

**COLLÈGE
NATIONAL DES
GYNÉCOLOGUES ET
OBSTÉTRICIENS
FRANÇAIS**

PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

(Texte court)

2006

C N G O F



PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE

Recommandations pour la pratique clinique (Texte court)

Paris, le 29 novembre 2006

Promoteur :

CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français - 184 rue du Faubourg Saint-Antoine - 75012 Paris)

Comité d'organisation :

M. CANIS, Président (Clermont-Ferrand), A. FAUCONNIER, Coordonnateur (Saint-Germain-en-Laye), F. GOFFINET, Méthodologiste (Paris) A. AUDEBERT (Bordeaux), L. BOUBLI (Marseille), E. DARAI (Paris), PH. DESCAMPS (Angers), B. HÉDON (Montpellier), P. MADELENAT (Paris), D. RAUDRANT (Lyon)

Experts du groupe de travail:

M. BAZOT (Paris), H. FERNANDEZ (Clamart), A. MAUBON (Limoges), X. FRITEL (Saint-Denis, Réunion), CH. PONCELET (Bondy), J.-L. POULY (Clermont-Ferrand), H. ROMAN (Rouen), F. GOLFIER (Pierre-Bénite), P. PANEL (Le Chesnay), M. NISOLLE (Liège, Belgique)

Lecteurs :

G. BADER (gynécologue-obstétricien, CHI Saint-Germain-en-Laye), G. BARAU (gynécologue-obstétricien, CH Saint-Pierre, Réunion), R.-M. BARC (radiologue secteur privé, Vannes), J. BELAISCH (gynécologue-obstétricien secteur privé, Paris), J. BELAISCH-ALLART (gynécologue-obstétricien, CH Sèvres), D. BENHAMOU (anesthésiste, CHU Paris), J. BERROCAL (gynécologue-obstétricien secteur privé, Rouen), I. BROSENS (gynécologue-obstétricien, CH Leuven, Belgique), A. CHÉRET (gynécologue-obstétricien, CHU Caen), L. CHEVALLIER (gynécologue-obstétricien, CH Saint-Paul, Réunion), B. CLAVIER (gynécologue-obstétricien, CHU Rouen), M. COSSON (gynécologue-obstétricien, CHU Lille), L. CRAVELLO (gynécologue-obstétricien, CHU Marseille), R. DE TAYRAC (gynécologue-obstétricien, CHU Nîmes), H. DECHAUD (gynécologue-obstétricien, CHU Montpellier), X. DEFFIEUX (gynécologue-obstétricien, CHU Paris), R. DETCHEV (gynécologue-obstétricien, CH Lille), M. GABRIELE (gynécologue-obstétricien, CH Saint-Pierre, Réunion), A. GOMPEL (gynécologue-obstétricien, CHU Paris), L. LARUE (gynécologue-obstétricien secteur privé, Charenton-le-Pont), D. LUDZAY (Association EndoFrance, Jouy le Moutier), L. MARPEAU (gynécologue-obstétricien, CHU Rouen), PH. MERVIEL (gynécologue-obstétricien, CH Amiens), R. ROUZIER (gynécologue-obstétricien, CHIC Créteil), S. SAINT-LÉGER (gynécologue-obstétricien secteur privé, Paris), L. SAVEY (gynécologue-obstétricien, CH Trappes), K. SLIM (chirurgien, CHU Clermont-Ferrand), D. TARDIF (gynécologue-obstétricien, CH Annecy), J. VILLIERE (gynécologue-obstétricien secteur privé, Bois-Guillaume), P. VON THÉOBALD (gynécologue-obstétricien, CHU Caen), A. VOTADORO (gynécologue-obstétricien secteur privé, Montpellier), K. ZABAK (gynécologue-obstétricien, CH Paris), E. ZARESKI (radiologue, secteur privé).

