Soirée Endométriose

1ER RECOURS

Saint Denis – 6 novembre 2025

Dr Camille PESTRE, *Gynécologue-Obstétricienne, coordinatrice EndoRéunion*

Pauline CUZIN, *Sage-femme coordinatrice EndoRéunion*

Sandrine MAZOYER, *secrétaire de coordination*

Endo RÉUNION

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

Au programme



1

EndoRéunion et Parcours de soins à La Réunion

2

Associations de Patientes

3

Application des Recommandations HAS 2017- 2025

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

1

EndoRéunion
et
Le parcours de soins
à La Réunion

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

EndoRéunion :

Filière endométriose Réunionnaise



- Mise en place de la cadre de la **stratégie nationale de lutte contre l'endométriose** (2022)

- Mise en place mai 2024
  Pilotée et financée par l'ARS Réunion. Portée par le CHU Réunion
  Missions régionales (privé, public, associatif)

- Equipe de coordination :

  Dr Camille PESTRE, gynécologue obstétricienne, médecin coordinatrice
  Mme Sandrine MAZOYER, secrétaire de coordination
  Mme Pauline CUZIN, sage-femme coordinatrice

- Gouvernance de la filière :
  - ❖ Comité de Pilotage Elargi (ARS)
  - ❖ Comité de pilotage Restreint : 19 voies qui tendent à être représentatives du territoire et des modes d'exercices

Aide à l'orientation (patientes et professionnels de santé) :

endoreunion@chu-reunion.fr

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Les missions d'EndoRéunion



Animer

Mise en place et animation d'un **parcours de soin dédié à l'endométriose**

→ Parcours gradué autour de 3 recours

Former

Formation des professionnels de santé

<u>→ 2025 :</u>

- Infirmiers scolaires
- Associations de santé sexuelle
- Professionnels de santé de 1er recours

Orienter

Annuaire des membres d'EndoRéunion :

- Professionnels formés à l'endométriose, la douleur chronique ou la fertilité
- Structures de 2ème et 3ème recours
- Centres de PMA
- Structures douleur chronique
- Programme ETP et HDJ
- Associations

Sensibiliser

Informer les professionnels et le grand public sur l'offre de soin

→ Mise en place **d'un site internet**
1 versant grand publique
1 versant professionnel

→ **Réseaux sociaux**

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Inscription à EndoRéunion

Qui ?

- Professionnel de santé **RPPS**
- Structure de soins (ES, MSP, CDS, etc)
- Association
- Patiente Partenaire

Démarches

- E-learning EndoRéunion
- Questionnaire d'Auto-évaluation
- Formulaire (diplômes, attestations formations, etc.)
- Charte EndoRéunion

Comment ?

→ Mail à **endoreunion@chu-reunion.fr**

L'Annuaire d'EndoRéunion

L'annuaire des membres d'EndoRéunion
MAJ 1x/mois

QR CODE

Ou lien sur réseau sociaux



Tous droits réservés EndoRéunion 2025

S'appuie sur :
- Instruction ministérielle 2022
- Cahier des charges ARS 2024
- Besoins du territoire

Parcours de soin
A destination des professionnels

Prévention

Equipes de l'Education Nationale, Equipe de Santé au Travail, PMI / CPEF, Associations Santé Sexuelle, Associations de Patientes

Missions : Sensibiliser, repérer, orienter vers le 1er recours

ORIENTER VERS LE 1er RECOURS

Oriente

1er recours
=
Professionnels de santé formés à l'endométriose

Sages-femmes formées, médecins généralistes formées, gynécologues, radiologues

Missions : traitement de 1ère intention, diagnostic, mise en place des thérapies complémentaires nécessaires

Oriente

2ème recours

Structures de soins dans lesquelles travaillent **en pluridisciplinarité des médecins référents** en endométriose

Missions : diagnostic complexe, échec traitement de 1ère intention, si besoin : chirurgie gynécologique de l'endométriose

Oriente

3ème recours

Structures regroupant 4 domaines :

- **Chirurgie Endométriose complexe** (gynécologique, digestive, urologique)
- Centre d'imagerie
- Centre de la douleur
- Centre de PMA

Orientation vers les **thérapies complémentaires**
Kinésithérapie, Diététique, Psychologie, Ostéopathie, Etc
formés en endométriose, pelvi-périnéologie, douleur chronique, fertilité.

