

Endométriose : une maladie bio-psycho-sociale

Mots clés :
Algie pel-
viennne
Endométriose
Infertilité
[Endometriosis;
Infertility;
Pelvic pain]

L'endométriose atteint environ 10% des femmes en âge de procréer (*Bibliomed* 729 et 731). Ses symptômes douloureux (dysménorrhée, dyspareunie, dyschésie) peuvent affecter significativement leur bien-être physique, mental et social. L'infertilité associée peut être cause de stress psychologique, dépression et perte d'estime de soi. Tous ces éléments contribuent à faire de l'endométriose une maladie bio-psycho-sociale aux multiples composantes. Il est difficile d'en évaluer l'impact réel sur la qualité de vie à cause des nombreux facteurs confondants (âge, histoire naturelle, sévérité des symptômes, etc.) mais le consensus international évoqué précédemment¹ et deux revues systématiques^{2,3} apportent quelques éléments de réflexion.

Une biologie en pleine évolution...

L'endométriose ne peut plus être considérée comme la simple conséquence de menstruations rétrogrades, qui existent chez la plupart des femmes. Elle est multifactorielle^{1,2} : facteurs *génétiques* (et tendance héréditaire), *immunologiques*, *ethniques* (plus fréquente chez les Caucasiennes), *constitutionnels* (plutôt les grandes et minces, les rousses...), *environnementaux* (rôle des perturbateurs endocriniens tels que bisphénol A ou phtalates et autres polluants chimiques). Par ailleurs, un engagement professionnel, une activité physique régulière, une vie en couple, une bonne éducation, sont des facteurs plutôt protecteurs². Chaque situation individuelle est spécifique.

Endométriose et âge

Les symptômes débutent chez la plupart des femmes atteintes dès l'adolescence. Il s'agit le plus souvent de stades I ou II, mais des formes plus sévères sont possibles très tôt¹. Le jeune âge n'exclut pas le diagnostic. Les données sur l'impact sur la qualité de vie chez ces adolescentes sont discordantes, certaines études montrant que l'endométriose l'altère moins que chez les femmes plus âgées, d'autres l'inverse³. Le traitement peut améliorer la qualité de vie, réduire les symptômes, prévenir une aggravation ultérieure et réduire la probabilité d'infertilité (Niveau de preuves - NP - faible) mais des recherches complémentaires sont nécessaires pour en préciser les indications et éviter le sur-traitement¹. Par ailleurs, l'endométriose est un facteur de risque obstétrical (complications multiples, dont la prématurité et le risque d'éclampsie) nécessitant une surveillance particulière durant la grossesse (NP élevé)¹. Les rechutes après ménopause sont rares (environ 3%), cette rareté expliquant le manque de données¹.

Que conclure pour notre pratique ?

L'endométriose reste une maladie énigmatique, multifactorielle et multidimensionnelle. Nous ne savons pas comment la prévenir, quelle est l'influence du mode de vie (diététique incluse), quelles sont les stratégies thérapeutiques les plus efficaces pour éviter les récurrences, les standards requis pour les centres d'expertise et leurs chirurgiens, les traitements possibles après la ménopause, etc. Ainsi que conclut le consensus international de Montpellier, « *Il est possible qu'une sous-population de femmes atteintes d'endométriose [dont les caractéristiques restent à déterminer à partir des multiples facteurs en cause] puisse bénéficier d'une quelconque forme de traitement médical capable de modifier l'évolution de la maladie sur le long cours. Le challenge est de les identifier et de leur proposer les stratégies les mieux adaptées* »¹.

Endométriose et qualité de vie

Plusieurs études brésiliennes ont montré que tous les critères de qualité de vie évalués par différents scores (tels le SF-36, utilisé dans plus de la moitié des études incluses dans la revue) étaient altérés par les conséquences douloureuses de l'endométriose, proportionnellement à la sévérité des symptômes^{2,3}. Les taux d'anxiété, de dépression et de dysfonctionnement sexuel sont plus élevés. Il en résulte une perte de productivité et une augmentation des dépenses de santé, mais qui ne diffèrent toutefois pas de celles observées chez des femmes ayant des douleurs pelviennes chroniques d'autre nature^{2,3}. Par ailleurs, une étude allemande a montré que l'infertilité liée à l'endométriose, à environnement social équivalent, altérait davantage la qualité de vie qu'une infertilité d'autre nature³. Il n'a pas été montré de relation avec le stade anatomique de l'endométriose ou la durée de la maladie, ni avec le retard diagnostique³.

Impact du traitement

Tous les traitements de type hormonal ont montré qu'ils amélioreraient la qualité de vie rapidement (dès les premiers mois) et durablement, dans tous les domaines explorés par les échelles utilisées dans les études. Il n'a pas été montré de différences selon les traitements en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de vie, le statut psycho-émotionnel et la vie sexuelle : le choix dépend donc des effets secondaires craints^{2,3}. Des essais randomisés ont montré l'efficacité de la laparoscopie d'exérèse (mais le taux de réponse à la laparoscopie seulement diagnostique était de 30%) sur des suivis allant jusqu'à 5 ans³. D'autres études ont donné des résultats équivalents, y compris pour des localisations spécifiques (colorectales par ex).

Références

- 1- Johnson NP et al. Consensus on current management of endometriosis. *Human Reproduction*. 2013;28:1552-68.
- 2- Acién P et al. Endometriosis: A Disease That Remains Enigmatic. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. 2013;doi.org/10.1155/2013/242149
- 3- Jia SZ et al. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *Journal of Ovarian Research*. 2012;5:29.