic pelvic pain. *J Womens Health*. 1998 oct;7(8):1041-8.
38. Shah DK, Moravek MB, Vahratian A, Dalton VK, Lebovic DI. Public perceptions of endometriosis: perspectives from both genders. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 mai;89(5):646-50.
39. L'endométrie : diagnostic et traitements | Le Réseau canadien pour la santé des femmes [Internet]. [cité 2012 juin 27].
40. EndoFrance, association française de lutte contre l'endométrie. EndoFrance - Corps médical [Internet]. [cité 2012 juin 27]. Available de: <http://endofrance.org/imageriedelendometrie.html>
41. infoendometrie.ca | Nos projets | SOGC [Internet]. [cité 2012 juin 25]. Available de: [http://www.sogc.org/projects/endometriosis\\_f.asp](http://www.sogc.org/projects/endometriosis_f.asp)
42. Canavan TP, Radosh L. Managing endometriosis. Strategies to minimize pain and damage. *Postgrad Med*. 2000 mars;107(3):213-6, 222-4.
43. Halis G, Mechsner S, Ebert AD. The diagnosis and treatment of deep infiltrating endometriosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2010 juin;107(25):446-455; quiz 456.
44. Roman H. [Guidelines for the management of painful endometriosis]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007 avr;36(2):141-50.
45. Audebert A. [Endometriosis coaching]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006 avr;34(4):329-36.
46. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Painter R. Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics. *BMJ*. 1993 janv 16;306(6871):182-4.
47. Greydanus DE, McAnarney ER. Menstruation and its disorders in adolescence. *Curr Probl Pediatr*. 1982 août;12(10):1-61.
48. Whitehill K, Yong PJ, Williams C. Clinical predictors of endometriosis in the infertility population: is there a better way to determine who needs a laparoscopy? *J Obstet Gynaecol Can*. 2012 juin;34(6):552-7.

49. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil. Steril.* 1991 avr;55(4):759-65.
50. Pal L, Shifren JL, Isaacson KB, Chang Y, Leykin L, Toth TL. Impact of varying stages of endometriosis on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer. *J. Assist. Reprod. Genet.* 1998 janv;15(1):27-31.
51. Mabrouk M, Frascà C, Geraci E, Montanari G, Ferrini G, Raimondo D, et al. Combined oral contraceptive therapy in women with posterior deep infiltrating endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011 août;18(4):470-4.
52. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil. Steril.* 2006 nov;86(5):1296-301.
53. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d' Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil. Steril.* 2011 août;96(2):366-373.e8.
54. Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum. Reprod.* 2003 avr;18(4):756-9.
55. Dmowski WP, Lesniewicz R, Rana N, Pepping P, Noursalehi M. Changing trends in the diagnosis of endometriosis: a comparative study of women with pelvic endometriosis presenting with chronic pelvic pain or infertility. *Fertil. Steril.* 1997 févr;67(2):238-43.
56. Matsuzaki S, Canis M, Pouly J-L, Rabischong B, Botchorishvili R, Mage G. Relationship between delay of surgical diagnosis and severity of disease in patients with symptomatic deep infiltrating endometriosis. *Fertil. Steril.* 2006 nov;86(5):1314-1316; discussion 1317.
57. Chapron C, Barakat H, Fritel X, Dubuisson J-B, Bréart G, Fauconnier A. Presurgical diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis based on a standardized questionnaire. *Hum. Reprod.* 2005 févr;20(2):507-13.
58. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Kennedy SH, Jenkinson C, Zondervan KT. Developing symptom-based predictive models of endometriosis as a clinical screening tool: results from a multicenter study. *Fertility and Sterility* [Internet]. 2012 mai 30 [cité 2012 juin 18]
59. Koninckx PR, Meuleman C, Oosterlynck D, Cornillie FJ. Diagnosis of deep endometriosis by clinical examination during menstruation and plasma CA-125 concentration. *Fertil. Steril.* 1996 févr;65(2):280-7.
60. Matorras R, Rodríguez F, Pijoan JI, Soto E, Pérez C, Ramón O, et al. Are there any clinical signs and symptoms that are related to endometriosis in infertile women? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996 févr;174(2):620-3.
61. Olive DL. Empirical therapy with leuporelin acetate for endometriosis in the United States. *Drugs Today.* 2005 juill;41 Suppl A:5-10.