Orientation vers les **Associations de Patientes**

Tous droits réservés EndoRéunion, Mai 2025

Actuellement 2ème recours :

Nord
- Clinique Ste Clotilde
- MSP Artémis
- CHU Nord

Est
- GHER

Ouest
- MSP Sens
- CHOR
- Clinique des Orchidées

Sud
- CHU Sud

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Parcours de soin
A destination des patientes



Tous droits réservés EndoRéunion 2025

1 **J'ai des douleurs de règles invalidantes, sans diagnostic ni traitement**

2 **Je cherche une sage-femme ou un médecin pour le suivi de mon endométriose**

Je consulte un professionnel de santé de 1er recours

Ses missions :
Etablir un diagnostic
Prise en charge des symptômes
Adaptation des traitements
Organisation des thérapies complémentaires

Succès

Je continue mon suivi endométriose par le professionnel de **1er recours**

Echec

Orientation, avec un courrier de la sage-femme ou du médecin, vers **un 2ème ou 3ème recours, ou vers une structure douleur chronique** selon **les besoins identifiés**

3 **Je cherche des thérapies complémentaires spécialisées en endométriose**

kinésithérapie, diététique, psychologie, etc.

Attention : Certaines de ces thérapies peuvent ne pas être remboursées par la sécurité sociale. Pensez à demander à votre mutuelle santé.

4 **Je cherche un atelier d'éducation thérapeutique (ETP) ou un hôpital de jour (HDJ)**

Je consulte l'annuaire des membres d'EndoRéunion

5 **Je me pose des questions sur ma fertilité, sur mon projet de grossesse**

Je consulte un professionnel de santé de 1er recours

Ses missions :
Evaluation du projet de grossesse
Bilan de fertilité

Grossesse spontanée

Suivi de grossesse **classique** par sage-femme, gynécologue ou médecin généraliste

Infertilité ou souhait de préservation de la fertilité

Orientation vers centre d'**Assistance Médical à la Procréation**

6 **J'ai des questions, j'ai besoin d'un soutien et/ou d'un accompagnement**

Je contacte les associations de patientes

MEMS

endometriosemems974@gmail.com
06 93 90 17 20

EndoEspoir Océan Indien

endoespoir.oi@gmail.com
06 92 66 00 56

A NOTER

Il est important d'**être à l'aise avec le professionnel** que vous consultez.
Si besoin, **vous pouvez consulter un autre professionnel du même recours**



Chaque patiente est libre de consulter le professionnel qu'elle souhaite et le professionnel de santé est libre d'exercer selon ses champs de compétences

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Comprendre les niveaux de recours

C'est quoi ?



Lorsque l'on a des douleurs de règles intenses ou que l'on est atteinte d'endométriose, il est important de **consulter le professionnel de santé adapté à sa situation.**

L'objectif du parcours de soin gradué est de **réduire le temps diagnostic** et **d'améliorer la prise en charge** des patientes atteintes d'endométriose.

En fonction de ma situation, je vais être prise en charge ou orientée vers un professionnel de 1er recours, une structure de 2ème ou 3ème recours.

Et c'est qui ?



Le 1er recours

Ce sont les professionnels médicaux **formés** à l'endométriose : gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes.
Ils ont pour missions : **le diagnostic, la première prise en charge médicale** et l'organisation des **thérapies complémentaires**



Le 2ème recours

Ce sont les structures dans lesquelles travaillent en équipe des médecins référents en endométriose.
Ils ont pour missions **la prise en charge médicale complexe**, ainsi que, si besoin, **la chirurgie d'endométriose** nécessitant l'intervention d'un chirurgien.ne gynécologue



Le 3ème recours

Ce sont les structures qui rassemblent 4 domaines d'expertise : **la chirurgie d'endométriose complexe** nécessitant l'intervention d'un chirurgien.ne gynécologue, digestif et urologue, un centre d'imagerie, un centre de Procréation Médicalement assistée (PMA) et une Structure Douleur Chronique (SDC)



Certaines situations complexes nécessitent d'être discutées lors de **Réunions de Concertation Pluridisciplinaires** (RCP), qui réunissent les médecins experts en endométriose, afin de proposer une prise en charge

Et EndoRéunion, c'est quoi ?