Nota

1. *Le « texte long » des présentes recommandations pour la pratique clinique, incluant les rapports in extenso des experts et l'ensemble des références bibliographiques, sera publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, à paraître au premier trimestre 2007.*

2. *Voir page 18 le tableau des niveaux de preuve et des grades symbolisant la force des recommandations.*

I. LES FORMES ANATOMO-CLINIQUES DE L'ENDOMÉTRIOSE

Définitions

L'endométrieose est définie comme la présence de tissu endométrial comportant à la fois des glandes et du stroma en dehors de la cavité utérine (accord professionnel).

La présence de lésions histologiques n'est pas synonyme de l'existence d'une maladie clinique (NP1).

L'aspect macroscopique des lésions est généralement évocateur (NP2), mais un examen histologique (pièce opératoire ou biopsie) est recommandé (accord professionnel). Une histologie négative ne permet pas d'exclure la maladie (grade C).

Macroscopiquement, il est décrit trois formes d'endométrieose externe : l'endométrieose péritonéale (ou ovarienne) superficielle, le kyste endométriosique de l'ovaire et l'endométrieose sous-péritonéale profonde (NP1). Il n'y a pas de données établissant que la physiopathologie et l'histoire naturelle de ces lésions sont différentes.

En l'absence de définition validée de l'endométrieose sous-péritonéale profonde, le groupe retiendra pour la suite des recommandations celle de lésions d'endométrieose qui infiltrent le rétropéritoine ou bien les viscères (rectum, vagin, utérus, vessie, urètre, intestin grêle, etc.) (accord professionnel).

Histoire naturelle de l'endométrieose externe

L'histoire naturelle qui conduit à une endométrieose symptomatique reste mal connue. Les lésions peuvent stagner, évoluer ou régresser (NP1). Il n'a pas d'indication à traiter une endométrieose asymptomatique (ni douleur, ni infertilité, ni masse pelvienne), et ce quel que soit le stade (grade B).

Potentiel tumoral

Il existe une association entre endométrieose et cancer de l'ovaire (NP2), mais le risque de transformation maligne de l'endométrieose reste controversé (NP4).

Il n'existe pas d'argument pour recommander une prévention ou une surveillance particulière en raison du risque tumoral chez la femme porteuse d'une endométriose (accord professionnel).

2. ÉVALUATION CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DE L'ENDOMÉTRIOSE

Quels sont les signes fonctionnels évocateurs d'endométriose ?

Les lésions d'endométriose peuvent être responsables de symptômes douloureux divers (NP1). Le caractère cyclique des symptômes est évocateur d'endométriose (NP2), mais aucun symptôme douloureux (dysménorrhée, dyspareunie, etc.) n'est spécifique de cette affection (NP2). Le délai entre le début des symptômes et le diagnostic est de plusieurs années (NP3). L'existence d'une symptomatologie douloureuse pelvienne sévère et persistante doit conduire à rechercher la maladie (grade C). Cette recommandation reste vraie chez des femmes infertiles (grade C).

Dans l'endométriose douloureuse, il existe une certaine corrélation entre la sémiologie des douleurs et les caractéristiques des lésions d'endométriose (localisation, infiltration en profondeur, adhérences) (NP2). L'analyse sémiologique des symptômes douloureux est recommandée pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose douloureuse (grade C).

Intérêt de l'examen physique pelvien

L'examen physique pelvien a un intérêt pour le diagnostic de lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde ou de kystes endométriosiques (NP3). Cet examen peut être normal (NP3). Sa pertinence est meilleure en période menstruelle (NP3).

L'examen de l'aire rétrocervicale au spéculum, par le toucher vaginal et éventuellement le toucher rectal est recommandé (grade C).

Évaluation de la sévérité des symptômes

Les échelles d'intensité subjective (échelle visuelle analogique, échelle numérique ou verbale simple, échelles multidimensionnelles) sont utiles pour évaluer la sévérité des symptômes douloureux en pré- et post-thérapeutique (grade B).

Quel bilan biologique prescrire ?

Le CA 125 peut être élevé dans l'endométriose (NP2), mais son dosage plasmatique à visée diagnostique et pronostique n'est pas recommandé (grade A).