62. Haute Autorité de Santé - Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale [Internet]. [cité 2012 juin 6] p.60
63. Saccardi C, Cosmi E, Borghero A, Alberto T, Dessole S, Litta P. Comparison between transvaginal ultrasound, sonovaginography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2012 janv 17 [cité 2012 juin 18]
64. Maubon A, Bazot M. [Endometriosis imaging]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007 avr;36(2):129-34.
65. Benacerraf BR, Groszmann Y. Sonography should be the first imaging examination done to evaluate patients with suspected endometriosis. *J Ultrasound Med*. 2012 avr;31(4):651-3.
66. Roman H, Kouteich K, Gromez A, Hochain P, Resch B, Marpeau L. Endorectal ultrasound accuracy in the diagnosis of rectal endometriosis infiltration depth. *Fertil. Steril*. 2008 oct;90(4):1008-13.
67. Bazot M, Thomassin I, Hourani R, Cortez A, Darai E. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004 août;24(2):180-5.
68. G.Hudelist et al. Utilisation combinée de l'échographie endovaginale et de l'examen clinique dans le diagnostic préopératoire de l'endométriose pelvienne. [Internet]. 2010 [cité 2012 juin 27].
69. Bazot M, Bornier C, Dubernard G, Roseau G, Cortez A, Darai E. Accuracy of magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography for the prediction of location of deep pelvic endometriosis. *Hum. Reprod*. 2007 mai;22(5):1457-63.
70. Kinkel K, Chapron C, Balleyguier C, Fritel X, Dubuisson JB, Moreau JF. Magnetic resonance imaging characteristics of deep endometriosis. *Hum. Reprod*. 1999 avr;14(4):1080-6.
71. Bazot M, Darai E, Hourani R, Thomassin I, Cortez A, Uzan S, et al. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology*. 2004 août;232(2):379-89.
72. Arnold LL, Ascher SM, Schrufer JJ, Simon JA. The nonsurgical diagnosis of adenomyosis. *Obstet Gynecol*. 1995 sept;86(3):461-5.
73. Seeber B, Sammel MD, Fan X, Gerton GL, Shaunik A, Chittams J, et al. Panel of markers can accurately predict endometriosis in a subset of patients. *Fertil. Steril*. 2008 mai;89(5):1073-81.
74. Drosdzol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V. Selected cytokines and glycodelin A levels in serum and peritoneal fluid in girls with endometriosis. *J. Obstet. Gynaecol. Res*. [Internet]. 2012 mai 8 [cité 2012 juin 18]
75. Gajbhiye R, Sonawani A, Khan S, Suryawanshi A, Kadam S, Warty N, et al. Identification and validation of novel serum markers for early diagnosis of endometriosis. *Hum. Reprod*. 2012 févr;27(2):408-17.

76. Wang L, Zheng W, Ding X, Yu J, Jiang W, Zhang S. Identification biomarkers of eutopic endometrium in endometriosis using artificial neural networks and protein fingerprinting. *Fertil. Steril.* 2010 mai 1;93(7):2460-2.
77. Al-Jefout M, Dezarnaulds G, Cooper M, Tokushige N, Luscombe GM, Markham R, et al. Diagnosis of endometriosis by detection of nerve fibres in an endometrial biopsy: a double blind study. *Hum. Reprod.* 2009 déc;24(12):3019-24.
78. Donnez J, Pirard C, Smets M, Jadoul P, Squifflet J. Surgical management of endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004 avr;18(2):329-48.
79. Susan Furness<sup>1,\*</sup>, Christine Yap<sup>2</sup>, Cindy Farquhar<sup>3</sup>, Ying C Cheong. Pre and post-operative medical therapy for endometriosis surgery. 2009.
80. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, Pasin R, Crosignani PG. Endometriosis: preoperative and postoperative medical treatment. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 2003 mars;30(1):163-80.
81. Darai E, Dubernard G, Azoulay C, Barranger E, Antoine J-M, Uzan S. [Indications of GnRH analogues before and after surgery for endometriosis]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2005 déc;33(12):1014-7.
82. Hanan Al Kadri<sup>1,\*</sup>, Samar Hassan<sup>2</sup>, Haya M Al-Fozan<sup>3</sup>, Ali Hajeer<sup>4</sup>. Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause. 2009.
83. Bergqvist A, Bergquist C, Nordenskjöld F. [Current aspects on the treatment of endometriosis]. *Lakartidningen.* 2000 févr 23;97(8):818-22, 824.
84. [Recommendations for good practice: drug therapy for genital endometriosis (except adenomyosis) (November 2005)]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2006 janv;34(1):71-9.
85. Härkki P, Heikkinen A-M, Setälä M. [Current treatment of endometriosis]. *Duodecim.* 2011;127(17):1837-47.
86. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum. Reprod.* 2005 oct;20(10):2698-704.
87. Barbieri RL. Primary gonadotropin-releasing hormone agonist therapy for suspected endometriosis: a nonsurgical approach to the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain. *Am J Manag Care.* 1997 févr;3(2):285-90.
88. Mahmood TA, Templeton AA, Thomson L, Fraser C. Menstrual symptoms in women with pelvic endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol.* 1991 juin;98(6):558-63.
89. Claire Allen, Sally Hopewell, Andrew Prentice, Daisy Gregory. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. 2009.
90. Römer T. [Treatment of endometriosis]. *Med Monatsschr Pharm.* 2012 févr;35(2):44-51; quiz 53-54.

91. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, Pasin R, Crosignani PG. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil. Steril.* 2003 sept;80(3):560-3.
92. Lucy-Jane Davis<sup>1</sup>, Stephen S Kennedy<sup>2</sup>, Jane Moore<sup>3</sup>, Andrew Prentice. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. 2009.
93. Brown J, Kives S, Akhtar M. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;3:CD002122.
94. Jessica E Farmer<sup>2</sup>, Andrew Prentice<sup>1</sup>, Andrew Breeze<sup>3</sup>, Gaity Ahmad<sup>4</sup>, James MN Duffy<sup>5</sup>, Andrew Watson<sup>6</sup>, Andy Pick<sup>7</sup>. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for endometriosis: bone mineral density. 2009.
95. Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL. Contraception choices in women with underlying medical conditions. *Am Fam Physician.* 2010 sept 15;82(6):621-8.
96. Anpalagan A, Condous G. Is there a role for use of levonorgestrel intrauterine system in women with chronic pelvic pain? *J Minim Invasive Gynecol.* 2008 déc;15(6):663-6.
97. Matorras R, Ballesteros A, Prieto B, Ocerin I, Expósito A, Pijoan JI, et al. Efficacy of the levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of recurrent pelvic pain in multitreated endometriosis. *J Reprod Med.* 2011 déc;56(11-12):497-503.
98. Cindy Farquhar<sup>1</sup>, Andrew Prentice<sup>2</sup>, Amita A Singla<sup>3</sup>, Vanessa Selak<sup>4</sup>. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. 2010.
99. de Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Gonadotropin-releasing hormone agonists for endometriosis. *N. Engl. J. Med.* 2008 déc 25;359(26):2844; author reply 2844-2845.
100. Tal Z Jacobson<sup>1</sup>, James MN Duffy<sup>2</sup>, David Barlow<sup>3</sup>, Philippe R Koninckx<sup>4</sup>, Ray Garry<sup>5</sup>. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. 2009.
101. Garry R, Clayton R, Hawe J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *BJOG.* 2000 janv;107(1):44-54.
102. Nezhat C, Morozov V. Robot-assisted laparoscopic presacral neurectomy: feasibility, techniques, and operative outcomes. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010 août;17(4):508-12.
103. Ballester M, Oppenheimer A, Mathieu d'Argent E, Touboul C, Antoine J-M, Nisolle M, et al. Deep infiltrating endometriosis is a determinant factor of cumulative pregnancy rate after intracytoplasmic sperm injection/in vitro fertilization cycles in patients with endometriomas. *Fertil. Steril.* 2012 févr;97(2):367-72.
104. Edward Hughes<sup>1</sup>, Julie Brown<sup>2</sup>, John J Collins<sup>3</sup>, Cindy Farquhar<sup>2</sup>, Donna M Fedorkow<sup>1</sup>, Patrick Vanderkerchove. Ovulation suppression for endometriosis for women with subfertility. 2010.
105. Hassan N Sallam<sup>1</sup>, Juan A Garcia-Velasco<sup>2</sup>, Sofia Dias<sup>3</sup>, Aydin Arici<sup>4</sup>, Ahmed M Abou-Setta<sup>5</sup>. Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis. 2009.

106. Tal Z Jacobson<sup>1</sup>, James MN Duffy<sup>2</sup>, David Barlow<sup>3</sup>, Cindy Farquhar<sup>4</sup>, Philippe R Koninckx<sup>5</sup>, David Olive<sup>6</sup>. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. 2010.
107. Laura Benschop<sup>1</sup>, Cindy Farquhar<sup>2</sup>, Nicolien van der Poel<sup>3</sup>, Maas Jan Heineman<sup>4</sup>. Interventions for women with endometrioma prior to assisted reproductive technology. 2010.
108. Flower A, Liu JP, Lewith G, Little P, Li Q. Chinese herbal medicine for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD006568.
109. Zhu X, Hamilton KD, McNicol ED. Acupuncture for pain in endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(9):CD007864.
110. Proctor M, Murphy PA. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. In: *The Cochrane Collaboration, Proctor M, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2001 [cité 2012 juin 27]*
111. DongHao Lu<sup>1</sup>, Huan Song<sup>2</sup>, Gang Shi<sup>1</sup>,. Anti-TNF- $\alpha$  treatment for pelvic pain associated with endometriosis. 2010.
112. DongHao Lu<sup>1</sup>, Huan Song<sup>2</sup>, Yalun Li<sup>3</sup>, Jane Clarke<sup>4</sup>, Gang Shi. Pentoxifylline for endometriosis. 2012.
113. Krikun G, Hu Z, Osteen K, Bruner-Tran KL, Schatz F, Taylor HS, et al. The immunoconjugate « icon » targets aberrantly expressed endothelial tissue factor causing regression of endometriosis. *Am. J. Pathol.* 2010 févr;176(2):1050-6.
114. Simsa P, Mihalyi A, Kyama CM, Mwenda JM, Fülöp V, D'Hooghe TM. Future of endometriosis research. *Womens Health (Lond Engl).* 2007 sept;3(5):647-54.
115. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum. Reprod.* 2012 mai;27(5):1292-9.
116. Oppelt P, Chavtal R, Haas D, Reichert B, Wagner S, Müller A, et al. Costs of in-patient treatment for endometriosis in Germany 2006: an analysis based on the G-DRG-Coding. *Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology [Internet].* 2012 mai 24 [cité 2012 juin 18]
117. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol.* 2001 août;98(2):258-64.
118. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res.* 2004 avr;13(3):705-13.
119. Setälä M, Härkki P, Matomäki J, Mäkinen J, Kössi J. Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 juin; 91(6):692-8.