En partenariat avec les associations de patientes Réunionnaises

Les filières endométriose sont mises en place dans le cadre de la **stratégie de lutte nationale contre l'endométriose** (2022)

Elles rassemblent, **dans chaque région,** des structures de soins, des professionnels de santé, des associations et des Patientes Partenaires, investis dans la prise en charge des patientes atteintes d'endométriose.

EndoRéunion est la **filière endométriose régionale Réunionnaise.**

Pilotée et financée par l'ARS Réunion, la filière est portée par le CHU Réunion

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

2

Les associations de patientes

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Les Associations de Patientes

- Suivi associatif **en complément** d'un suivi médical

  → Partages d'expériences
  → Rupture d'isolement
  → Aide à l'orientation

- Optimisation des informations notamment sur les aides sociales

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Les Associations de Patientes

Régionales

Endo Espoir Océan Indien

Endoespoir.oi@gmail.com

06 92 66 00 56

mon endométriose MEMS ma souffrance

endometriosemems974@gmail.com

06 93 90 17 20

Nationales

(liste non exhaustive)

ENDOmind

EndoFrance
www.endofrance.org
Soutenir • Informer • Agir

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

3

Application des Recommandations HAS 2017-2025

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

PLAN

A Généralités en endométriose

B Cas clinique

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

A

Généralités en endométriose



Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Etiologie

CAUSE NON IDENTIFIEE



Hypothèses multiples :

- **Reflux tubaire** : 90% des femmes présentent un reflux de sang et d'endomètre à travers les trompes jusque dans la cavité abdominale. La plupart élimine ces dépôts, mais quelques unes n'y parviennent pas → endométriose

- **Théorie de la métaplasie cœlomique**: transformation de cellules péritonéales en cellules endométriales en réponse à des facteurs hormonaux ou environnementaux.

- **Théorie immunologique** : dysfonctionnement du système immunitaire empêchant l'élimination des cellules endométriales péritonéale et modifiant la réponse inflammatoire.

- **Génétique** : pas de gène identifié mais antécédents familiaux d'endométriose fréquemment retrouvés.

- **Environnement** : exposition à des perturbateurs endocriniens → risque accru d'endométriose.

- **Autres** : embryogénétique, métastasiques….

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Définitions

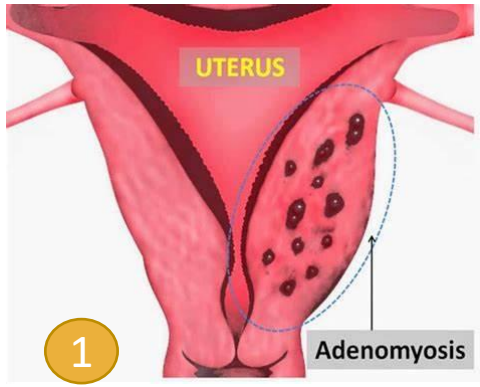
« La définition de l'endométriose : L'endométriose avérée se définit par une symptomatologie ou un désordre fonctionnel explicable par une lésion d'endométriose confirmée par l'histologie ou par un examen d'imagerie très évocateur»