3. IMAGERIE DE L'ENDOMÉTRIOSE

Tous les examens d'imagerie nécessitent des opérateurs entraînés à l'endométriose (accord professionnel).

L'échographie pelvienne par voie endovaginale est fiable (NP2) et le plus souvent suffisante pour affirmer ou exclure le diagnostic de kyste endométriosique de l'ovaire (grade B). L'échographie pelvienne par voie endovaginale doit aussi s'attacher à explorer l'espace situé en avant de l'utérus et l'aire rétrocervicale (accord professionnel).

Pour l'IRM demandée dans le cadre de l'endométriose, il faut un cahier des charges précis pour que l'examen soit performant (accord professionnel). L'IRM permet de réaliser une cartographie des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde (NP2). Elle peut donc être prescrite dans le cadre du bilan préopératoire, mais elle n'est pas recommandée à titre systématique (accord professionnel). L'IRM peut être utilisée en cas de suspicion clinique d'endométriose sous-péritonéale profonde (grade B). L'IRM n'est pas recommandée pour le diagnostic des endométriomes en dehors de situations particulières (accord professionnel).

L'écho-endoscopie rectale est intéressante en préopératoire dans le cas d'un nodule d'endométriose sous-péritonéale profonde du septum recto-vaginal pour évaluer l'infiltration de la musculature rectale en préopératoire (grade B).

La coloscopie et le lavement baryté n'ont pas d'intérêt dans le bilan préopératoire (grade C). L'exploration des voies urinaires (échographie rénale, URO-IRM, UIV) doit être réalisée à la demande, en particulier dans les lésions sous-péritonéales profondes volumineuses (grade C).

4. LES BONNES PRATIQUES DE LA CŒLIOSCOPIE DIAGNOSTIQUE

Indications de la cœlioscopie diagnostique

La cœlioscopie est l'examen diagnostique de référence permettant de visualiser les lésions endométriosiques (grade A). Une cœlioscopie réalisée dans le cadre d'une suspicion d'endométriose doit être précédée d'un bilan adapté (accord professionnel).

L'endométriose peut se manifester par de nombreux types de lésions (NP2). La cœlioscopie diagnostique peut méconnaître certaines lésions d'endométriose, en particulier les lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde (NP2). La méthodologie de l'exploration doit répondre à un cahier des charges précis (accord professionnel).

Le compte rendu opératoire doit décrire la taille, l'aspect macroscopique, la localisation et l'infiltration en profondeur de toutes les lésions ainsi que les adhérences (accord professionnel). Dans la prise en charge de l'infertilité, la référence aux classifications reconnues apparaît souhaitable (grade C). Il n'y a pas de données permettant d'affirmer la supériorité d'une des classifications.

Il est souhaitable de réaliser dans le même temps opératoire la phase diagnostique et la phase thérapeutique de l'endométriose (accord professionnel). Cependant, en cas de découverte au cours de la cœlioscopie d'une lésion dont le traitement présente des risques chirurgicaux, il peut être préférable de renoncer à son traitement afin de compléter le bilan et d'envisager la prise en charge dans des conditions optimales (accord professionnel).

En cas de cœlioscopie réalisée dans le cadre de l'urgence (suspicion de salpingite, de torsion d'annexe, ou de complication de kyste), la chirurgie d'exérèse des lésions d'endométriose de découverte peropératoire n'est pas recommandée (accord professionnel).

En particulier, la prise en charge chirurgicale des kystes endométriosiques compliqués n'est pas différente de celle des kystes d'autre nature.

5. PRISE EN CHARGE D'UNE ENDOMÉTRIOSE DOULOUREUSE

Les lésions d'endométriose retrouvées ne sont pas toujours la seule étiologie des douleurs dont souffrent les patientes (NP2).