## ANNEXES :

### ANNEXE 1. Tableau des articles retenus pour l'analyse spécifique

<b>ARTICLES</b>	<b>Références des articles</b>	<b>APPORT /ARGUMENT POUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE</b>
A life shape by pain	Huntington A, Gilmour JA. A life shaped by pain: women and endometriosis. J Clin Nurs. 2005 oct;14(9):1124-32.	Délai diagnostique, Qualité de vie, socio-économique Manque de formation du médecin de soins primaires
Acupuncture for pain in endometriosis.	Zhu X, Hamilton KD, McNicol ED. Acupuncture for pain in endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(9):CD007864.	Thérapeutique/nouveaux traitements à explorer, Prise En Charge (PEC) multidisciplinaire
Are there any clinical signs and symptoms that are related to endometriosis in infertile women	Matorras R, Rodríguez F, Pijoan JI, Soto E, Pérez C, Ramón O, et al. Are there any clinical signs and symptoms that are related to endometriosis in infertile women? Am. J. Obstet. Gynecol. 1996 févr;174(2):620-3.	Clinique, diagnostique, fertilité (population cible)
Caractéristique de l'endométriose de l'adolescente	AUDEBERT A. Caractéristiques de l'endométriose de l'adolescente : à propos d'une série de 40 cas = Characteristics of adolescent endometriosis : analysis of 40 cases	Diagnostique, pronostique (évolutivité), population cible(adolescente)
Clinical predictors of endometriosis in the infertility population: is there a better way to determine who needs a laparoscopy	Whitehill K, Yong PJ, Williams C. Clinical predictors of endometriosis in the infertility population: is there a better way to determine who needs a laparoscopy? J Obstet Gynaecol Can. 2012 juin;34(6):552-7	Clinique, diagnostique, infertilité (population cible), PEC des femmes infertiles, développement d'outils diagnostiques cliniques
Combined oral contraceptive therapy in women with posterior deep infiltrating endometriosis	Mabrouk M, Frascà C, Geraci E, Montanari G, Ferrini G, Raimondo D, et al. Combined oral contraceptive therapy in women with posterior deep infiltrating endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2011 août;18(4):470-4.	Thérapeutique, PEC globale, évolutivité freinée par le traitement
Comparison between transvaginal ultrasound, sonovaginography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis	Saccardi C, Cosmi E, Borghero A, Alberto T, Dessole S, Litta P. Comparison between transvaginal ultrasound, sonovaginography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology	Diagnostique (corrélation avec la clinique)
Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain	Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal D'obstétrique Et Gynécologie Du Canada: JOGC	Fréquence, PEC de la douleur et PEC globale

Contraception choices in women with underlying medical conditions	Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL. Contraception choices in women with underlying medical conditions. Am Fam Physician. 2010 sept 15;82(6):621-8.	thérapeutique
Costs of in-patient treatment for endometriosis in Germany 2006: an analysis based on the G-DRG-Coding	Oppelt P, Chavtal R, Haas D, Reichert B, Wagner S, Müller A, et al. Costs of in-patient treatment for endometriosis in Germany 2006: an analysis based on the G-DRG-Coding. Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology	Economique, fréquence Problème de santé publique
Correlation between endometriosis and pelvic pain	Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1999 nov;6(4):429-34.	Clinique, diagnostique
Current aspects on the treatment of endometriosis	Bergqvist A, Bergquist C, Nordenskjöld F. [Current aspects on the treatment of endometriosis]. Lakartidningen. 2000 févr 23;97(8):818-22, 824.	Thérapeutique, Importance lien médecin-patient
Current treatment of endometriosis	Härkki P, Heikkinen A-M, Setälä M. [Current treatment of endometriosis]. Duodecim. 2011;127(17):1837-47.	Thérapeutique (hiérarchie médicaux/ chirurgicaux) fertilité
Danazol for pelvic pain associated with endometriosis	Cindy Farquhar <sup>1</sup> , Andrew Prentice <sup>2</sup> , Amita A Singla <sup>3</sup> , Vanessa Selak <sup>4</sup> . Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. 2010.	Thérapeutique
Deep infiltrating endometriosis is a determinant factor of cumulative pregnancy rate after ICSI/IVF cycles in patients with endometriomas	Ballester M, Oppenheimer A, Mathieu d'Argent E, Touboul C, Antoine J-M, Nisolle M, et al. Deep infiltrating endometriosis is a determinant factor of cumulative pregnancy rate after intracytoplasmic sperm injection/in vitro fertilization cycles in patients with endometriomas. Fertil. Steril. 2012 févr;97(2):367-72.	PEC Fertilité Thérapeutique
Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease	Bazot M, Darai E, Hourani R, Thomassin I, Cortez A, Uzan S, et al. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. Radiology. 2004 août;232(2):379-89.	Diagnostique, bilan extension
Developing symptom-based predictive models of endometriosis as a clinical screening tool: results from a multicenter study	Nnoaham KE, Hummelshoj L, Kennedy SH, Jenkinson C, Zondervan KT. Developing symptom-based predictive models of endometriosis as a clinical screening tool: results from a multicenter study. Fertility and Sterility	Clinique, Diagnostique, intérêt dans délai PEC
Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30	Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. Obstet Gynecol. 2001 août;98(2):258-64.	Qualité de vie