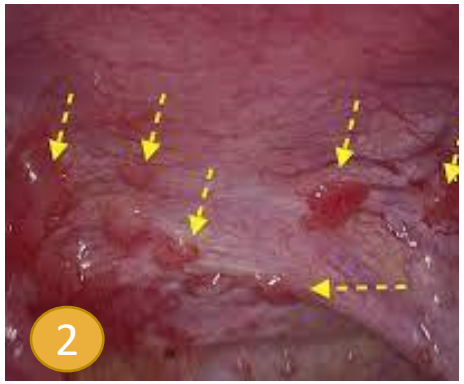
CNGOF et Convergence PP 2025

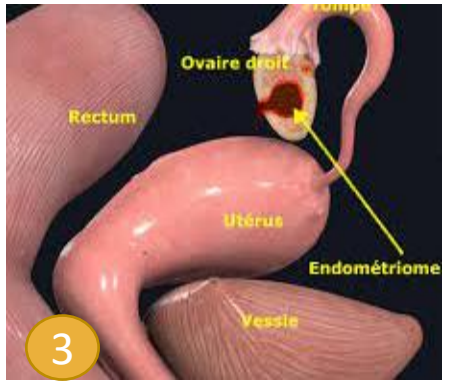
Quelles formes d'endométriose ?

Grand polymorphisme des lésions

1. Intra-Utérine = atteinte utérine
2. Superficielle = atteinte du péritoine
3. Ovarienne = endométriome
4. Profonde = atteinte sous péritonéale







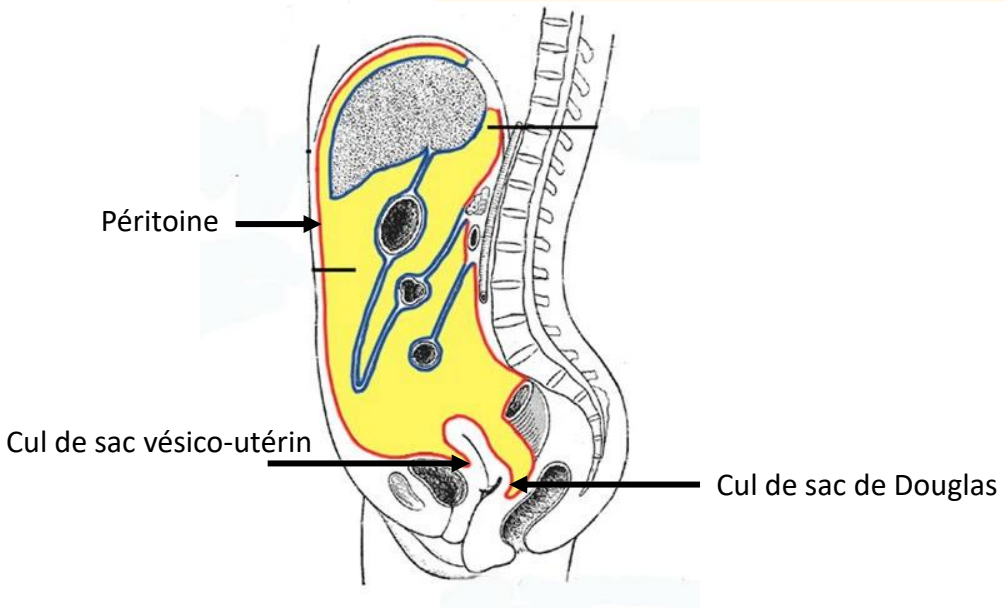


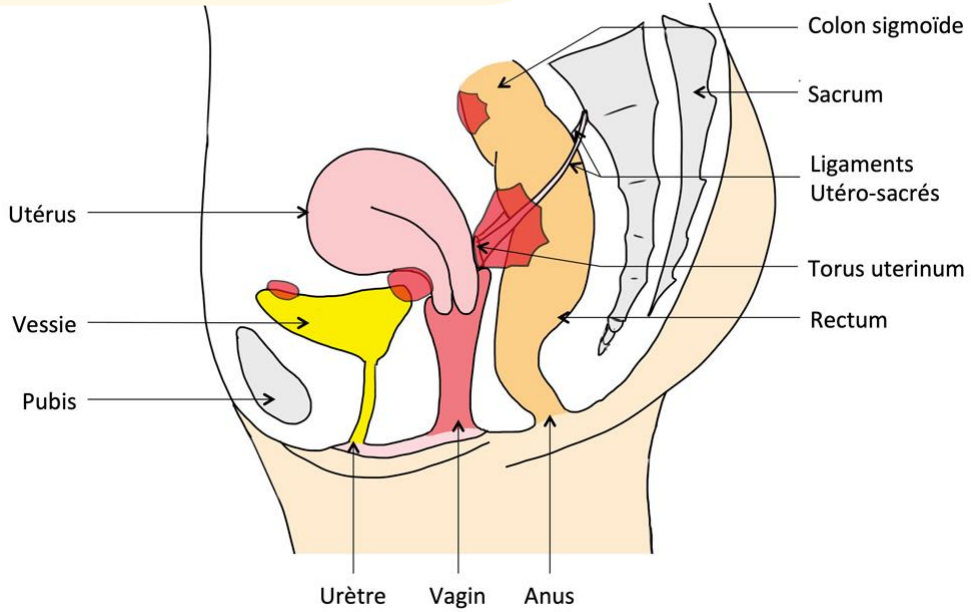
Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Physiopathologie