Des facteurs psychologiques peuvent influencer l'importance de la douleur chez les femmes porteuses d'endométriose (NP3). La douleur de l'endométriose peut entraîner des altérations de la personnalité (NP2). La prise en charge psychologique des patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques améliore les résultats du traitement (NP1). L'approche multidisciplinaire est recommandée dans la prise en charge des douleurs associées à l'endométriose (grade C).

Un traitement hormonal ou chirurgical doit être proposé en cas d'endométriose douloureuse (grade A).

Le traitement médical a un effet suspensif sur les douleurs et sur la maladie (NP1). Certaines lésions peuvent échapper ou ne pas répondre au traitement médical (NP4). Chez les patientes présentant des douleurs d'endométriose, un traitement médical hormonal visant à l'obtention d'une aménorrhée (contraceptifs œstroprogestatifs monophasiques en continu, progestatifs, danazol ou analogues de la Gn-RH) est recommandé dans le but de traiter les symptômes douloureux de l'endométriose (grade A). L'utilisation de ces traitements doit se faire selon les schémas définis par l'AFSSAPS en 2005. Le diagnostic d'endométriose doit autant que possible être confirmé histologiquement ou chirurgicalement avant de mettre en œuvre un traitement prolongé (accord professionnel).

La prescription des analogues de la Gn-RH ne devrait pas être prolongée au-delà de 1 an (AMM). L'association de l'*add-back* thérapie est recommandée au-delà de 3 mois de traitement (grade A).

Le traitement chirurgical de l'endométriose est efficace sur les symptômes douloureux (NP1). Sa réalisation est recommandée en cas d'endométriose douloureuse, sous réserve d'un rapport bénéfice risque individuel favorable (grade A).

Lors de la découverte d'un endométriome chez une patiente présentant des douleurs d'endométriose, il est recommandé de rechercher et traiter en même temps les autres localisations de l'endométriose (grade B).

Il n'existe pas de données permettant de comparer les résultats, sur le moyen et long terme, du traitement médical exclusif prolongé et du traitement chirurgical (avec ou sans traitement médical adjuvant).

En cas de récurrence postopératoire des douleurs, un traitement médical peut être instauré (accord professionnel). L'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et exérèse des implants est une option efficace sur les récurrences des douleurs (grade C).

Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander une stratégie de prévention des récurrences. Le suivi régulier et l'accompagnement améliorent la satisfaction des patientes (grade C).

6. PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ ASSOCIÉE À L'ENDOMÉTRIOSE

Traitement de première intention

L'endométriose minime ou légère est parfois responsable d'hypofertilité (NP1). Cette relation semble plus nette dans les stades 3 et 4 (NP3). Aussi, dans le cadre d'un bilan d'infertilité, il est recommandé de recourir d'emblée à la cœlioscopie en cas de suspicion clinique ou échographique d'endométriose (accord professionnel).

En l'absence de signes évocateurs d'endométriose, le recours à des inséminations intra-utérines (IIU) est recommandé avant de proposer une cœlioscopie (grade B).

Lorsqu'une cœlioscopie est réalisée, le traitement chirurgical des lésions, s'il est possible, est recommandé pour améliorer la fertilité (grade B). Pour l'endométriose sous-péritonéale profonde, les données sont insuffisantes pour conclure.

Après la chirurgie, les traitements médicaux postopératoires ne sont pas recommandés (grade B), en dehors du cas particulier d'orientation directe vers la fécondation *in vitro* (FIV).

Le recours direct à la fécondation *in vitro* avant cœlioscopie, alors qu'il existe des arguments en faveur d'une endométriose, ne

se justifie que dans de rares cas où la FIV aurait été indiquée de toute façon (antécédents de salpingectomie, stérilité masculine) (grade C).

Si la coéloscopie découvre des lésions extensives pour lesquelles la chirurgie expose à un risque élevé de complications, le recours direct à la FIV sans geste chirurgical est recommandé (accord professionnel).