Diagnosis and management of endometriosis: the role of the advanced practice nurse in primary care	Mao AJ, Anastasi JK. Diagnosis and management of endometriosis: the role of the advanced practice nurse in primary care. J Am Acad Nurse Pract. 2010 févr;22(2):109-16.	PEC globale : fréquence, délai diagnostique, diagnostic (clinique), thérapeutique, PEC multidisciplinaire, fertilité, qualité de vie, éducation Impact pronostique
Diagnostic delay in women with pain and endometriosis	Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003 juill;82(7):649-53.	Délai diagnostique Nécessité amélioration PEC en Soins Primaires
Diagnosis of deep endometriosis by clinical examination during menstruation and plasma CA-125	Koninckx PR, Meuleman C, Oosterlynck D, Cornillie FJ. Diagnosis of deep endometriosis by clinical examination during menstruation and plasma CA-125 concentration. Fertil. Steril. 1996 févr;65(2):280-7.	Clinique, diagnostique
Dysmenorrhea in adolescents.	Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2008;1135:185-95.	Diagnostique,Thérapeutique, Rôle MG : vigilance/info/éducation, population cible(adolescent)
Endometriosis and pain	Martin DC, Ling FW. Endometriosis and pain. Clin Obstet Gynecol. 1999 sept;42(3):664-86.	Diagnostique (clinique), thérapeutique
Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization	Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, Cortesi I, Parazzini F, Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. Fertil. Steril. 1996 févr;65(2):299-304.	Diagnostique, clinique Stades sévérité (évolutivité)
Endometriosis and the primary care consultation	Denny E, Mann CH. Endometriosis and the primary care consultation. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2008 juill;139(1):111-5	Délai diagnostique, qualité de vie, diagnostique, Lien médecin/malade
Endometriosis coaching	Audebert A. [Endometriosis coaching]. Gynecol Obstet Fertil. 2006 avr;34(4):329-36.	Diagnostique,Thérapeutique, PEC multidisciplinaire, suivi au long cours
Endometriosis from thelarche to midteens: pathogenesis and prognosis, prevention and pedagogy	Batt RE, Mitwally MFM. Endometriosis from thelarche to midteens: pathogenesis and prognosis, prevention and pedagogy. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003 déc;16(6):337-47.	Diagnostique, (pathogénie), pronostique, recherche
Endometriosis imaging	Maubon A, Bazot M. [Endometriosis imaging]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2007 avr;36(2):129-34.	Diagnostique
Endometriosis in primary medical care	Bromham DR. Endometriosis in primary medical care. Br J Clin Pract Suppl. 1991;72:54-8.	Diagnostique, thérapeutique, suivi, rôle du MG
Endometriosis, a modern syndrome	Brosens I, Benagiano G. Endometriosis, a modern syndrome. Indian J. Med. Res. 2011 juin;133:581-93.	Diagnostic précoce=>prévention complications, pronostique

Endometriosis. Diagnostic clues and new treatment options	Apgar BS. Endometriosis. Diagnostic clues and new treatment options. Postgrad Med. 1992 juill;92(1):283-6, 289-92, 297-9.	Diagnostique (symptômes alertes), Thérapeutique, rôle MG, population cible (infertilité)
Epidemiology of endometriosis	Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 1997 juin;24(2):235-58.	Fréquence, problème santé publique, cout économique et sur qualité de vie
ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis	Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum. Reprod. 2005 oct;20(10):2698-704.	Diagnostique, traitement, fertilité, association malade
Factors influencing outcome in consultations for chronic pelvic pain	Selfe SA, Matthews Z, Stones RW. Factors influencing outcome in consultations for chronic pelvic pain. J Womens Health. 1998 oct;7(8):1041-8.	Importance lien MG/malade Diagnostique, thérapeutique (PEC globale), qualité de vie
Future of endometriosis research	Simsa P, Mihalyi A, Kyama CM, Mwenda JM, Fülöp V, D'Hooghe TM. Future of endometriosis research. Womens Health (Lond Engl). 2007 sept;3(5):647-54.	Economique, recherche, éducation du MG
General practitioners and the challenge of endometriosis screening and care: Results of a survey.	Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. [General practitioners and the challenge of endometriosis screening and care: Results of a survey.]. Gynecologie, Obstetrique & Fertilité [Internet]. 2012 avr 19 [cité 2012 juin 18]	Méconnaissance des MG, Importance d'une Formation Médicale Continue, délai diagnostique
Guidelines for the management of painful endometriosis	Roman H. [Guidelines for the management of painful endometriosis]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2007 avr;36(2):141-50.	Thérapeutique, PEC multidisciplinaire
Guidelines SOGC	gui244CPG1007F.pdf [Internet]. [cité 2012 juin 25]. JOGC vol 32, Number 7 juillet 2010	PEC globale, fertilité, population cible (ado)
Gonadotropin-releasing hormone agonists for endometriosis	de Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Gonadotropin-releasing hormone agonists for endometriosis. N. Engl. J. Med. 2008 déc 25;359(26):2844; author reply 2844-2845.	Thérapeutique
Haute Autorité de Santé - Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale	Haute Autorité de Santé - Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale [Internet]. p 60	Diagnostique
Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause	Hanan Al Kadri <sup>1</sup> , Samar Hassan <sup>2</sup> , Haya M Al-Fozan <sup>3</sup> , Ali Hajeer <sup>4</sup> . Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause. 2009.	Traitement, suivi, surveillance Effets Secondaires
Identification and validation of novel serum markers for early diagnosis of endometriosis	Gajbhiye R, Sonawani A, Khan S, Suryawanshi A, Kadam S, Warty N, et al. Identification and validation of novel serum markers for early diagnosis of endometriosis. Hum. Reprod. 2012 févr;27(2):408-17.	Diagnostic précoce

Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries	Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. <i>Fertil. Steril.</i> 2011 août;96(2):366-373.e8.	Economique (productivité), délai diagnostique (responsabilité des médecins de soins primaires), qualité de vie
Impact of varying stages of endometriosis on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer	Pal L, Shifren JL, Isaacson KB, Chang Y, Leykin L, Toth TL. Impact of varying stages of endometriosis on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer. <i>J. Assist. Reprod. Genet.</i> 1998 janv;15(1):27-31.	Thérapeutique/fertilité (corrélation avec Stades AFSR)
[Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis]	Minson FP, Abrão MS, Sardá Júnior J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. [Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis]. <i>Rev Bras Ginecol Obstet.</i> 2012 janv;34(1):11-5.	Qualité de vie, (stades sévérité)
Increased risk of inflammatory bowel disease in women with endometriosis	Jess T, Frisch M, Jørgensen KT, Pedersen BV, Nielsen NM. Increased risk of inflammatory bowel disease in women with endometriosis: a nationwide Danish cohort study. <i>Gut</i> [Internet]. 2011 déc 19	Suivi, pronostic, prévention des maladies associées
Is there a role for use of levonorgestrel intrauterine system in women with chronic pelvic pain?	Anpalagan A, Condous G. Is there a role for use of levonorgestrel intrauterine system in women with chronic pelvic pain? <i>J Minim Invasive Gynecol.</i> 2008 déc;15(6):663-6.	thérapeutique
Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis	Tal Z Jacobson <sup>1</sup> , James MN Duffy <sup>2</sup> , David Barlow <sup>3</sup> , Philippe R Koninckx <sup>4</sup> , Ray Garry <sup>5</sup> . Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. 2009.	thérapeutique
Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis	Tal Z Jacobson <sup>1</sup> , James MN Duffy <sup>2</sup> , David Barlow <sup>3</sup> , Cindy Farquhar <sup>4</sup> , Philippe R Koninckx <sup>5</sup> , David Olive <sup>6</sup> . Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. 2010.	Thérapeutique, fertilité
Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis	Hassan N Sallam <sup>1</sup> , Juan A Garcia-Velasco <sup>2</sup> , Sofia Dias <sup>3</sup> , Aydin Arici <sup>4</sup> , Ahmed M Abou-Setta <sup>5</sup> . Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis. 2009.	Thérapeutique, Fertilité
Magnetic resonance imaging characteristics of deep endometriosis	Kinkel K, Chapron C, Balleyguier C, Fritel X, Dubuisson JB, Moreau JF. Magnetic resonance imaging characteristics of deep endometriosis. <i>Hum. Reprod.</i> 1999 avr;14(4):1080-6.	diagnostique
Management of endometriosis: clinical and biological assessment	Panel P, Renouvel F. [Management of endometriosis: clinical and biological assessment]. <i>J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).</i> 2007 avr;36(2):119-28	Clinique PEC diagnostique
Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis	Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. <i>Br J Gen Pract.</i> 2007 juin;57(539):470-6.	délai diagnostique, impact économique des consultations répétées, formation MG

Managing endometriosis. Strategies to minimize pain and damage	Canavan TP, Radosh L. Managing endometriosis. Strategies to minimize pain and damage. Postgrad Med. 2000 mars;107(3):213-6, 222-4.	Diagnostique, Thérapeutique Rôle MG (travail en réseau)
Menstruation and its disorders in adolescence	Greydanus DE, McAnarney ER. Menstruation and its disorders in adolescence. Curr Probl Pediatr. 1982 août;12(10):1-61.	Diagnostic précoce, clinique, traitement, rôle du MG, population cible (ado)
Menstrual symptoms in women with pelvic endometriosis.	Mahmood TA, Templeton AA, Thomson L, Fraser C. Menstrual symptoms in women with pelvic endometriosis. Br J Obstet Gynaecol. 1991 juin;98(6):558-63.	Clinique, diagnostique
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis	Claire Allen, Sally Hopewell, Andrew Prentice, Daisy Gregory. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. 2009.	Thérapeutique Axé douleur
Obstructive anomalies of the female reproductive tract	Breech LL, Laufer MR. Obstructive anomalies of the female reproductive tract. J Reprod Med. 1999 mars;44(3):233-40.	Diagnostique et pronostique, fertilité, population cible(ado)
Oral contraceptives for pain associated with endometriosis	Lucy-Jane Davis <sup>1</sup> , Stephen S Kennedy <sup>2</sup> , Jane Moore <sup>3</sup> , Andrew Prentice. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. 2009	thérapeutique
Ovulation suppression for endometriosis for women with subfertility	Edward Hughes <sup>1</sup> , Julie Brown <sup>2</sup> , John J Collins <sup>3</sup> , Cindy Farquhar <sup>2</sup> , Donna M Fedorkow <sup>1</sup> , Patrick Vanderkerchove. Ovulation suppression for endometriosis for women with subfertility. 2010.	Thérapeutique, fertilité
Pain symptoms associated with endometriosis	Fedele L, Bianchi S, Bocciolone L, Di Nola G, Parazzini F. Pain symptoms associated with endometriosis. Obstet Gynecol. 1992 mai;79(5 ( Pt 1)):767-9.	Clinique/diagnostique
Primary dysmenorrhea or endometriosis?	Treybig M. Primary dysmenorrhea or endometriosis? Nurse Pract. 1989 mai;14(5):8, 10, 15-8.	Clinique, diagnostique
Primary gonadotropin-releasing hormone agonist therapy for suspected endometriosis: a nonsurgical approach to the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain	Barbieri RL. Primary gonadotropin-releasing hormone agonist therapy for suspected endometriosis: a nonsurgical approach to the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain. Am J Manag Care. 1997 févr;3(2):285-90.	Diagnostique, thérapeutique, économique
Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis	Brown J, Kives S, Akhtar M. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2012;3:CD002122.	thérapeutique
Public perceptions of endometriosis: perspectives from both genders	Shah DK, Moravek MB, Vahratian A, Dalton VK, Lebovic DI. Public perceptions of endometriosis: perspectives from both genders. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010 mai;89(5):646-50.	Ecoute PEC information/éducation, rôle du MG