Localisations pelviennes sont les plus fréquentes :

- Culs de sac de douglas
- Ligaments utéro-sacrés
- Culs de sac vésico-utérin
- Ovaires
- Péritoine pelvien





Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Physiopathologie

LÉSIONS À CAPACITÉS D'ADHÉSION, DE PROLIFÉRATION ET D'INVASION DES TISSUS

- **Réaction inflammatoire** au niveau des lésions d'endométriose
- Constitution d'une **fibrose** périphérique
- **Néovascularisation** périphérique et **neurogénèse** → arc réflexe douloureux

CONSÉQUENCES

- Faibles proportions d'imageries significatives chez les adolescentes
- Récidives chirurgicales

* Littérature (faible niveau de preuve): PAS de progression de l'endométriose au fil du temps, que ce soit en termes de volume ou de nombre de lésion

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Epidémiologie



LES CHIFFRES DE L'ENDOMETRIOSE :
Variables, peu fiables, études complexes

- **Incidence** (nbr endométriose diagnostiquée /10 000 femmes par an):
  - 10/10 000 HAS France
  - 24/ 10 000 études européennes
  - 17/ 10 000 USA

10 /10 000 en France

- **Prévalence** (nbr de femme diagnostiquée endométriose entre 15-55 ans):
  - 10% étude du Minnesota 1987, OMS, INSERM entre 25-49 ans
  - 6,1% USA 2016, 7% Canada 2020
  - 5% méta-analyse Healthcare 2021

10% ?

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

2

Cas clinique



Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Cas clinique 1

Patiente de 24 ans consulte pour dysménorrhées intenses

- Ménarche à 10 ans
- Cycles réguliers de 26 jours
- Durée menstruelle 8 jours
- En couple depuis 1 an sans désir de grossesse
- Pas de contraception hormonale

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Facteurs de risque

- Antécédents familiaux au 1er degré d'endométriose (x5 le risque/ population générale)
- Ménarche (premières règles) précoce, durée courte du cycle (espace de temps entre 2 épisodes menstruels), augmentation de la durée et abondance des menstruations (ménorragies)
- Exposition à des perturbateurs endocriniens

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Comment faire le diagnostic ?

Sur un faisceau d'arguments

L'interrogatoire +++

Importance des symptômes



L'examen clinique

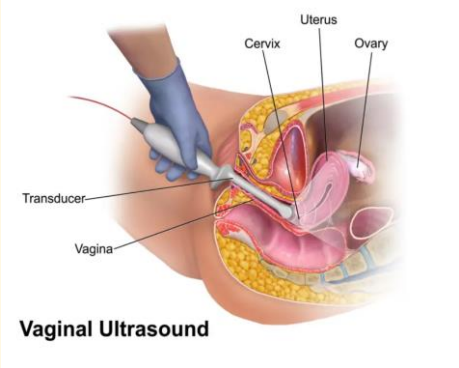
Pose spéculum / TV +/- TR si besoin



Les examens paracliniques

Imagerie **1ere Intention** :

Echographie endo vaginale



Imagerie 2ème Intention :

IRM pelvienne sur indications



Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Les signes évocateurs d'une endométriose



Dysménorrhées sévères

Primaires ou secondaires, EVA>8/10 ou ne cédant pas aux ATG de palier 1, et/ou absentéïsme (scolaire ou professionnel)