Traitement de deuxième intention

Après une chirurgie satisfaisante chez une patiente ne présentant pas d'autres facteurs négatifs, il est recommandé de respecter un délai d'attente de 6 à 12 mois avant de proposer une nouvelle thérapeutique (grade C). Ce délai est à moduler en fonction de l'âge de la patiente et des autres facteurs d'hypofertilité (accord professionnel).

La chirurgie itérative n'est pas recommandée pour la seule raison d'une infertilité persistante après la chirurgie (grade B).

La stratégie du traitement de seconde ligne dépend du stade de l'endométriose et des facteurs associés. En présence d'un facteur mécanique évident (stade III-IV ou atteinte tubaire), la FIV est recommandée (grade C). Dans les autres cas, plusieurs options sont possibles: stimulation de l'ovulation, insémination intra-utérine (grade B). En cas d'échec de ces traitements, le recours à la FIV est recommandé (grade C). Il est recommandé de retraiter l'endométriose médicalement par les analogues de la Gn-RH avant d'entreprendre une FIV (grade A).

Endométriomes et FIV

Les endométriomes n'ont pas d'impact sur le résultat final d'une FIV (NP3). La découverte d'un endométriome lors d'une stimulation de FIV ne doit pas conduire à l'interruption de la tentative (grade B). Pour les endométriomes de moins de 6 cm, ni le traitement chirurgical itératif ni la ponction des endométriomes ne sont recommandés avant la FIV (grade C).

Douleur et infertilité

En cas d'association d'une infertilité et de douleurs persistantes (ou récidivantes) après traitement chirurgical initial, il est recommandé d'éviter autant que possible une nouvelle chirurgie. La mise sous traitement hormonal (œstroprogestatifs en continu, progestatifs ou analogues de la Gn-RH) entre les tentatives d'AMP doit être préférée (accord professionnel).

7. MÉTHODOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

Choix de la voie d'abord

La cœlioscopie est la voie d'abord de choix pour le traitement des endométrïomes ovariens et de l'endométrïose péritonéale superficielle (grade B).

La faisabilité de la cœlioscopie ou de la voie vaginale cœlio-assistée a été démontrée, entre des mains expertes, pour toutes les formes d'endométrïose sous-péritonéale profonde (NP3). La voie vaginale exclusive n'est pas recommandée dans le traitement de l'endométrïose sous-péritonéale profonde (accord professionnel).

Si l'exérèse complète des lésions est l'objectif, une chirurgie complète par laparotomie est toujours préférable à une chirurgie incomplète par cœlioscopie (accord professionnel).

Chirurgie de l'endométrïose péritonéale superficielle

Les deux techniques cœlioscopiques : destruction (coagulation, vaporisation laser), ou exérèse des lésions sont efficaces dans le traitement de l'endométrïose superficielle (NP2). Aucun essai thérapeutique n'a comparé ces deux techniques.

Chirurgie des kystes endométriosiques de l'ovaire

La ponction échoguidée n'est pas le traitement de première intention (grade C). Le drainage percœlioscopique simple n'est pas recommandé car il conduit à une récurrence immédiate (grade B).

La kystectomie intrapéritonéale (KIP) est supérieure au drainage suivi de la destruction de la paroi du kyste par coagulation bipolaire, pour les endométrions d'au moins 3 cm de diamètre, quel que soit le but du traitement du kyste (infertilité, douleur ou masse annexielle) (NP1). La kystectomie doit être réalisée à chaque fois qu'elle est techniquement possible (grade A).

La stratégie en trois temps : cœlioscopie diagnostique et drainage, puis traitement médical par les analogues, puis deuxième cœlioscopie d'exérèse semble comparable au traitement en un seul temps en termes de récurrences, de grossesses, de limitation des adhérences (NP3). Cette approche constitue une alternative lorsque la chirurgie en un temps est trop difficile (grade C).

L'annexectomie ou l'ovariectomie n'est une alternative à la KIP que chez la femme qui ne souhaite plus d'enfant ou qui a récidivé (grade C).

La prescription d'un traitement médical par les analogues de la Gn-RH n'est pas recommandée en préopératoire dans le but de faciliter la chirurgie des endométrions (grade C).

