

## Endométriose : traitement médical et/ou chirurgical ?

### Mots clés :

Algie pel-  
viennne  
Endométriose  
[Endometriosis; Pelvic  
pain]

L'endométriose, décrite il y a 2 siècles, reste une maladie énigmatique (*Bibliomed* 729). Il est établi qu'elle se développe et régresse dans un contexte estrogéno-dépendant, ce qui explique l'approche médicale hormonale. L'approche chirurgicale de référence est l'exérèse totale des lésions, mais une chirurgie moins radicale est habituelle, en particulier chez les jeunes femmes, au risque de guérison seulement partielle ou de récurrence ultérieure. Une revue *Cochrane* (il y en a une cinquantaine sur le sujet)<sup>1</sup>, une revue systématique de l'*European Society of Human Reproduction and Embryology*<sup>2</sup> et surtout un consensus international très argumenté<sup>3</sup> décryptent les options médicales et chirurgicales.

### Traitement médical des symptômes

Le traitement de la douleur pelvienne ne doit pas attendre le diagnostic laparoscopique (accord professionnel). Ce traitement peut être empirique avant chirurgie, utilisé en adjuvant à distance de la chirurgie, ou à long terme pour prévenir les récurrences. La définition de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> lignes est arbitraire, la 2<sup>ème</sup> ligne étant ce que la majorité n'utilise qu'après chirurgie<sup>3</sup>.

En 1<sup>ère</sup> ligne (niveau de preuve - NP - élevé) : divers antalgiques (AINS, paracétamol, les opioïdes étant plus discutés), les contraceptifs estroprogestatifs et les progestatifs (médroxyprogestérone, noréthistérone ou plus récemment dienogest, progestatifs retard)<sup>2,3</sup>.

En 2<sup>ème</sup> ligne (NP faible) : antagonistes de la *Gonadotrophin-releasing hormone (GnRH)* associés si besoin à un traitement hormonal de ménopause, un DIU au lévonorgestrel ou des analgésiques opioïdes si la 1<sup>ère</sup> ligne ne suffit pas. Selon la majorité, le succès de cette 2<sup>ème</sup> ligne peut éviter la chirurgie (NP faible)<sup>2,3</sup>.

Il est difficile de savoir si un traitement médical de ce type avant laparoscopie peut masquer le diagnostic en réduisant les implants endométriosiques et rendre alors le traitement chirurgical plus difficile<sup>2,3</sup>.

Des études observationnelles (NP faible) ont rapporté l'efficacité des inhibiteurs des aromatasés, et des modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone (SPRMs). D'autres molécules ont été testées sans succès : anti-TNF $\alpha$ , raloxifène, rosiglitazone, acide valproïque. Les anti-angiogénèse sont du domaine exclusif de la recherche<sup>3</sup>.

L'acupuncture, la stimulation électrique (TENs) et le magnésium ont montré une certaine efficacité à court terme sur la douleur (NP faible). Ce n'est pas le cas des thérapies comportementales, manipulations vertébrales ou autres.

### Que conclure pour notre pratique ?

#### Il y a aujourd'hui large consensus sur le traitement de l'endométriose.

Malgré les zones d'ombre résiduelles, les propositions faites à Montpellier par les représentants de 34 organismes médicaux et non médicaux des 5 continents reposent sur des données factuelles convergentes. Leur niveau de preuve a été évalué en utilisant le système GRADE<sup>3</sup>. Les 2 propositions (sur 69) qui n'ont pas obtenu la majorité portent sur des points mineurs issus d'études observationnelles.

**Il apparaît surtout que l'endométriose ne peut être considérée comme une entité-maladie délogée de son contexte humain, la malade.** La complexité des situations, leur évolutivité dans le temps, l'importance d'un soutien adapté à l'âge, au mode de vie, et autres particularités de chaque patiente, nécessitent une individualisation des traitements.

### Traitement chirurgical

L'objectif est l'exérèse de toutes les lésions, en particulier profondes, seule capable de guérir la maladie ; la chirurgie laparoscopique est préférable, si possible, à la laparotomie (NP élevé et unanimité des experts). Comparativement à la laparoscopie diagnostique (qui devrait en être seulement le 1<sup>er</sup> temps), la chirurgie laparoscopique est associée à une réduction de la douleur à 6 et 12 mois (OR de 5 à 10 ; essais de petite taille ; endométrioses légères à modérées, stades 1 et 2)<sup>1</sup>. C'est une chirurgie difficile : même avec un opérateur expérimenté, il y a 10 à 55% de récurrence des douleurs dans les 12 mois, atteignant 10% des autres femmes en plus chaque année suivante. Le taux de succès diminue avec le nombre d'interventions et le risque de chirurgies répétées est plus élevé chez les femmes de moins de 30 ans.

La chirurgie améliore la fertilité en cas d'endométriose (NP élevé et avis de la majorité des experts)<sup>1-3</sup>. La place des traitements médicaux adjuvants (GnRH, insémination artificielle, intérêt d'une contraception estroprogestative avant cette insémination, etc.) reste incertaine : il y a là un domaine d'expertise où les avis sont divergents et relèvent du cas par cas.

L'ablation de l'innervation utérine n'a aucune indication ; la neurectomie présacrée n'est généralement pas recommandée, en raison d'une balance bénéfique/risque défavorable (NP élevés et unanimité des experts) ; l'intérêt de l'hystérectomie avec ou sans ovariectomie est discutée dans des cas particuliers.

La chirurgie de l'endométriose profonde relève d'une chirurgie de centres d'expertise. Le dilemme est qu'une résection incomplète peut avoir un résultat insuffisant, alors qu'une intervention radicale augmente le risque de complications majeures (NP élevé).

#### Références

- 1- Jacobson TZ et al. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD001300.
- 2- Kennedy S et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction* 2005;20:2698-2704.
- 3- Johnson NP et al. Consensus on current management of endometriosis. *Human Reproduction* 2013;28:1552-68.