Infertilité

Parmi les femmes infertiles, 30-40% sont atteintes d'endométriose





Dyspareunies

Profondes ou d'intromissions
Pendant ou après les rapports sexuels

Ces signes cliniques sont le plus souvent majorés par les règles

Troubles urinaires

Douleurs aux remplissage de la vessie, envies d'uriner fréquentes, douleurs à la miction





Douleurs pelviennes chroniques (> 3mois)

Diffusion de la douleur dans le temps et dans l'espace

Troubles digestifs

Douleurs à la défécation, trouble du transit, gène ou difficultés à évacuer les selles, sang dans les selles





Patientes asymptomatiques

L'intensité des douleurs n'a pas de lien avec le nombre et la profondeur des atteintes

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

L’examen clinique



L’examen clinique est souvent contributif :

- **Examen abdominal:** sensibilité du cadre colique, douleurs hypogastriques ou fosses iliaques. Eliminer une défense abdominale.
- **Pose du spéculum**: permet parfois de visualiser des nodules bleutés vaginaux.
- **Toucher vaginal**: recherchant une rétraction et induration douloureuse des ligaments utéro-sacrés, un nodule du torus, une mobilisation utérine douloureuse, Un utérus rétroverséde volumineux kystes ovariens.
- **Toucher rectal**: effectué en cas de doute sur une infiltration de la cloison rectovaginale.

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Patiente XX de 24 ans consulte pour dysménorrhées intenses
Ménarche à 10ans
Cycles réguliers de 26 jours
Durée menstruelle 8 jours
En couple depuis 1 an sans désir de grossesse
Pas de contraception hormonale

Cas clinique 1

On retrouve à l'examen de madame XX, un pelvis peu mobile et une douleur à la mobilisation utérine.

En approfondissant l'interrogatoire elle se plaint de dyspareunies profondes et de troubles digestifs types alternance diarrhées/constipations.

** Aparté champs compétences SF*

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Examens paracliniques

POUR QUI ?



OUI

→ Dysménorrhées intenses + **autres symptômes douloureux**

→ Douleurs **non contrôlées par un traitement** de 1ere intention

→ Dysménorrhées intenses et **désir de grossesse**

NON

Dysménorrhée isolée et contrôlée par une contraception hormonale, sans autre symptôme douloureux **ni souhait de grossesse immédiat**

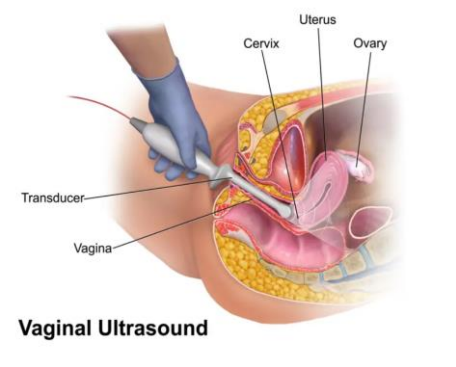
Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Examens paracliniques en pratique

Imagerie 1ère Intention

Echographie endo vaginale par un opérateur entrainé

- Voie vaginale +++
- Analyse rénale (dépistage atteinte haut appareil urinaire)
- Très performante pour les kystes endométriosiques (endométriomes), et nécessitant une formation pour les atteintes profondes (atteintes ligamentaires ou torus)



Imagerie 2ème Intention

IRM pelvienne par radiologue expérimenté

! <u>Sur indications :</u>

- Patiente vierge
- Cartographie d'une endométriose pelvienne profonde ou endométriome.
- Symptômes discordants avec l'échographie: infertilité, résistance TTT médical
- Bilan pré opératoire



Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Examen paraclinique

Echographie pelvienne ou IRM ? *



**L'imagerie dans le diagnostic de l'endométriose APHP. 2021*

Endométriome

Performances <u>similaires</u> pour :

- L'échographie pelvienne
- l'IRM pelvienne ont des

Endométriose superficielle ou débutante

L'échographie pelvienne et l'IRM et **<u>ne permettent pas un diagnostic satisfaisant</u>** des lésions d'endométriose superficielle

Endométriose profonde

Echographie pelvienne par un référent est moins sensible (FN) mais plus spécifique que l'IRM.

Attention, à l'IRM, **faux positifs** de 23% en cas d'épaississement isolé des LUS

Tous droits réservés EndoRéunion 2025



Evolution des méthodes diagnostiques

Une coelioscopie dans <u>le seul but</u> de confirmer le diagnostic n'est pas recommandée



Endotest®: Etude EndoBEST, en cours de déploiement sur Le CHU Nord et Sud

- Patientes de 18 à 43 ans
- Douleurs chroniques évocatrices d'endométriose sous traitement
- Imagerie échographie pelvienne + IRM négative ou suspicion faible d'endométriose



Endobest.nord@chu-reunion.fr

endobestsud@chu-reunion.fr

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Cas clinique 1

Patiente XX de 24 ans consulte pour dysménorrhées intenses
Ménarche à 10ans
Cycles réguliers de 26 jours
Durée menstruelle 8 jours
En couple depuis 1 an sans désir de grossesse
Pas de contraception hormonale
Dyspareunies profondes
Examen pelvien suspect d'une pathologie pelvienne.



Mme XX a donc bénéficié d'une échographie pelvienne par un opérateur entrainé

Les résultats de l'échographie pelvienne :

- Épaississement du LUS droit avec modification de l'architecture et douleur en regard évocateur d'une endométriose profonde
- Rétrofixation de l'utérus sur un nodule du torus.
- Adhérence digestive en regard du torus sans envahissement de la musculeuse: sliding sign négatif.

** Aparté champs compétences SF*

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

La Prise en charge



« L'endométriose nécessite une prise en charge lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération du fonctionnement d'un organe »
HAS 2017

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Principes de prise en charge

Traitements symptomatiques uniquement

- Traitement **hormonal** : objectif d'aménorrhée
- Traitement de la **douleur**
- Prise en charge globale par les **soins de supports** (kiné, soins psychocorporels, activité physique adaptée…)
- Prise en charge de la **fertilité**

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Prise en charge de la douleur aigüe

Antalgiques au palier efficace **le plus faible**
+/- TENS

Echec des paliers 2

Crises douloureuses
répétées intenses

Si douleur gastro intestinale

→ Laxatif osmotique pour constipation

→ Éviter les traitements aggravant la constipation

Traitement de fond de première intention
= HORMONAL pour aménorrhée

SUCCES

→ Suivi en 1er recours

ECHEC

→ Adressé en 2eme recours = référent

USAGE CHRONIQUE DES OPIOÏDES

→ Algologue

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Prise en charge de la douleur chronique:

Approche globale , utilisation de soins de support



- Adaptation antalgiques
- TENS en 1ère Intention
- Recherche et traitement d'une hypersensibilisation pelvienne

+

→ MOUVEMENT

Kinésithérapie, Activité physique adaptée d'intensité modérée (3 séances par semaine 30 à 90 min par séance),…

→ PSYCHOCORPORELLE

Psychothérapie, méditation, hypnose, TCC…

→ AUTONOMISER LA PATIENTE : ETP, TENS, Exercices à domicile

→ AUTRES approches nécessitant plus d'études :

Diététique, acupuncture, compléments alimentaires, sexologue, …





→ SOCIALE

Assistant(e) sociale, associations de patientes, …

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Traitements antalgiques

Antalgiques de palier 1

→ A utiliser dès apparition des douleurs, en **association**

→ **AINS** au long cours : EI gastriques et rénaux
Efficacité sur **réaction inflammatoire (saignements)**

Antalgiques de palier 2

→ **privilégier le NEFOPAM**

→ L'usage chronique des opioïdes n'est pas recommandé

Douleurs neuroplastiques / hypersensibilisation

→**Traitement de fond:** ATD IRSNa, ATD tricycliques , Gabapentine

→ **Consultation douleur**

Utilisation du TENS

Inoffensif, efficace, épargne médicamenteuse.

→ Algoménorrhées

→ Douleurs pelviennes chroniques

→ Hypersensibilisation

→ Troubles mictionnels

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

En cas d’échec des thérapeutiques

- Recherche d’un diagnostic différentiel ou associé
- Discussion en RCP des dossiers complexes
- Prise en charge chirurgicale adaptée
- Injection de toxine botulique sur douleurs liées aux muscles pelvi-péritonéaux.

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

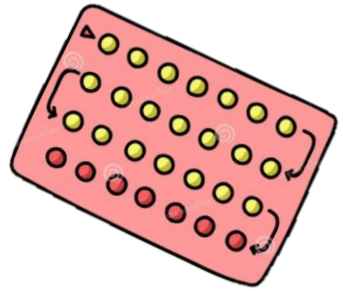
Patiente XX de 24 ans consulte pour dysménorrhées intenses
Ménarche à 10ans
Cycles réguliers de 26 jours
Durée menstruelle 8 jours
En couple depuis 1 an sans désir de grossesse
Pas de contraception hormonale

Cas clinique 1

La patiente est bien soulagée par le traitement mis en place

(EE 30µg et Lévonogestrel 0,15mg)

Elle présente une bonne tolérance clinico-biologique



<u>Elle reconsulte 2 ans plus tard</u> :

- Elle présente une récidive des dyspareunies profondes avec apparition de douleurs à la défécation de recrudescence cataméniale
- Elle a arrêté sa pilule depuis un an dans un contexte **de désir de grossesse**
- Patiente G0P0

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Prise en charge du désir de grossesse et infertilité



ENDOMÉTRIOSE ET INFERTILITÉ

- Parmi les femmes infertiles, 30-40% sont atteintes d'endométriose
- **Le recours à des techniques AMP est plus fréquentes chez les patientes endométriosiques** en raison de plusieurs facteurs : inflammatoires, atteinte anatomique, insuffisance ovarienne, etc.
- Les dyspareunies peuvent diminuer l'exposition à la grossesse

Informer les patientes sur la préservation ovocytaire

ENDOMETRIOSE ET PROJET PARENTAL

- La connaissance d'une endométriose pelvienne chez une patiente **avec projet de grossesse** nécessite une évaluation du pronostic du couple :
  → HyFoSy ou hystérosalpingographie
  → Discuter AMH et spermogramme
- **Bilan précoce de fertilité** et suivi des couples avec projet parental

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Préservation ovocytaire, pour qui?



Préservation ovocytaire sociétale

Toutes les femmes
entre 29 et 36 ans

Préservation médicale de la fertilité

- Endométriose ovarienne bilatérale
- Volumineux endométriome unilatéral
- Risque de chirurgie ovarienne itérative ou récidive

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Endométriose et suivi gynécologique

→ En l'absence de symptôme, il n'y a **pas lieu de faire une surveillance systématique par imagerie**

*HAS 2017 : Les données ne sont **pas en faveur d'une progression** de l'endométriose au fil du temps, que ce soit en termes de volume ou de nombre des lésions.*

→ Suivi gynécologique **annuel**, dépistages et suivi adapté à l'âge

→ S'assurer de la **tolérance et efficacité** du traitement

→ Savoir renouveler les examens en cas **d'apparition de nouveaux symptômes**

→ Savoir aborder le thème de la **fertilité et préservation ovarienne**

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Les messages clés

1. Il n'existe pas une mais **DES endométrioses**
2. Le diagnostic repose sur un **faisceau d'arguments**, avec pour imagerie de **1ère intention : l'échographie endovaginale**
3. La prise en charge est **symptomatique** (douleur et/ou infertilité), et peut nécessiter une **approche globale pluridisciplinaire**
4. Savoir évoquer le sujet de la **fertilité** avec la patiente
5. Orienter vers les **Association de Patientes** dès le diagnostic
   Une question d'orientation ? **S'adresser à EndoRéunion**

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

BIBLIOGRAPHIE

- HAS 2017
- Elsevier Masson Endométriose, 2020
- ESHRE 2022
- Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie , 2018-03-01, Volume 46, Numéro 3, Pages 156-167, Copyright © 2018 Elsevier Masson SAS

Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Avez-vous des questions ?



Tous droits réservés EndoRéunion 2025

Merci de votre attention

ENDO_REUNION

Contact :

endoreunion@chu-reunion.fr

Tous droits réservés EndoRéunion 2025