Chirurgie des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde

Il est recommandé que les lésions les plus sévères soient traitées par des équipes expérimentées dans la prise en charge de l'endométriose (accord professionnel).

La chirurgie d'exérèse des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde de la cloison recto-vaginale (y compris vagin ou utéro-sacrés) sans atteinte rectale permet une amélioration des douleurs d'endométriose chez 60 à 100 % des patientes (NP3). La chirurgie d'exérèse est recommandée en raison de son efficacité à moyen terme sur les symptômes douloureux (grade C). Les résultats à long terme ne sont pas évalués.

La chirurgie d'exérèse des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde postérieure avec atteinte digestive permet une amélioration significative des douleurs d'endométriose (NP4). Il n'y a de consensus ni sur la technique ni sur la radicalité d'exérèse

qu'il faut utiliser dans le traitement des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde avec atteinte digestive (accord professionnel).

La cystectomie partielle est recommandée pour le traitement des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde infiltrant la paroi vésicale (grade C). La résection transurétrale n'a pas de place dans le traitement chirurgical de l'endométriose vésicale (accord professionnel).

Chirurgie adjuvante de la douleur

L'hystérectomie simple (avec la conservation des ovaires et sans l'exérèse des implants) n'est pas recommandée en raison du risque élevé d'échec sur la douleur (grade C).

La conservation ovarienne est associée à un risque majoré de récurrence (NP3). Mais la place de la castration chirurgicale ne peut être précisée en l'absence de données.

La section isolée de l'origine des ligaments utéro-sacrés (LUNA) n'est pas recommandée dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse (grade A). Les données actuelles sont insuffisantes pour recommander la neurectomie présacrée dans le traitement de l'endométriose douloureuse (accord professionnel).

Les données disponibles ne permettent pas de recommander la réalisation isolée d'une adhésiolyse dans le traitement des douleurs d'endométriose (grade C).

L'utilisation de certains produits barrières anti-adhérences dans la chirurgie de l'endométriose est efficace dans la prévention de la reformation des adhérences pelviennes (grade A).

Les complications de la chirurgie de l'endométriose

L'incidence des complications majeures de la chirurgie pour endométriose est de l'ordre de 0,1 à 15 % en fonction de l'importance des lésions (NP3). Les taux les plus élevés sont observés dans la prise en charge de l'endométriose sous-péritonéale profonde (NP3). Ces complications peuvent notamment compromettre la fertilité spontanée. La patiente doit être informée du risque de ces complications spécifiques graves et de leurs implications possibles sur la fertilité (grade C). Il est souhaitable d'expliquer que l'amélioration des douleurs n'est pas constante après la chirurgie (accord professionnel).

8. FORMES PARTICULIÈRES D'ENDOMÉTRIOSE ET CAS PARTICULIERS DE LA PRISE EN CHARGE

Endométrieuse pariétale

Le diagnostic préopératoire repose sur l'IRM (NP4). Le traitement chirurgical est recommandé et consiste en une résection large de la masse (grade C). Il n'est pas recommandé de réaliser une coelioscopie à la recherche de lésions pelviennes (accord professionnel).

Endométrieuse appendiculaire

L'endométriose appendiculaire est une localisation fréquente de l'endométriose digestive (NP4). Lorsqu'une coelioscopie est réalisée dans le cadre d'un bilan d'endométriose, il n'y a pas de données permettant de recommander l'exérèse de l'appendice dans le même temps opératoire (accord professionnel). Dans le cas particulier d'une coelioscopie pour douleur, la présence de lésions profondes, responsables d'une induration ou d'une rigidité de l'appendice, justifie l'appendicectomie (accord professionnel).

Endométrieuse pleurale

La survenue d'un pneumothorax ou d'un hémithorax en période périmenstruelle doit faire évoquer le diagnostic d'endométriose pleurale (NP4).