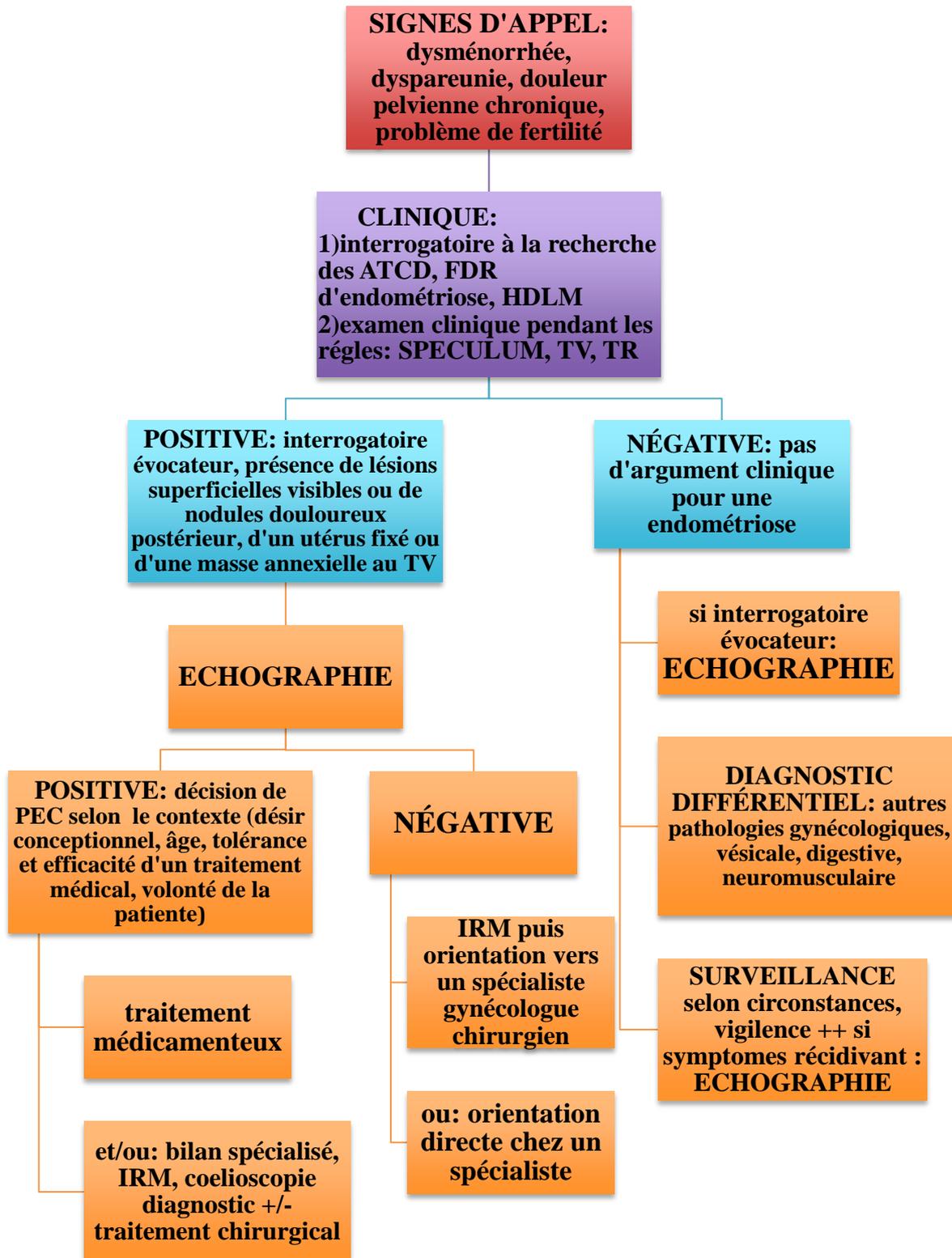
Recommendations for good practice: drug therapy for genital endometriosis	Recommendations for good practice: drug therapy for genital endometriosis (except adenomyosis) (November 2005). <i>Gynecol Obstet Fertil.</i> 2006 janv;34(1):71-9.	Thérapeutique
Recommandation Pour la pratique clinique, Prise En Charge de l'endométriose	CNGOF 2006 RPC_endometriose.pdf [Internet].	PEC globale : diagnostique, thérapeutique, infertilité
Robot-assisted laparoscopic presacral neurectomy: feasibility, techniques, and operative outcomes	Nezhat C, Morozov V. Robot-assisted laparoscopic presacral neurectomy: feasibility, techniques, and operative outcomes. <i>J Minim Invasive Gynecol.</i> 2010 août;17(4):508-12.	thérapeutique
Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection	Setälä M, Härkki P, Matomäki J, Mäkinen J, Kössi J. Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. <i>Acta Obstet Gynecol Scand.</i> 2012 juin;91(6):692-8.	Thérapeutique, impact PEC sur Qualité de vie
Sonography should be the first imaging examination done to evaluate patients with suspected endometriosis	Benacerraf BR, Groszmann Y. Sonography should be the first imaging examination done to evaluate patients with suspected endometriosis. <i>J Ultrasound Med.</i> 2012 avr;31(4):651-3.	diagnostique
Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain	Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. <i>Fertil. Steril.</i> 1991 avr;55(4):759-65.	Progression/évolutivité, pronostique
Surgical management of endometriosis.	Donnez J, Pirard C, Smets M, Jadoul P, Squifflet J. Surgical management of endometriosis. <i>Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.</i> 2004 avr;18(2):329-48.	Thérapeutique
The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres	Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. <i>Hum. Reprod.</i> 2012 mai;27(5):1292-9.	Economique, qualité de vie, délai diagnostique, intérêt diagnostic précoce plus que dépistage
The diagnosis and treatment of deep infiltrating endometriosis	Halis G, Mechsner S, Ebert AD. The diagnosis and treatment of deep infiltrating endometriosis. <i>Dtsch Arztebl Int.</i> 2010 juin;107(25):446-455; quiz 456.	Clinique(signes alerte) diagnostique
Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis	Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. <i>Hum. Reprod.</i> 2003 avr;18(4):756-9.	Délai diagnostique, formation MG