Le diagnostic de certitude repose sur la thoracoscopie (NP4), mais cet examen ne permet pas de poser le diagnostic d'endométriose pleurale dans 100 % des cas (NP4). Cet examen n'est pas recommandé en première intention (accord professionnel).

Le traitement de l'endométriose pleurale vise, dans un premier temps médical, à traiter le pneumothorax initial et à éviter les récurrences ultérieures par l'obtention d'une aménorrhée thérapeutique de longue durée (grade C). En cas d'échec, le traitement est chirurgical et doit associer pleurodèse et traitement chirurgical des lésions (grade C).

Endométriose pulmonaire

L'endométriose pulmonaire est une localisation très rare, le diagnostic d'endométriose pulmonaire est évoqué par le caractère cataménial des symptômes (NP4). Les examens complémentaires à visée diagnostique (bronchoscopie, scanner, IRM) doivent être réalisés lors des menstruations, ce qui améliore la probabilité du diagnostic d'endométriose pulmonaire (grade C).

La place respective du traitement médical et du traitement chirurgical dans l'endométriose pulmonaire est difficile à préciser en l'absence de données comparatives.

Bien qu'il existe une association entre l'endométriose thoracique et pelvienne (NP4), l'indication d'une cœlioscopie sera posée en fonction des plaintes de la patiente (douleurs pelviennes ou infertilité) (accord professionnel).

L'endométriose diaphragmatique

La douleur cataméniale pulmonaire droite ou de l'épaule droite doit faire évoquer le diagnostic d'endométriose diaphragmatique (grade C). La cœlioscopie conventionnelle ne permet pas toujours de visualiser les lésions qui peuvent être situées au niveau de la partie postérieure du diaphragme. Les traitements médicaux et chirurgicaux semblent efficaces (NP4), mais les données sont insuffisantes pour proposer une stratégie de prise en charge.

9. ADÉNOMYOSE

L'adénomyose est définie histologiquement par la présence de glandes et de stroma endométriaux dans le myomètre, à des profondeurs variables (NP1).

L'adénomyose est fréquemment asymptomatique (NP2). L'adénomyose symptomatique est responsable de douleurs et/ou de saignements (NP2).

Le diagnostic de l'adénomyose est histologique sur pièce d'hystérectomie (grade A). L'IRM est l'examen diagnostique le plus fiable (NP2). Sa prescription à but diagnostique n'est pas recommandée en dehors de la présence de lésions associées de l'utérus

(grade B) ou en cas d'indication chirurgicale complexe (accord professionnel). La fiabilité du diagnostic échographique d'adénomyose est suffisante en pratique (grade B).

L'adénomyose asymptomatique ne doit ni être traitée ni être surveillée (grade C). L'hystérectomie constitue le traitement de référence des patientes symptomatiques ne désirant plus d'enfant (grade B).

Les traitements médicaux alternatifs reposent sur le stérilet au lévonorgestrel, les agonistes de la Gn-RH et les progestatifs anti-gonadotropes (grade C).

L'embolisation utérine n'est pas recommandée dans l'état actuel des connaissances (accord professionnel).

Les techniques de destruction endométriale et de résection hystéroscopique pourraient être efficaces à moyen terme sur les ménorragies (NP4). Ces techniques peuvent constituer une alternative chirurgicale à l'hystérectomie, chez des femmes ne désirant plus d'enfant, uniquement en cas de ménorragie isolée (grade C).

Rappel. Tableau des niveaux de preuve et du grade des recommandations selon la Haute autorité de santé (HAS), par ordre de force décroissante.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p>Niveau 1 (NP1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p>Preuve scientifique établie</p> <p style="text-align: center;">A</p>
<p>Niveau 2 (NP2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	<p>Présomption scientifique</p> <p style="text-align: center;">B</p>
<p>Niveau 3 (NP3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins <p>Niveau 4 (NP4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	<p>Faible niveau de preuve</p> <p style="text-align: center;">C</p>
<p>Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'HAS.</p> <p>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un ACCORD PROFESSIONNEL.</p>	