[Treatment of endometriosis]	Römer T. [Treatment of endometriosis]. Med Monatsschr Pharm. 2012 févr;35(2):44-51; quiz 53-54.	thérapeutique
What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis	Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. Fertil. Steril. 2006 nov;86(5):1296-301.	Délai diagnostique, rôle MG, PEC globale améliorée par diagnostique

## **ANNEXE 2. Fiche pratique pour la consultation de MÉDECINE GÉNÉRALE**

Fiche pratique : recto verso ci dessous

### ANNEXE 3. Organigramme pour la CAT devant une suspicion d'endométriose en cabinet



### Légende :

-ATCD = antécédents personnels et familiaux

→ Rechercher les FDR= facteur de Risque d'endométriose : génétique, terrain familial, Un climat hyper-oestrogénique, (une puberté précoce (<12ans) une nulli ou pauci gesteté, des règles abondantes et longues, des cycles courts un niveau socio économique élevé, ATCD de maladies auto immunes (essentiellement la maladie de Crohn)

→ Et l'HDLM= Histoire de la maladie, recherche du mode d'apparition des symptômes, recherche des signes associés (symptomatologie des 6D) Dysménorrhées, Douleur pelvienne chronique, Dysovulation, Dyspareunie, Défécation douloureuse, Dysurie

-TV= Toucher vaginal TR= toucher rectal

-CLINIQUE POSITIVE présence d'un ou de plusieurs des signes suivant :

-lésions superficielles du col : petits kystes bleutés ou rougeâtres ou plages hématiques facilement hémorragiques au contact.

-lésions vaginales : petits nodules bleus et arrondis ou lésions +/- bourgeonnantes.

-Au TV un ou plusieurs nodules douloureux souvent postérieurs, un utérus rétroversé, fixé, ou une masse annexielle augmentée de volume et douloureuse, +/- fixée.

-TR douloureux (atteinte postérieure)

-CLINIQUE NEGATIVE : non évocatrice, examen clinique gynécologique normal

-ECHOGRAPHIE POSITIVE : présence de lésions directes ou indirectes évocatrices d'endométriose

-ECHOGRAPHIE NEGATIVE : absence de telles lésion, échographie interprétée comme normale

-IRM= Imagerie par résonance magnétique

## ***THE ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER IN THE EARLY DIAGNOSIS OF ENDOMETRIOSIS, A REVIEW OF THE RELEVANT LITERATURE***

Endometriosis is a public health problem that affects a large number of women in their childbearing years. The delay in its diagnosis makes it one of the least well-tolerated chronic diseases. This delay is partly due to the diversity and minimization of its clinical symptoms, and the lack of awareness among the medical professionals regarding the pathology.

The main objective of this work was to evaluate, through a web review of the relevant literature, the role of the General Practitioner (GP) in the early diagnosis of endometriosis.

119 articles were selected. The benefit of detecting lesions in the superficial endometriosis stage, before the onset of deep infiltrating endometriosis, alone, justified the involvement of the GP in the diagnosis.

The GP must be able to identify the first clinical signs of the disease and to react to them. Whenever endometriosis is suspected, he should conduct a careful clinical history and thorough physical examination. He should prescribe Ultra Sonography and Magnetic Resonance Imaging explorations, and when necessary, refer his patients to a specialist. He has an important role in prescribing and monitoring the appropriate treatments, and in the psychosocial support of his patients.

**TITRE : RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE L'ENDOMÉTRIOSE, REVUE DE LA LITTÉRATURE**

Toulouse le 11 Décembre 2012

---

**Résumé :** L'endométriose est un problème de santé publique qui touche un grand nombre de femmes en âge de procréer. Son retard diagnostique en fait une des maladies chroniques les moins bien supportées par les patientes. Il est en partie lié à la diversité et la minimisation de ses symptômes cliniques et au manque de sensibilisation du corps médical à son égard.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer, au travers d'une revue de la littérature via internet, le rôle du Médecin Généraliste (MG) dans le diagnostic précoce de l'endométriose.

119 articles ont été retenus. Le seul bénéfice de dépister les lésions à un stade d'endométriose superficielle, avant que ne survienne une endométriose profonde ou viscérale, justifiait à lui seul l'implication du MG dans le diagnostic.

Le MG doit savoir repérer et agir devant les signes d'appel clinique de la maladie. Il doit faire une anamnèse et un examen clinique approfondis chez toute patiente suspecte d'endométriose. Il doit orienter ses patientes vers les bons examens complémentaires (échographie et IRM) et si nécessaire vers un spécialiste. Il a un rôle important dans la prescription de traitements adaptés et dans le suivi et l'accompagnement psychosocial des patientes.

---

**TITRE et résumé en Anglais :** recto du quatrième de couverture

---

**Discipline administrative :** MÉDECINE GÉNÉRALE

---

**Mots-clés :** *endometriosis- primary care- primary health care- physician- early diagnosis- benefit- adolescent- screening*

---

**Intitulé et adresse de l'UFR :** Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil 133, route de Narbonne- 31062 Toulouse cedex

---

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC