

Endométriose : *Quelles indications opératoires ?*

Pr Pierre Collinet – Dr Margaux Lesage - Dr Géraldine Giraudet

Hôpital Privé Le Bois - Pôle Ramsay Lille Métropole



Introduction



- Endométriose : 10% de la population féminine
- Physiopathologique complexe et multifactorielle
- Le plus souvent asymptomatique
- Symptômes douloureux à recrudescence menstruelle
 - Dysménorrhée / Dyspareunie / Dysurie / Dyschésie
- Infertilité primaire ou secondaire
- Traitement médical en 1^{er} intention +++++

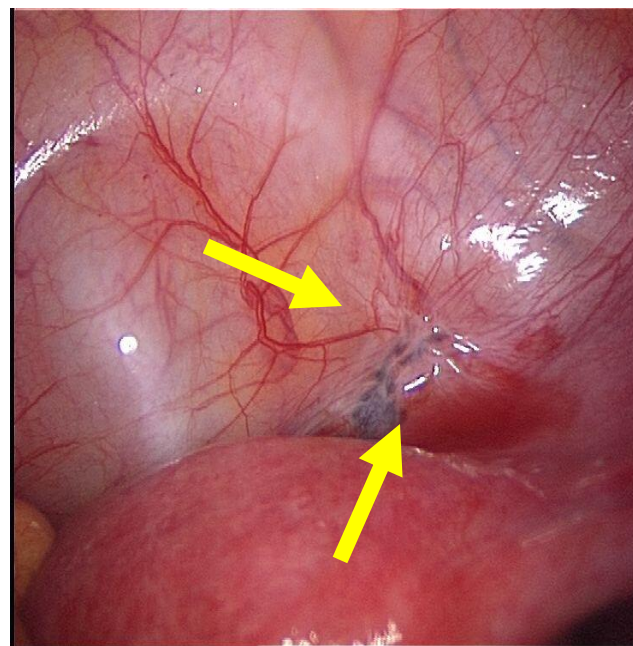
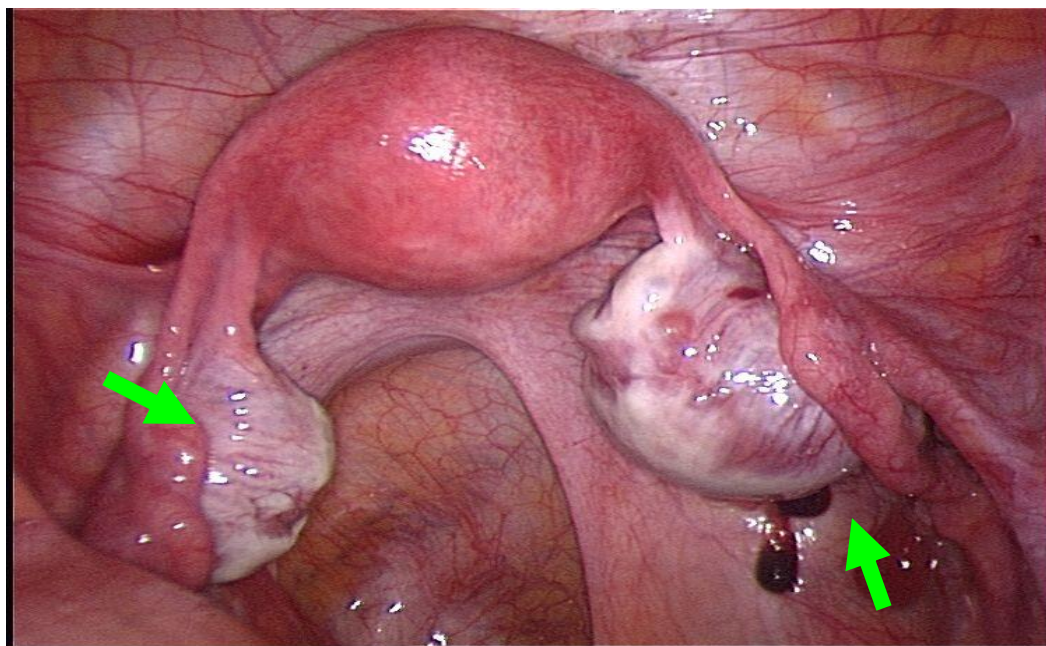
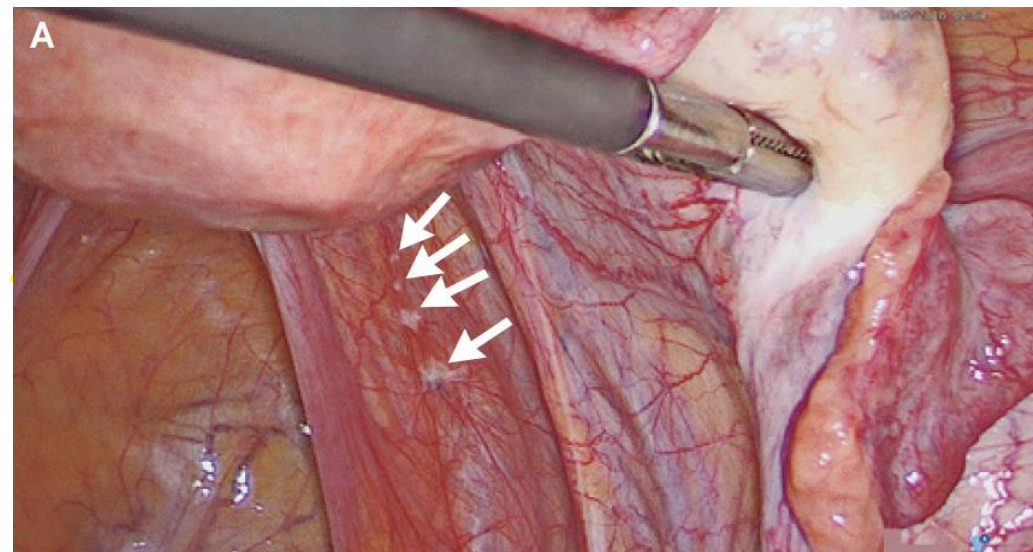




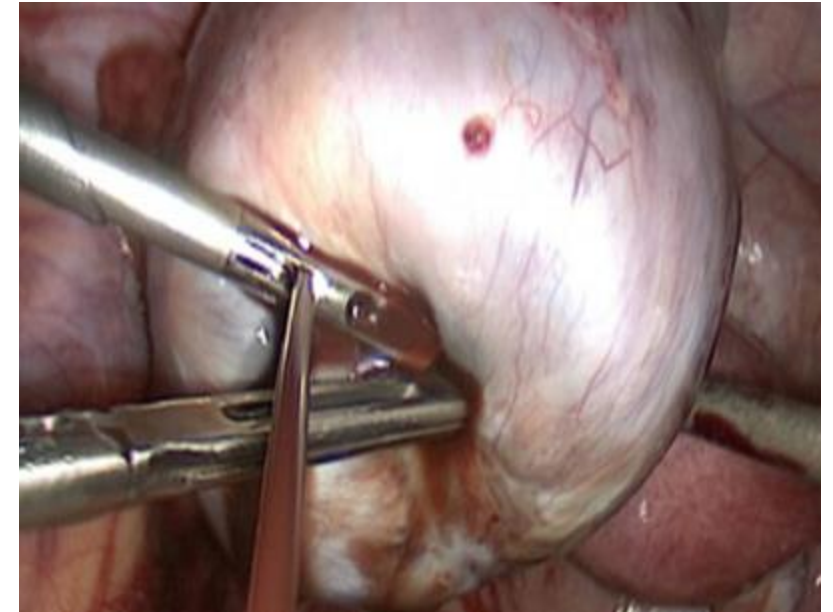
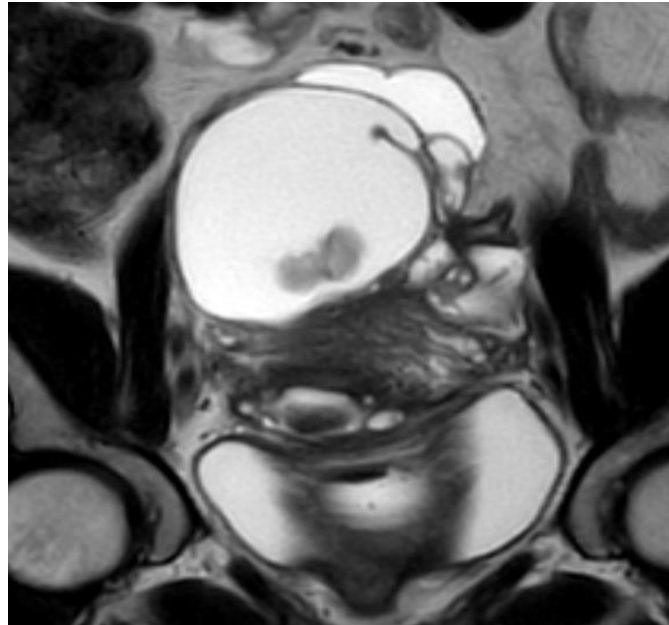
Généralités



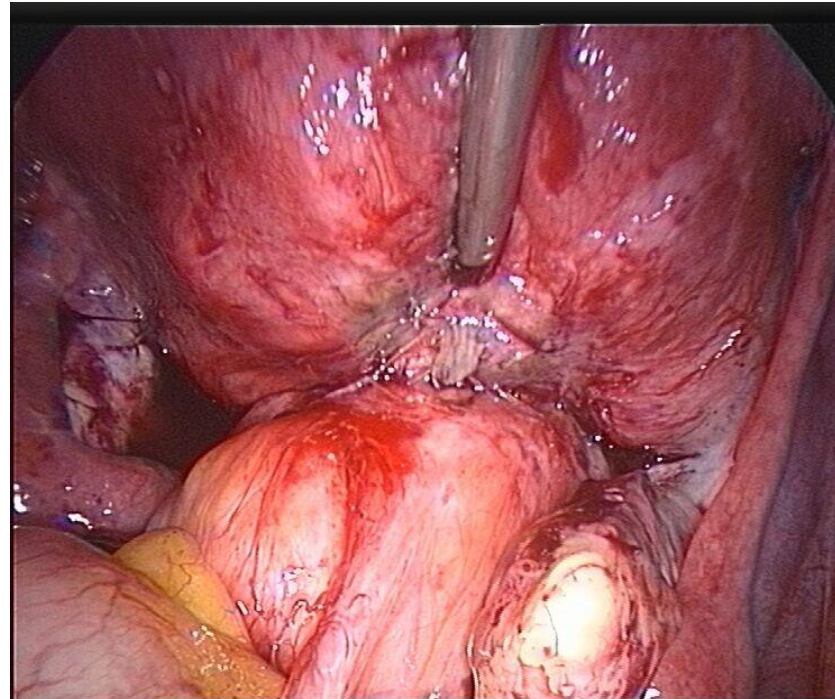
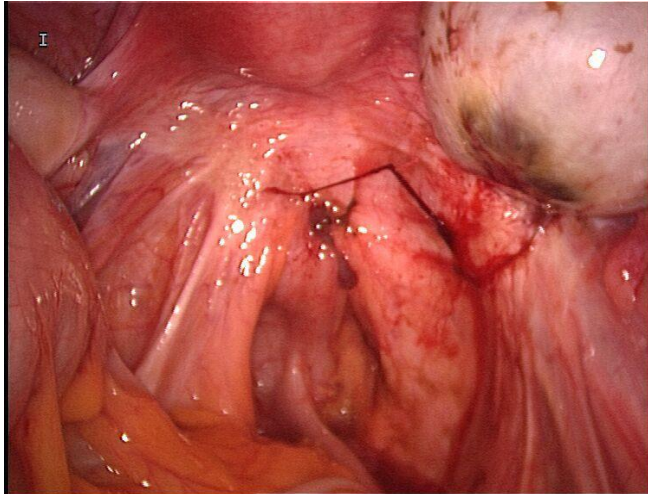
- Endométriose superficielle
- Endometriome
- Endométriose profonde
- Adénomyose



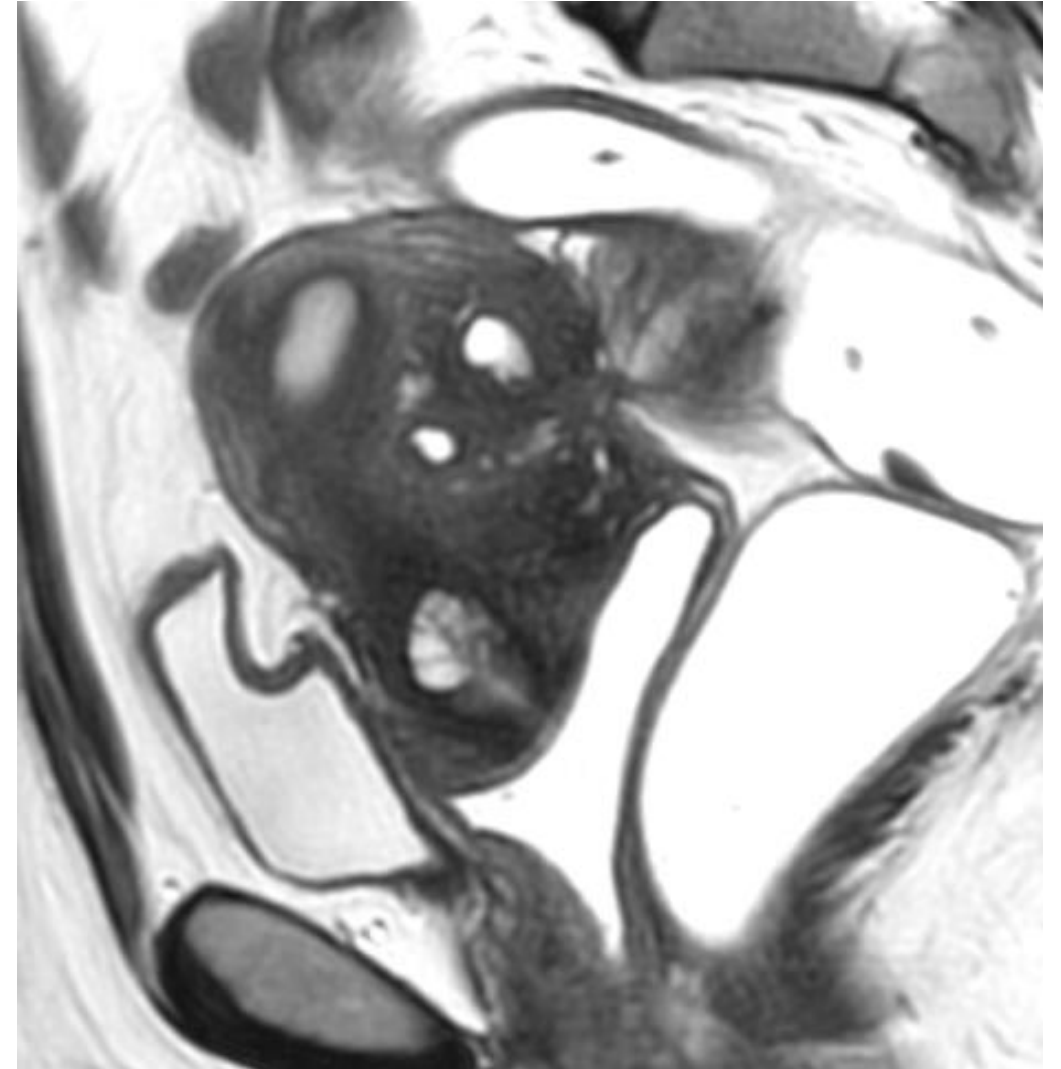
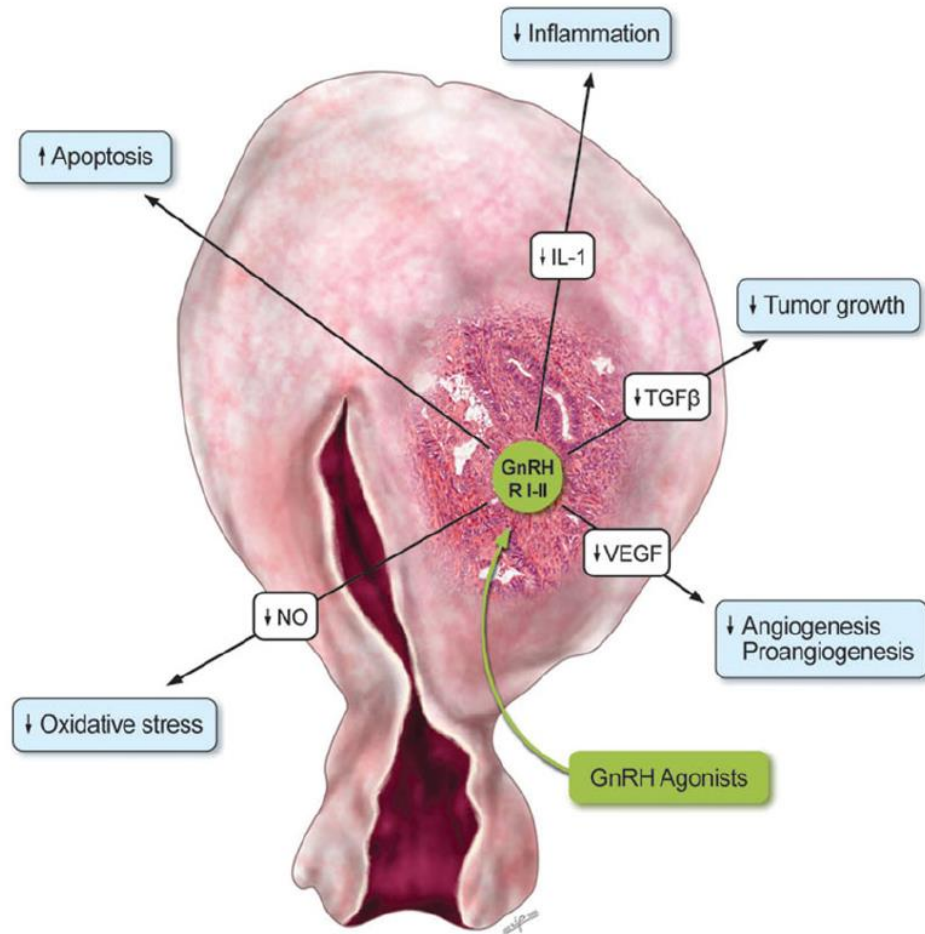
- Endométriose superficielle
- **Endometriome**
- Endometriose profonde
- Adénomyose



- Endométriose superficielle
- Endometriome
- Endométriose profonde
- Adénomyose



Adénomyose



Traitement médical

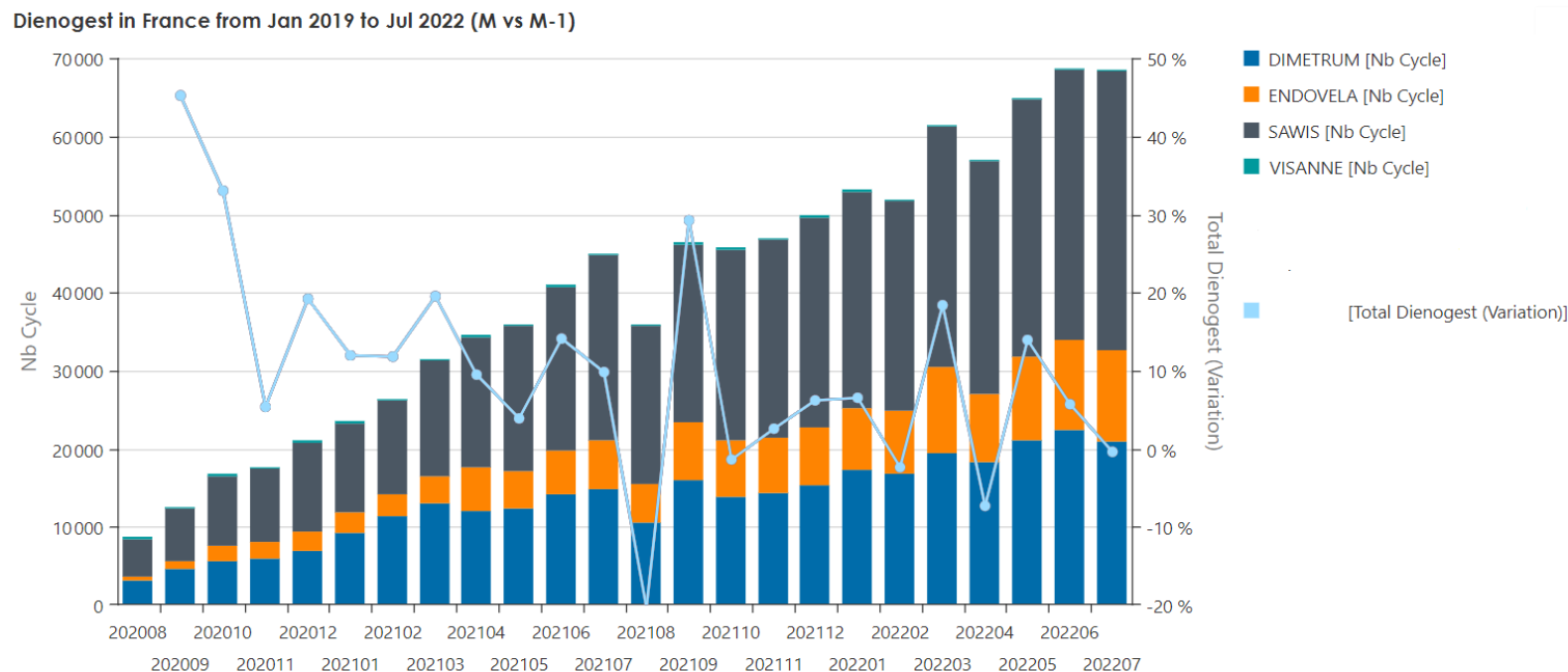


- Les signes cliniques de l'endométriose sont :
 - exacerbés au moment des règles
 - disparaissent pendant les périodes d'aménorrhée
- **Objectif primaire** : obtenir l'aménorrhée
- **Objectifs secondaires** :
 - Supprimer le mécanisme de la maladie et à en suspendre l'évolution
 - ↓ l'inflammation intra-péritonéale
 - Confirmer le diagnostic (test thérapeutique)
 - Éviter la récurrence après chirurgie

- **Compte tenu des données d'efficacité et effets indésirables :**
 - ✓ **1^{ère} intention : contraception orale par estroprogestatifs cycliques (grade A), SIU au LNG (Grade A)**
 - ✓ COP de 2^{ème} génération en première intention (risque thrombotique).
 - ✓ **2^{ème} intention : agonistes GnRH (grade A) , diénogest (Grade B), Microprogestatifs: désogestrel PO, implant à l'étonorgestrel (Grade C)**
 - ✓ **Macroprogestatifs : données insuffisantes pour définir leur place.**
 - ✓ **Non Recommandés : Danazol et le DMPA (effets indésirables)**

Dienogest en France

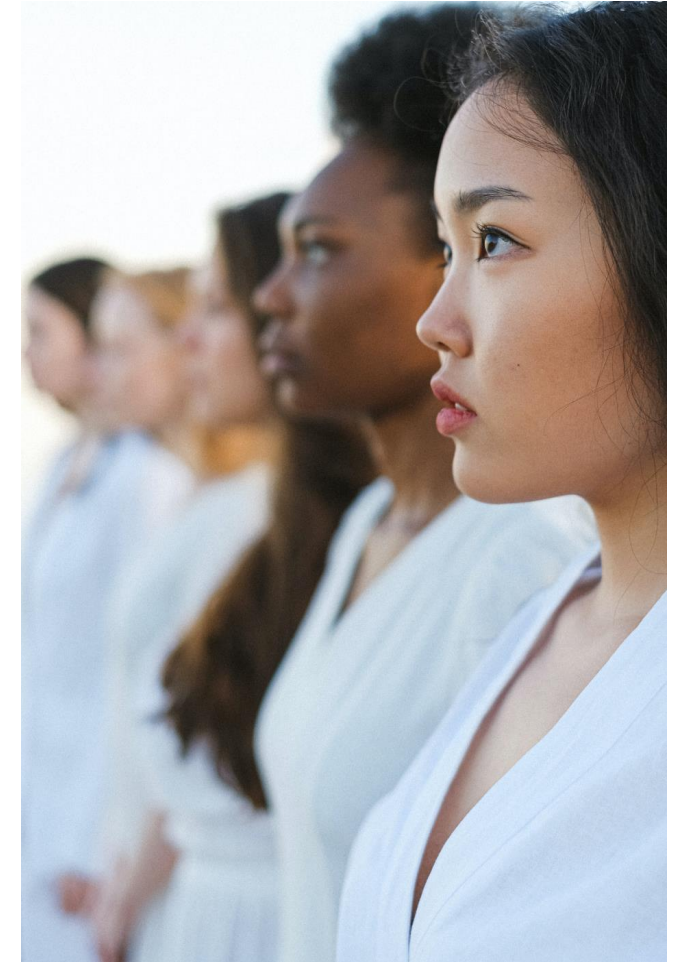
- Remboursé en France depuis avril 2020
- AMM pour l'endométriose douloureuse
- A fin juillet 2022, environ 80 000 femmes traitées en France.



Poster « Remboursement du dienogest pour le traitement de l'endométriose : la dé de l'accès aux soins en France ». H. Fernandez et al. affiché lors du congrès de la SCGP en 2022

Endométriose douloureuse : comment je fais ?

- 1ere intention
 - COP 2eme génération en continu
 - Microprogestatif
 - Dienogest
- 2ème intention
 - Dienogest (+/- Estradiol J3-J24)
 - SIU au lévonorgestrel 52 mg
 - Drospirénone
- 3ème intention
 - Analogues LHRH + add back
 - Prise en charge Algologique + soins supports
 - **Chirurgie**

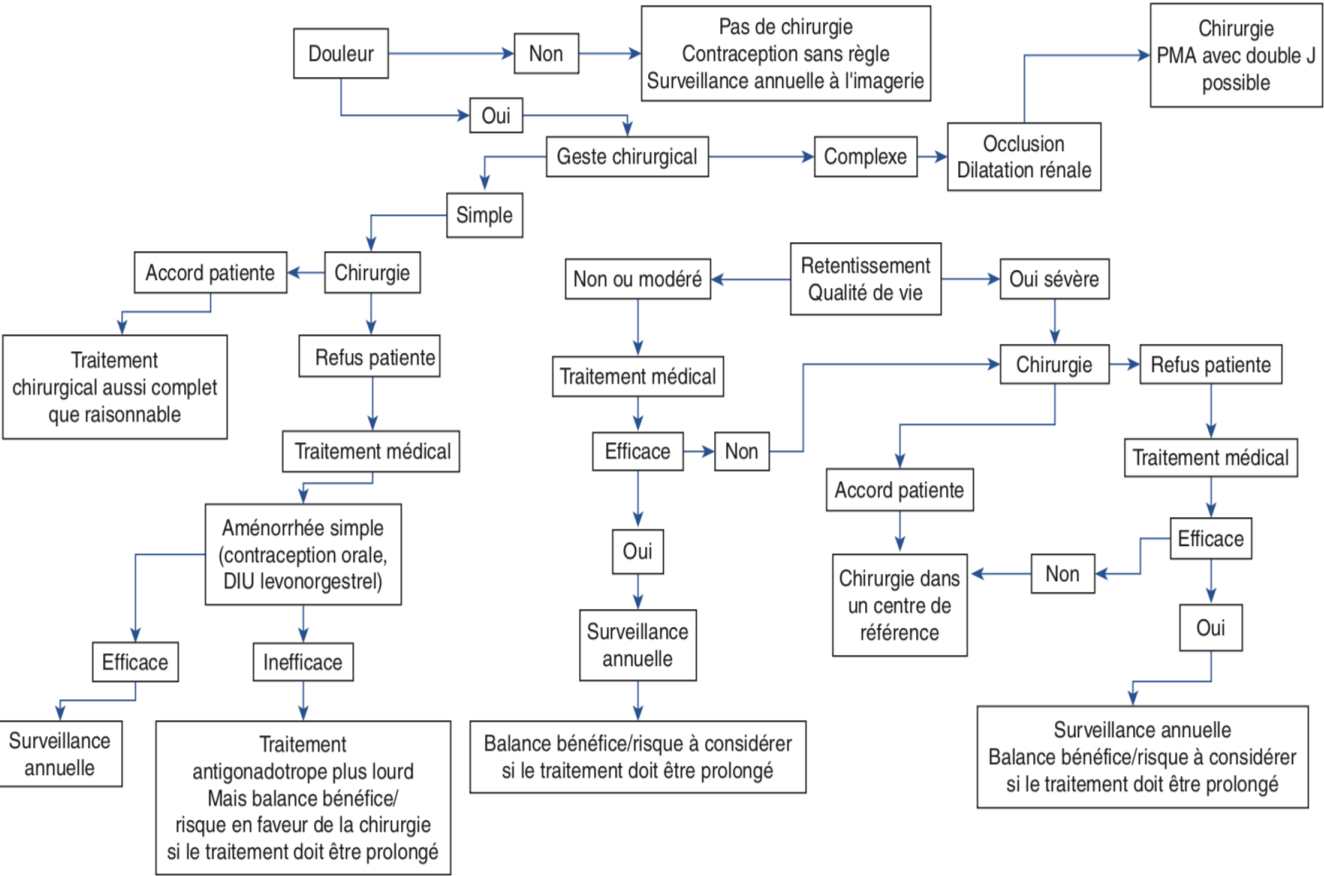




Indications opératoires



Arbres décisionnels



Situation clinique	Chirurgie	Commentaire ou technique
Lésion infiltrante (nodule)		
Asymptomatique	Non	Bien reprendre l'interrogatoire et évaluation qualité de vie
Avec atteinte urétérale	Oui	
Et douleur soulagée par aménorrhée obtenue avec DIU ou contraception orale	Non	Surveillance annuelle
Et douleur soulagée par macroprogestatif ou analogues de la GnRH	Non ?	Balance bénéfice/risque en faveur du traitement médical au long cours
Sans atteinte digestive, douleur soulagée par un traitement hormonal	Oui	Balance en faveur de la chirurgie
Et douleur non soulagée par un traitement hormonal bien conduit (aménorrhée)	Oui	
Nodule et infertilité		
Sans douleur sans atteinte digestive sans indication de PMA	Oui	
Sans douleur sans atteinte digestive avec indication de PMA	Non	
Avec douleur sans atteinte digestive sans indication de PMA	Oui	
Avec douleur sans atteinte digestive avec indication de PMA	Non	Moduler en fonction de la sévérité des douleurs de l'aménorrhée induite
Sans douleur avec atteinte digestive sans indication de PMA	Oui ?	La crainte des complications justifie-t-elle une PMA ?
Sans douleur avec atteinte digestive avec indication de PMA	Non	
Avec douleur avec atteinte digestive sans indication de PMA	Oui	La crainte des complications justifie-t-elle une PMA ?
Avec douleur avec atteinte digestive avec indication de PMA	Non	Moduler en fonction de la sévérité des douleurs de l'efficacité de l'aménorrhée induite

Recommandations pour la pratique clinique

Prise en charge de l'endométriose : recommandations pour la pratique clinique CNGOF-HAS (texte court)

Management of endometriosis: CNGOF-HAS practice guidelines (short version)

P. Collinet^{a,*,b}, X. Fritel^{c,d,e}, C. Revel-Delhom^{ao}, M. Ballester^f, P.A. Bolze^{g,h}, B. Borghese^{i,j}, N. Bornshtein^k, J. Boujenah^{l,m}, N. Bourdel^{n,o}, T. Brillac^p, N. Chabbert-Buffet^{f,q,r}, C. Chauffourⁿ, N. Clary^s, J. Cohen^f, C. Decanter^{t,u}, A. Denouël^v, G. Dubernard^{h,w}, A. Fauconnier^{x,y}, H. Fernandez^{z,aa}, T. Gauthier^{ab,ac}, F. Golfier^g, C. Huchon^x, G. Legendre^{ad,ae}, J. Loriau^{af}, E. Mathieu-d'Argent^{f,ag,ah}, B. Merlot^{ai}, J. Niro^{aj}, P. Panel^{aj}, P. Paparel^{ak}, C.A. Philip^{h,w}, S. Ploteau^{al}, C. Poncelet^{am,an}, B. Rabischongⁿ, H. Roman^{ap}, C. Rubod^{a,b}, P. Santulli^{ij}, M. Sauvan^z, I. Thomassin-Naggara^{aq,ar,as}, A. Torre^{at}, J.M. Wattier^{au}, C. Yazbeck^{av,aw}, M. Canis^{n,o}



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français



Endometriosis

Guideline of European Society of Human
Reproduction and Embryology

2022

ESHRE Endometriosis Guideline Development Group



ENZIAN 2003 → #ENZIAN 2010

(Scientific Endometriosis Fondation)

#Enzian

(Classification of Endometriosis)

PERITONEUM

P

Peritoneum

Sum of all diameters

P1

$\Sigma < 3\text{ cm}$

P2

$\Sigma 3\text{--}7\text{ cm}$

P3

$\Sigma > 7\text{ cm}$

O

Ovary

Sum of all diameters

left

right

O1

$\Sigma < 3\text{ cm}$

O2

$\Sigma 3\text{--}7\text{ cm}$

O3

$\Sigma > 7\text{ cm}$

T

Tubal ovarian condition

Adhesions

Motility

Patency test

left

right

T1

Pelvic sidewall

T2

Pelvic sidewall Uterus

T3

Pelvic sidewall Uterus Bowel, USL

DEEP ENDOMETRIOSIS

A

Rectovaginal space Vagina Retrocervical area

Largest diameter

A1

$< 1\text{ cm}$

A2

$1\text{--}3\text{ cm}$

A3

$> 3\text{ cm}$

B

Sacrouterine lig. Cardinal ligaments Pelvic sidewall

Largest diameter

left

right

B1

$< 1\text{ cm}$

B2

$1\text{--}3\text{ cm}$

B3

$> 3\text{ cm}$

C

Rectum

Largest diameter

C1

$< 1\text{ cm}$

C2

$1\text{--}3\text{ cm}$

C3

$> 3\text{ cm}$

F

FA

denomyosis

FB

ladder

FI

Intestinum

FU

reter

Location

Diaphragm

Lung

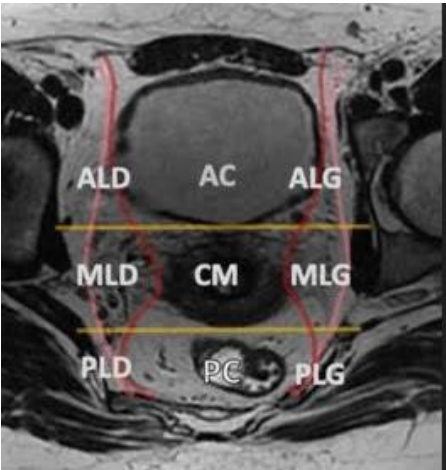
Nerve

→ Codage en **P_ O_ / _ T_ / _ A_ B_ / _ C_ +/- FA FB FU FI**

« Actualité en chirurgie gynécologique » - Février 2025

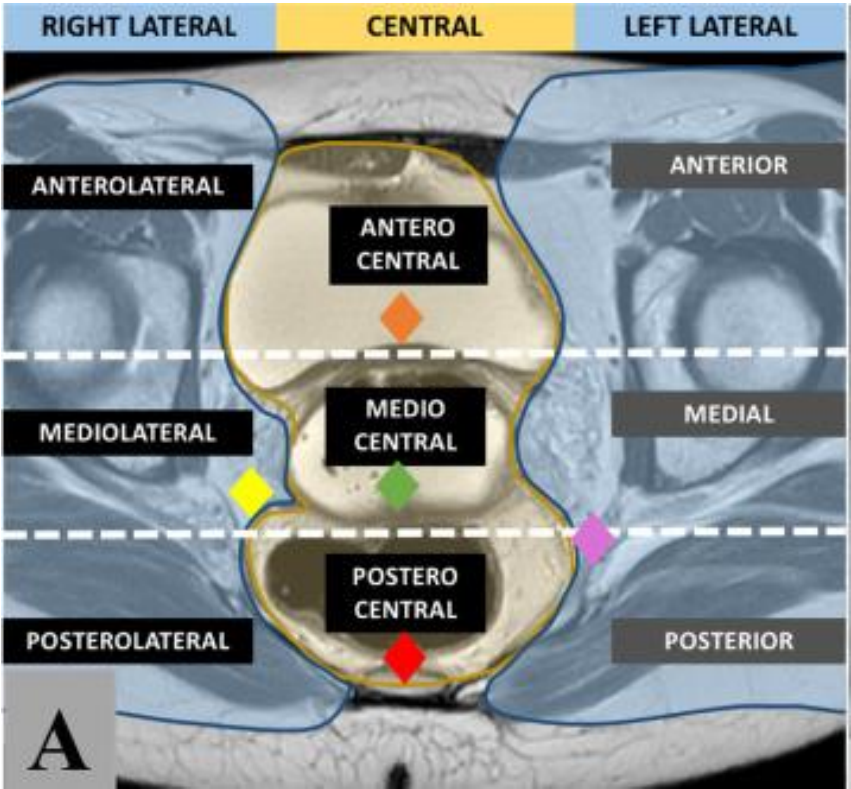
CLASSIFICATION dPEI (Deep Pelvic Endometriosis Index)

Division du pelvis en 9 compartiments par 2 lignes horizontales inter-viscérales et 2 lignes verticales des fascias viscéraux



≤ 2 compartiments atteints	EPP minime
3 ou 4 compartiments atteints	EPP modérée
≥ 5 compartiments atteints	EPP extensive

+ 1 pt si franchit fascia pelv pariétal
+ 1 pt si atteinte dig>10cm



Clinical Management of Bowel Endometriosis pp 65–78 | Cite as

Magnetic Resonance Imaging

[Cendos Abdel-Wahab](#), [Cyril Touboul](#), [Edwige Pottier](#), [Edith Kermarrec](#), [Audrey Milon](#), [Asma Bekhouche](#) & [Isabelle Thomassin-Naggara](#)

Chapter | First Online: 04 September 2020



Recommendations

Deep pelvic infiltrating endometriosis: MRI consensus lexicon and compartment-based approach from the ENDOVALIRM group

Pascal Rousset^{a,*}, Marie Florin^b, Nishat Bharwani^c, Cyril Touboul^d, Michèle Monroc^e, François Golfier^f, Stéphanie Nougaret^g, Isabelle Thomassin-Naggara^h, ENDOVALIRM Group¹

^a Department of Diagnostic and Interventional Imaging, Hospices Civils de Lyon, Lyon Sud University Hospital, Lyon 1 Claude Bernard University, CKLY - EA3738, Pierre Bénite 69495, France

^b Department of Diagnostic and Interventional Imaging, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Tenon, Paris 75020, France

^c Service for Urological and Gynecological Imaging, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, England

^d Department of Gynecology and Obstetrics, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Tenon, Sorbonne Université, INSERM UMRS 938, Paris 75020, France

^e Department of Radiology, Clinique Saint Antoine, Bois Guillaume 75230, France

^f Department of Gynecological and Oncological Surgery, Obstetrics, Hospices Civils de Lyon, Lyon Sud University Hospital, Lyon 1 Claude Bernard University, CKLY - EA3738, Pierre Bénite 69495, France

^g Department of Radiology, Montpellier Cancer Institute, U1194, Montpellier University, Montpellier 34295, France

^h Department of Diagnostic and Interventional Imaging, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Tenon, Sorbonne Université, Paris 75020, France

Validation et systématisation IRM 2022:

7 centres français de référence 900 patientes



Coelioscopie diagnostique



Diagnostic de l'endométriose



La coelioscopie (ou laparoscopie) n'est plus le gold-standard et elle n'est désormais recommandée que chez les patients dont les résultats d'imagerie sont négatifs et/ou lorsque le traitement empirique a échoué ou est inapproprié.

B

Lorsque l'imagerie objective une endométriose sur des éléments caractéristiques et spécifiques (kyste et/ou lésions profondes), la réalisation d'une coelioscopie dans le seul but de confirmer le diagnostic n'est pas recommandée (Grade B).



Article

Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis

Sofiane Bendifallah ^{1,2,*}, Stéphane Suisse ³, Anne Puchar ^{1,2}, Léa Delbos ^{4,5}, Mathieu Poilblanc ^{6,7}, Philippe Descamps ^{4,5}, Francois Golfier ^{6,7}, Ludmila Jornea ⁸, Delphine Bouteiller ⁹, Cyril Touboul ^{1,2}, Yohann Dabi ^{1,2} and Emile Daraï ^{1,2}

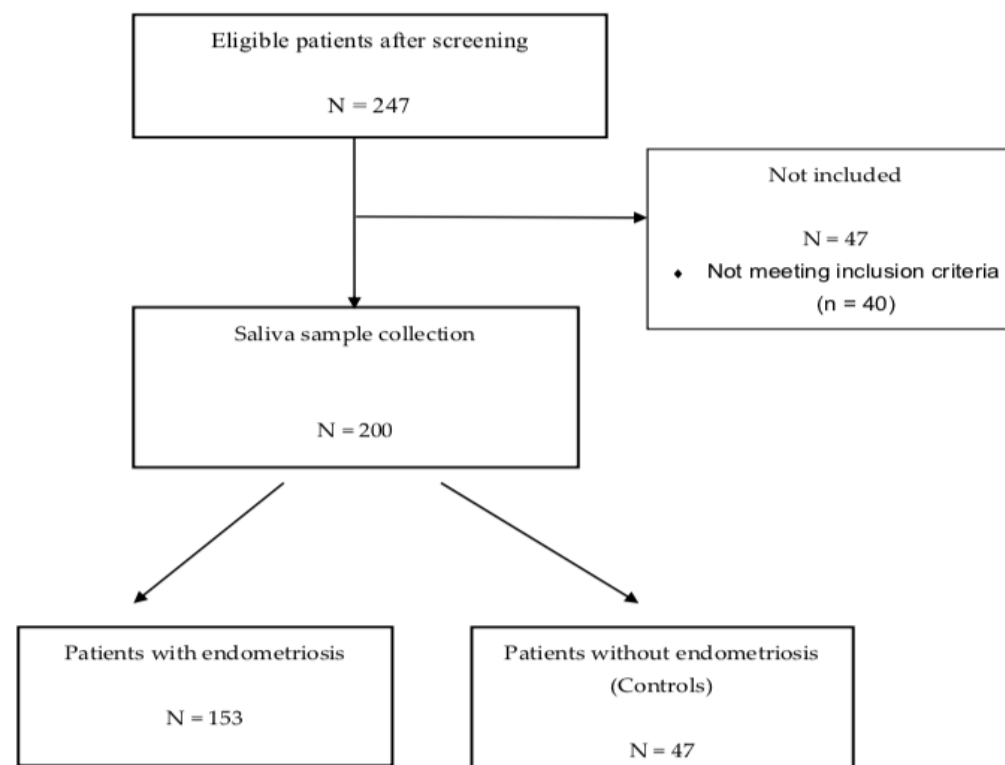
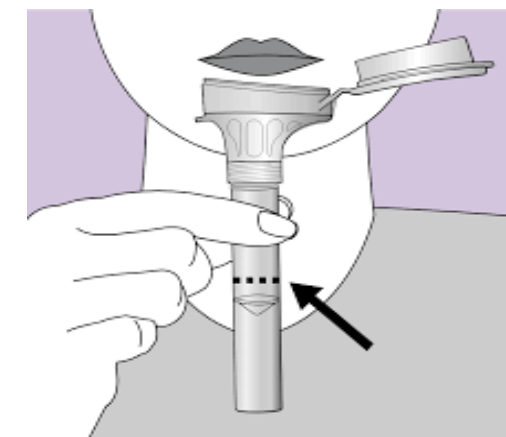
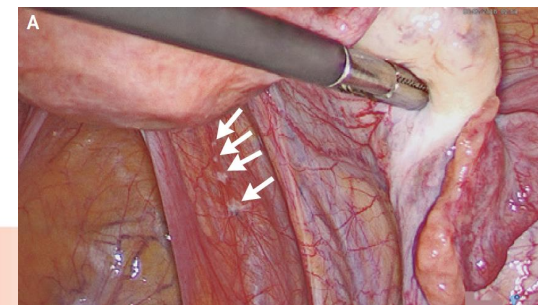
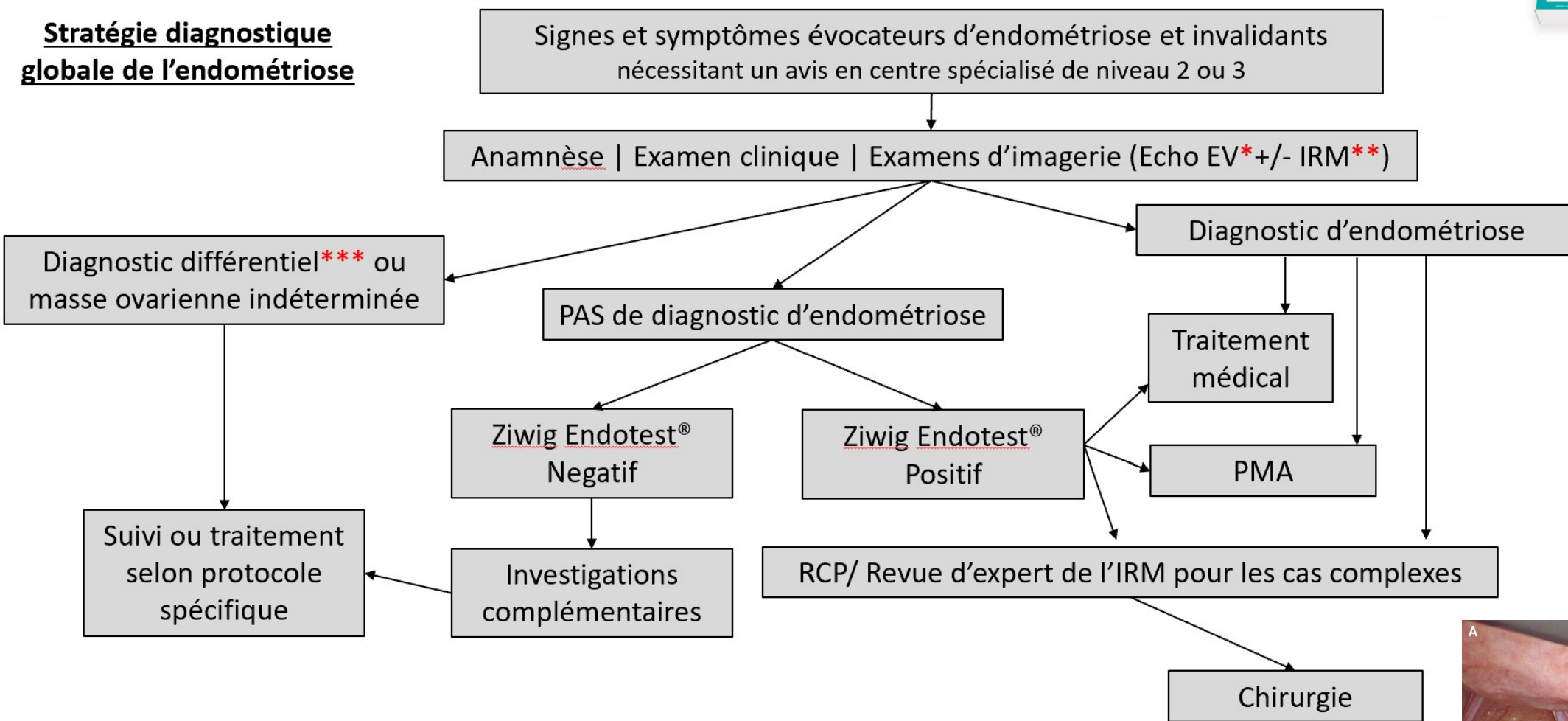


Figure 1. Flow chart of ENDO-miRNA study.



Endobest study

Stratégie diagnostique globale de l'endométriose





Endométriose superficielle



La chirurgie est-elle efficace en cas de douleurs pelviennes associées à des lésions d'endométriose minime à légère ?

- Sutton (1994): Etude prospective, randomisée, en double aveugle, 63 patientes, stades 1, 2 et 3
 - Efficacité à 6 mois
 - Vaporisation laser + adhésiolyse *versus* attitude expectative
 - OR 5,7, IC 95 % 1,9– 17,3
- Abbott (2004): Etude prospective, randomisée, en aveugle, 39 patientes, stades 2 à 4
 - Efficacité à 6 mois (douleur et qualité de vie)
 - Excision *versus* coelioscopie diagnostique
 - OR 8,7, IC 95 % 2–37,4 (douleurs)
 - Effet placebo de la chirurgie

NP1

- **Le traitement chirurgical des lésions péritonéales minimales à légères réduit les douleurs associées aux lésions d'endométriose péritonéale minimales à légères**



Endométriose ovarienne



Endométriose ovarienne

Kystectomie ou kystotomie

Kystectomie

- technique avec taux de récurrence moindre (NP1)
- **efficace sur les douleurs en cas d'endométriomes isolés (NP2)**
- améliore taux de grossesse spontanée chez les femmes infertiles
- par rapport au drainage coagulation (NP1)
- diminution significative à court terme AMH (NP1)

NP1

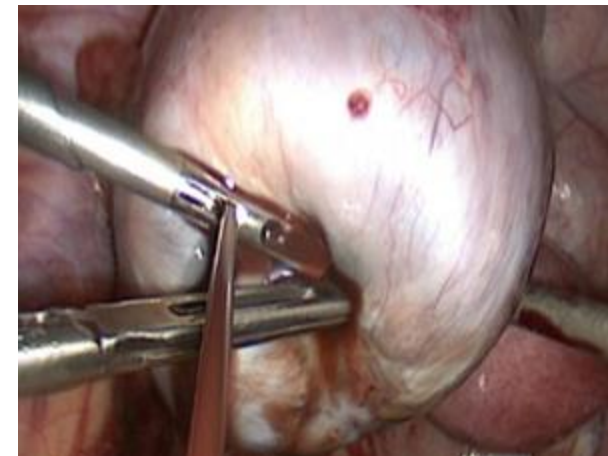
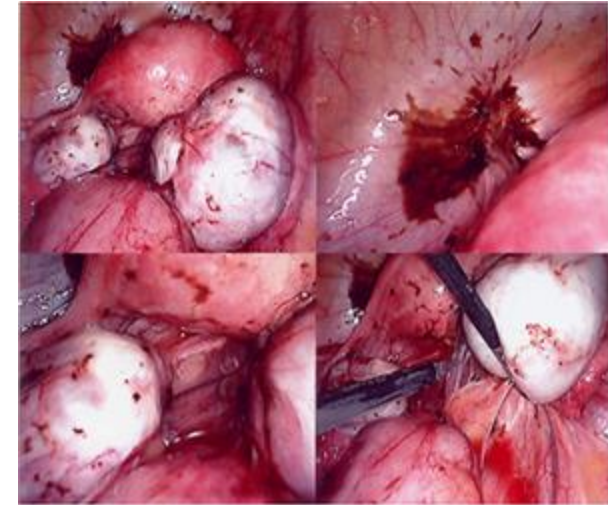
Recommandations

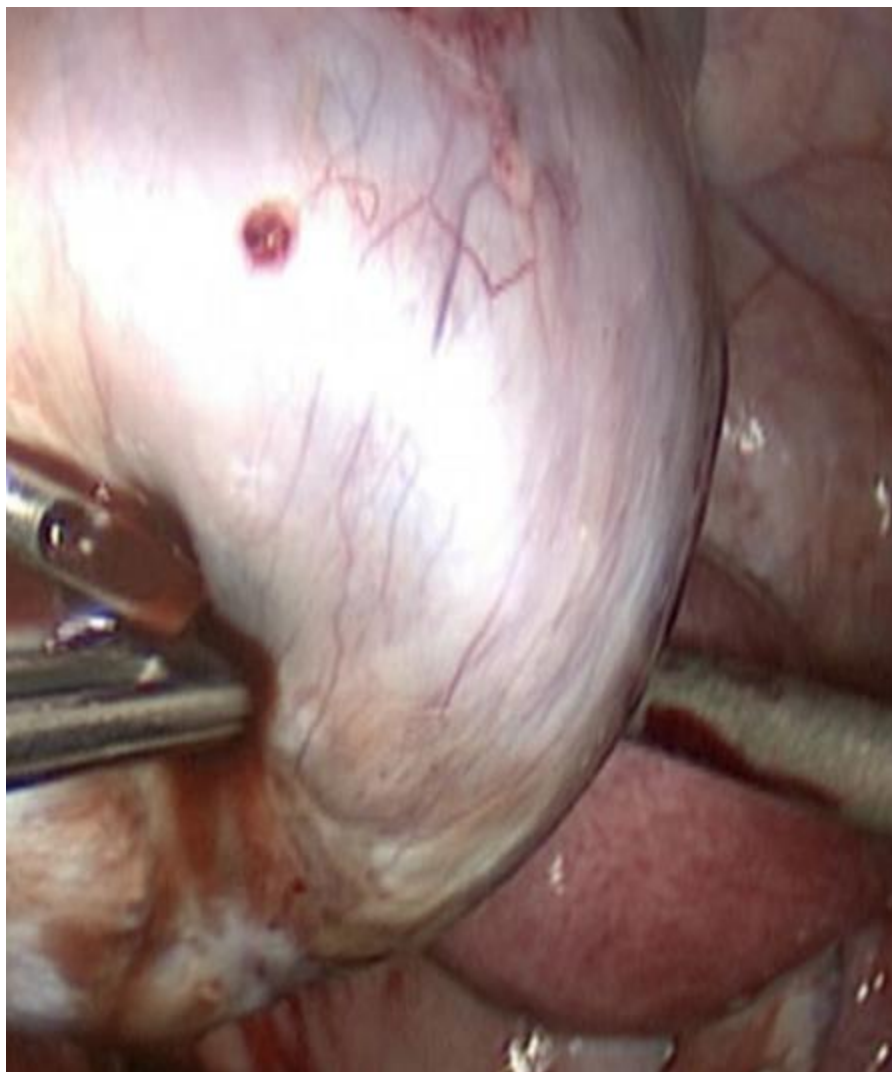
La **kystectomie** intra-péritonéale coelioscopique est la technique de **référence** pour la prise en charge des endométriomes.

Dans certaines situations, la kystectomie pour endométriome peut conduire à une ovariectomie partielle ou totale en raison des difficultés opératoires.

En l'absence de plan de clivage, il est préférable d'abandonner la kystectomie si la patiente souhaite préserver son ovaire.

Acord
D'EXPERcTS







Endométriose profonde



Endométriose colorectale

Impact de la chirurgie:

NP2

- La chirurgie pour endométriose colorectale améliore l'intensité des symptômes gynécologiques, digestifs et généraux ainsi que la qualité de vie sans que l'on puisse présager de la durée de cette efficacité

GRADE C

La chirurgie pour endométriose colorectale peut être proposée chez les patientes **symptomatiques.**

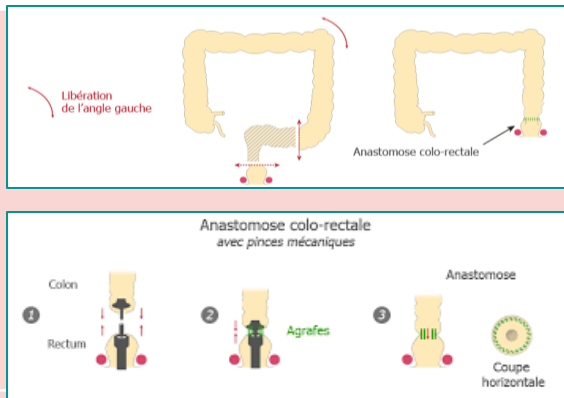
GRADE C

Lorsque le traitement chirurgical est décidé, il est recommandé de faire une **résection des lésions pelviennes d'endométriose aussi complète que possible.**

Endométriose colorectale

Approche « radicale » ou « carcinologique »

Résection segmentaire

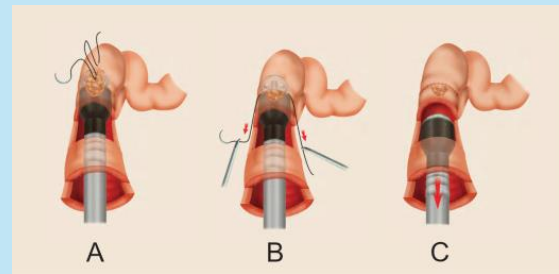


Résection recto-sigmoïdienne emportant le nodule (« au ras du tube ») & anastomose colo-rectale

- ⇒ **Risque de fistule anastomotique**
 - ⇒ **et/ou recto-vaginale**
 - ⇒ **Sténose anastomotique**
 - ⇒ **Séquelles fonctionnelles (LARS)**

Approche « conservatrice »

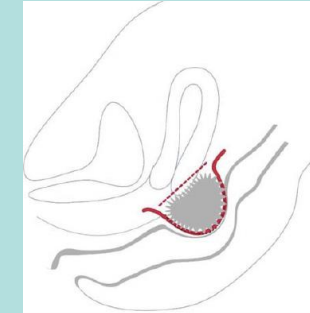
Résection « discoïde » (rectale antérieure)



Agrafage trans-anal d'une « pastille » de paroi rectale non circonférentielle emportant le nodule d'endométriose

- ⇒ **Respect du mésorectum**
- ⇒ **MAIS suture rectale (risque de fistule)**

Shaving

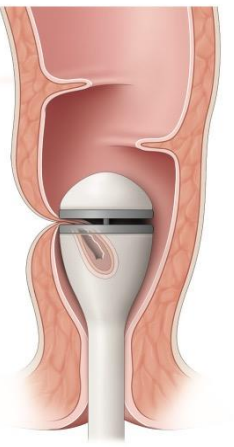


Exérèse sélective du nodule sans ouverture de la lumière rectale

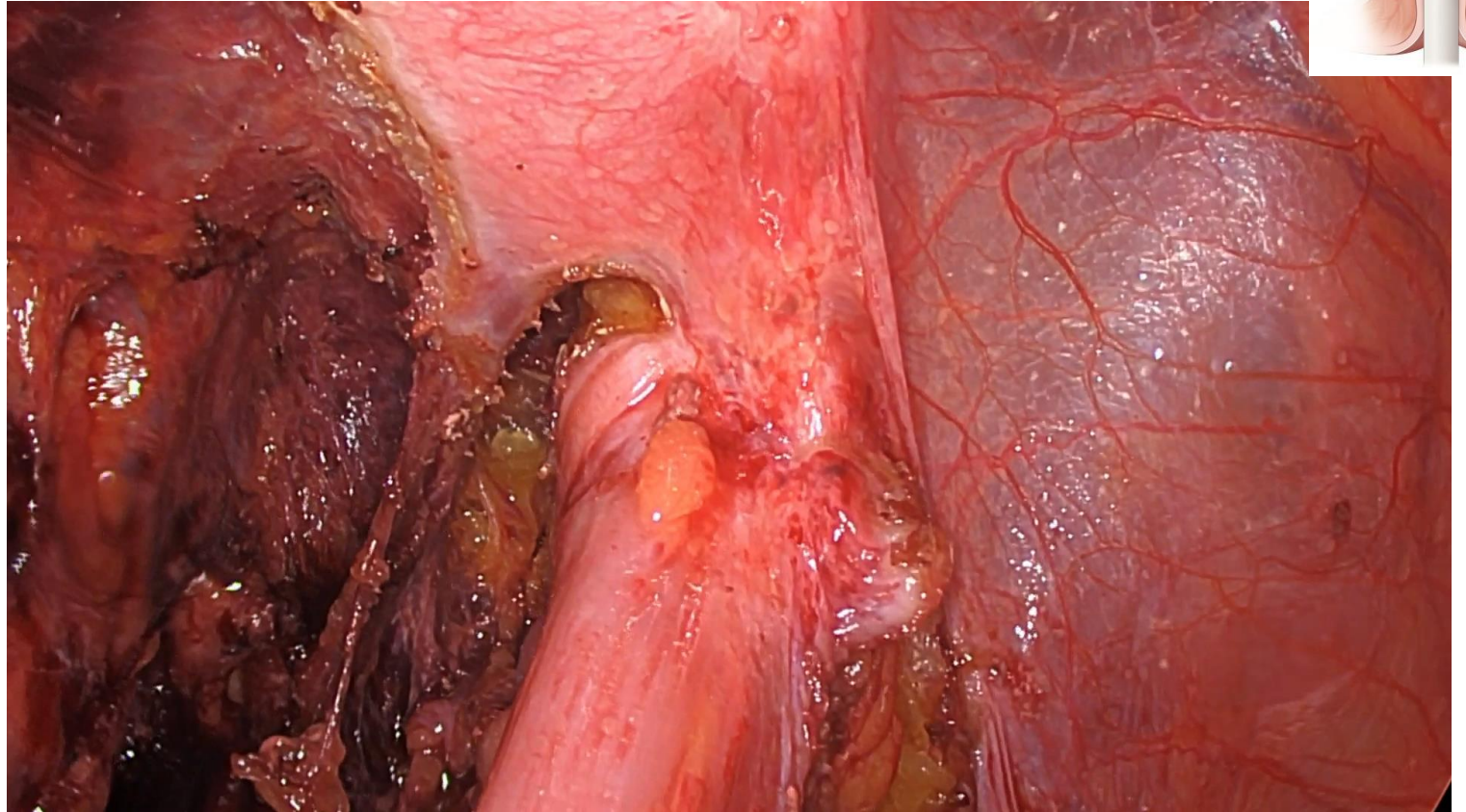
- ⇒ **Respect du mésorectum**
- ⇒ **Absence de risque de fistule**

ENDOLILLE EXPERIENCE

Pr Collinet – Dr N BRiez



- Nov 2022 - Nov 2023
- 110 rectal procedures
- 61% conservative approach :
 - Discoid resection
 - Rectal Shaving



Endométriose vésicale

Cystectomie partielle :

- Efficace sur diminution des douleurs et récurrence
- Complications majeures : **< 5%**

NP3

Résection transurétrale nodule endométriose vésicale :

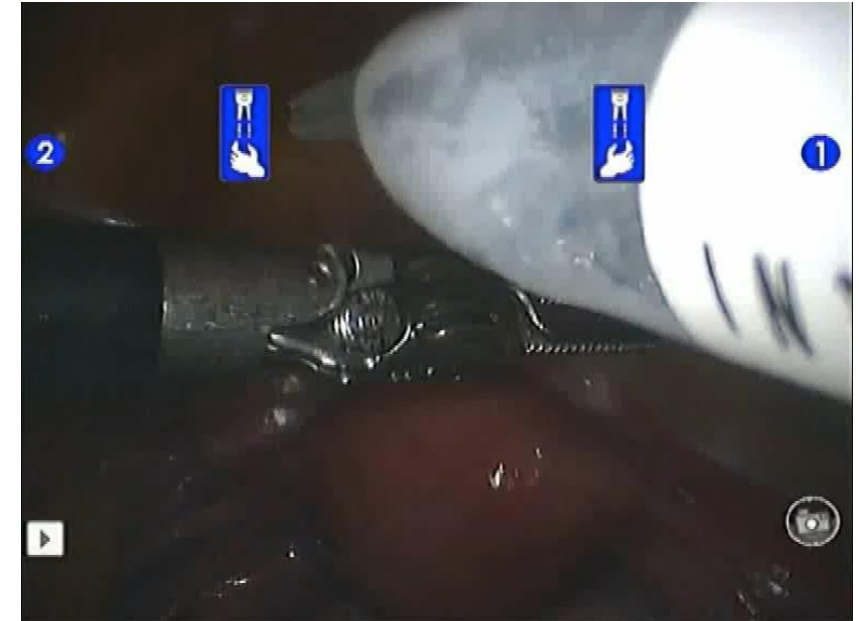
- Nécessairement incomplet
- Taux élevé de récurrence

NP4

Traitements médicaux hormonaux :

- Amélioration des symptômes pendant le traitement
- Efficacité / cystectomie partielle non étudiée

NP4



RPC Endométriose



Adénomyose



HYSTERECTOMIE /ANNEXECTOMIE BILATERALE

AE

Chez les femmes sans souhait de grossesse, l'hystérectomie avec résection des lésions d'endométriose, avec ou sans annexectomie bilatérale, peut être proposée dans le but de réduire le risque des récurrence (Accord d'experts).

AE

En tenant compte des effets défavorables multiples de la ménopause précoce sur l'espérance et la qualité de la vie (NP2), la conservation ovarienne doit être discutée avec la patiente en cas d'hystérectomie pour endométriose profonde (Accord d'experts).

C

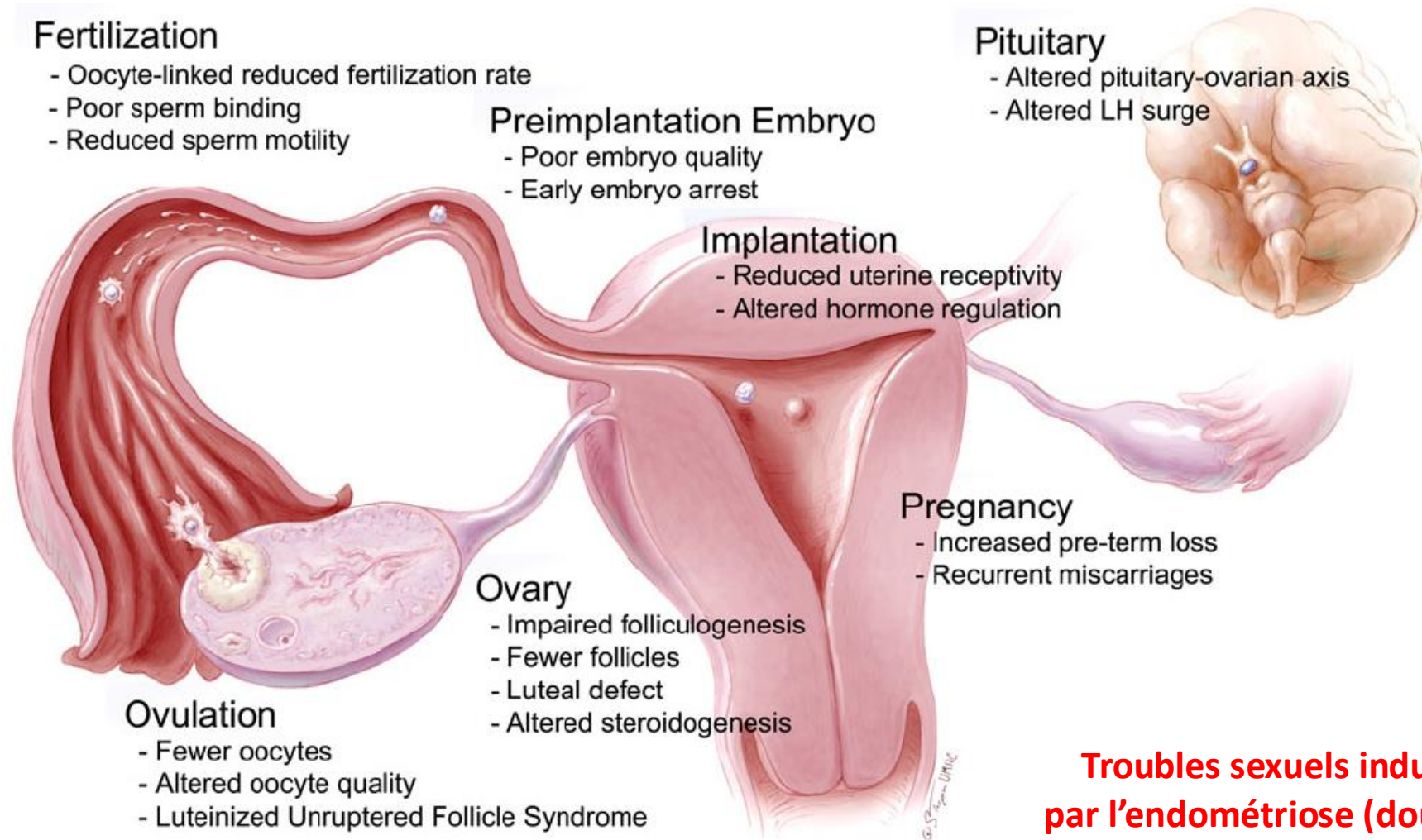
L'utilisation d'un traitement hormonal de la ménopause (THM) ne semble pas augmenter les symptômes d'endométriose après castration chirurgicale (NP3). Le THM peut être proposé chez les femmes ménopausées opérées d'une endométriose (Grade C).



Endométriose et infertilité



Physiopathologie de l'infertilité associée à l'endométriose



Stilley et al. Cell Tissue Res 2012

Type d'endométriose et infertilité

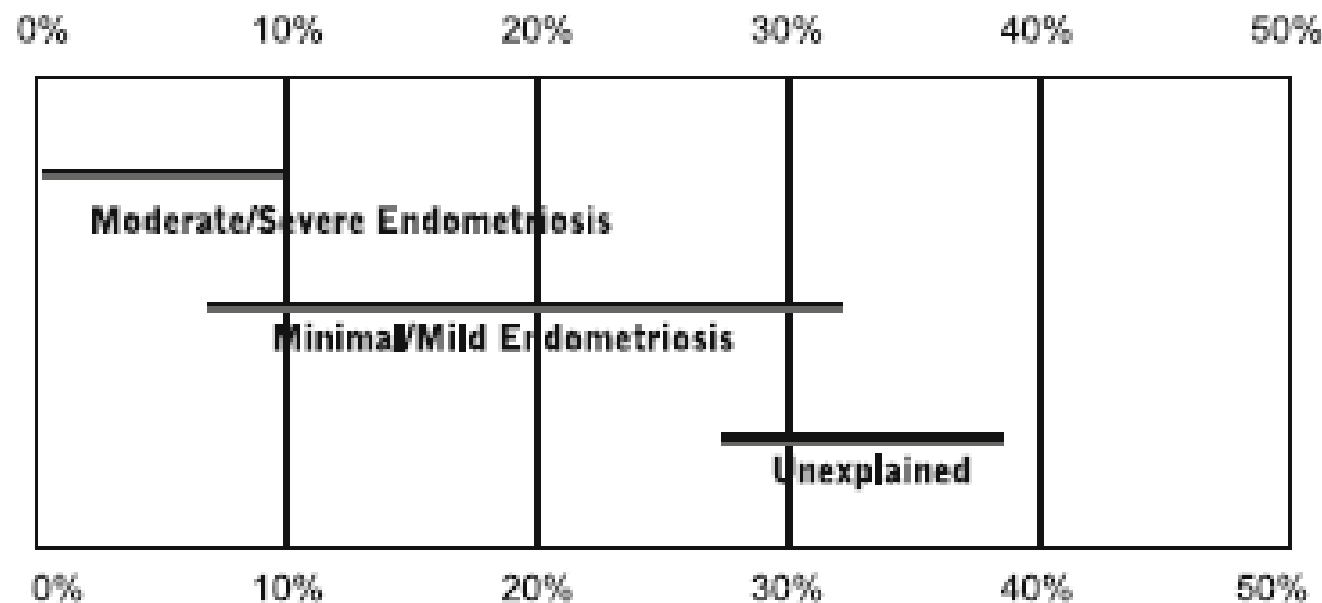


Fig. 1 The prognosis for live birth among untreated infertile couples. *Horizontal lines* indicate the cumulative live-births ($\pm$ CI) recorded at 36 weeks of gestation for different groups of patients [14]

Endométriose et infertilité

La prise en charge dépend

- Intensité des lésions d'endométriose

- État tubaire

- Qualité du sperme

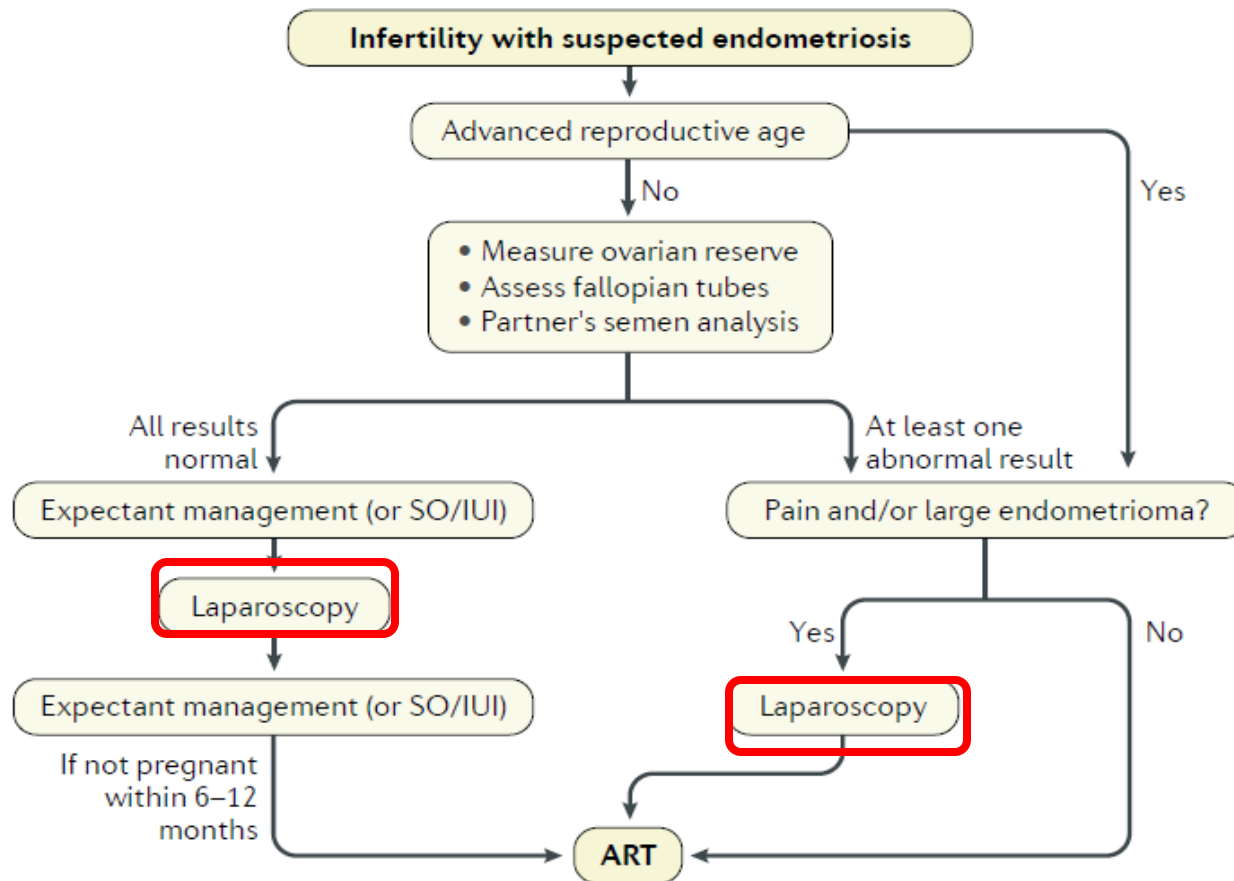
- Age de la femme

- Bilan de réserve ovarienne

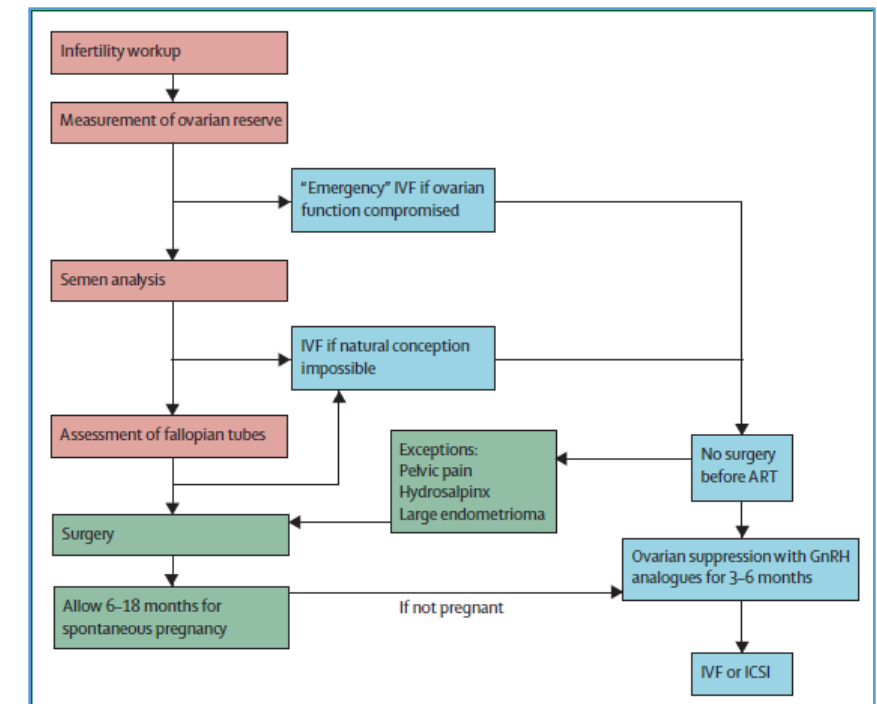
- Durée de l'infertilité

BILAN PREALABLE +++ (AVANT CHIRURGIE)

Endométriose de stade I et II (mineures à légères) + absence d'autres causes d'infertilité



Zondervan et al. Nat Rev Dis Primers 2018



De Ziegler et al. Lancet 2010

La chirurgie est-elle efficace en cas d'infertilité associée à des lésions d'endométriose minime à légère ?



- **Marcoux (1997):** Etude prospective, randomisée, multicentrique, 348 patientes infertiles
 - Coagulation des lésions + adhésiolyse *versus* coelioscopie diagnostique
 - OR = 1,95 ; IC : 95 % 1,18–3,22 après 36 semaines de suivi post-opératoire
- **Parazzini (1999):** Etude prospective, randomisée, 96 patientes infertiles (stades 1 et 2)
 - Résection – ablation des lésions vs coelioscopie diagnostique
 - Ag GnRH pdt 3 mois en post-opératoire chez la moitié des patientes
 - Pas de différence un an après la chirurgie
- **Méta-analyse de Jacobson (2010):** sur 437 patientes
 - Supériorité du traitement chirurgical avec résection des lésions en terme de taux de naissance d'enfants vivants et d'évolution de la grossesse > 20 SA (OR : 1,64; IC 95% : 1,05-2,57)

C N G O F
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

En cas d'endométriose minime à légère chez une patiente infertile,
la coelioscopie opératoire avec excision ou ablation des lésions avec adhésiolyse
est supérieure à la coelioscopie diagnostique en terme d'augmentation du taux de grossesse (NP1)
CNGOF, ESHRE, ASRM, RCOG

EFI: Endometriosis Fertility Index

ESTIMATED PERCENT PREGNANT BY EFI SCORE

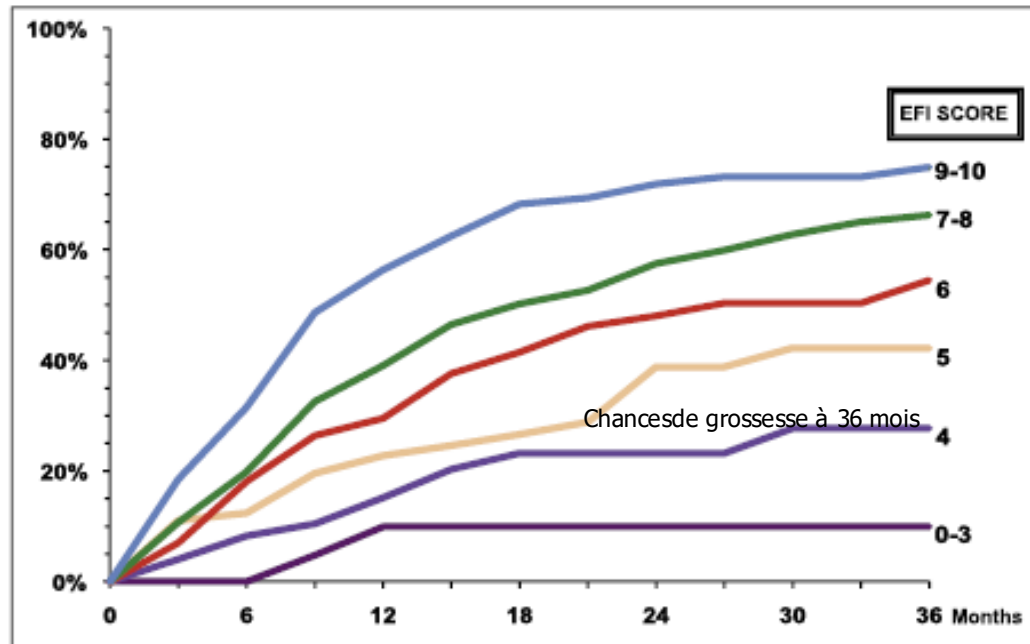


FIGURE 1

Endometriosis fertility index surgery form.

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI) SURGERY FORM

LEAST FUNCTION (LF) SCORE AT CONCLUSION OF SURGERY

Score	Description	Left	Right
4	= Normal		
3	= Mild Dysfunction		
2	= Moderate Dysfunction		
1	= Severe Dysfunction		
0	= Absent or Nonfunctional		

To calculate the LF score, add together the lowest score for the left side and the lowest score for the right side. If an ovary is absent on one side, the LF score is obtained by doubling the lowest score on the side with the ovary.

Lowest Score		+		=	
	Left		Right		LF Score

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI)

Historical Factors			Surgical Factors												
Factor	Description	Points	Factor	Description	Points										
Age	If age is ≤ 35 years	2	LF Score	If LF Score = 7 to 8 (high score)	3										
	If age is 36 to 39 years	1		If LF Score = 4 to 6 (moderate score)	2										
	If age is ≥ 40 years	0		If LF Score = 1 to 3 (low score)	0										
Years Infertile	If years infertile is ≤ 3	2	AFS Endometriosis Score	If AFS Endometriosis Lesion Score is < 16	1										
	If years infertile is > 3	0		If AFS Endometriosis Lesion Score is ≥ 16	0										
Prior Pregnancy	If there is a history of a prior pregnancy	1	AFS Total Score	If AFS total score is < 71	1										
	If there is no history of prior pregnancy	0		If AFS total score is ≥ 71	0										
Total Historical Factors			Total Surgical Factors												
EFI = TOTAL HISTORICAL FACTORS + TOTAL SURGICAL FACTORS:			<table border="1"> <tr> <td>Historical</td> <td>+</td> <td>Surgical</td> <td>=</td> <td>EFI Score</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Historical	+	Surgical	=	EFI Score					
Historical	+	Surgical	=	EFI Score											

Prise en charge thérapeutique de l'association infertilité et endométriose profonde Quelle stratégie?

C

Il n'est pas recommandé de réaliser un traitement chirurgical préalable de l'endométriose profonde dans le seul but d'améliorer les résultats en FIV (Grade C).

B

La prise en charge par FIV peut être proposée afin d'augmenter les taux de grossesses et de naissances dans un contexte d'infertilité et d'endométriose profonde (Grade B).

AE

En cas d'échec d'une ou plusieurs tentatives de FIV dans un contexte d'endométriose profonde, une concertation médico-chirurgicale est recommandée pour discuter d'une chirurgie de l'endométriose (Accord d'experts)

Indications opératoires par « profil-patient »
Processus décisionnel en 6 étapes



Processus décisionnel : 6 étapes

1. Evaluation symptomatologie / expertise algologique
2. Evaluation fertilité + projet familial / expertise AMP
3. Cartographie lésionnelle / expertise radiologique
4. Optimisation traitement médical / expertise médicale
5. Stratégie chir : radicalité? / protocole ? / RCP ++
6. Counseling chir : Informations + Timing

Un hôpital de jour dédié à l'endométriose

Le développement de centres experts de l'endométriose, dotés d'un hôpital de jour dédié, s'inscrit dans le sens des mesures prioritaires établies dans le cadre de la stratégie nationale voulue par le gouvernement. Exemple avec l'expérience de l'hôpital privé Le Bois, à Lille. 

A ce jour en France, la prise en charge en hôpital de jour des patientes ayant une endométriose complexe reste minoritaire : très peu d'établissements proposent ce type de parcours de soins, bien qu'il soit légitime. « Le principal frein est le besoin en ressources humaines, car cela demande beaucoup de coordination », estime le Dr Pierre Collinet, chirurgien gynécologue à l'hôpital privé Le Bois, Lille. En revanche, les centres experts de l'endométriose assurent un bon maillage territorial : les femmes y sont donc vues en consultation externe, mais cela génère pour elles de nombreux allers-retours et, pour finir, un allongement des délais de prise en charge. « En termes de parcours de soins, l'absence de concentration des examens et des consultations entraîne beaucoup de temps de transport, d'attente, et le sentiment d'absurder la prise en charge, avec des délais avant chirurgie très allongés. Pour les patientes qui habitent à 150 ou 200 km d'un centre expert, l'organisation d'une prise en charge optimale multidisciplinaire peut s'avérer très contraignante », note le Dr Collinet.

Traitement à la carte
Un hôpital de jour dédié à l'endométriose a ouvert ses portes au premier trimestre 2022 au sein de l'hôpital privé Le Bois, à Lille : y arrivent des patientes de l'ensemble des Hauts de France. Seules les endométrioses complexes, nécessitant plusieurs rendez-vous, sont concernées. L'idée est d'y concentrer, sur une demi-journée ou sur une journée, différentes investigations paracliniques ou consultations médicales, avec une rentabilité, pour les patientes, la plus efficace possible. Cela impose une

La ressource paramédicale est indispensable pour que l'organisation fonctionne



Le parcours de soins est clair d'emblée et concentré sur la journée, avec une consultation de synthèse

programmation en amont. Le médecin qui inscrit une patiente en hôpital de jour détermine quels sont les différents besoins la concernant. Si elle est en phase diagnostique, le médecin réfère prescrit les examens et explorations doivent être réalisés — bilan biologique, IRM, colo-scanner, hystéro-salpingographie, échographie endorectale, endoscopie digestive, bilan urodynamique, etc. Si le diagnostic est posé et le projet thérapeutique défini, il détermine quels autres professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux, doivent être consultés au cours de cet hôpital de jour : médecin algologue, anesthésiste si une chirurgie est envisagée. Dans le cas d'une prise en charge multidisciplinaire, les consultations avec les différents spécialistes — chirurgien digestif, urologue, etc. — se font aussi à cette occasion. Les patientes peuvent même y

rencontrer un médecin du travail et bénéficier de consultations de soins de support avec divers paramédicaux : psychologue, kinésithérapeute, diététicien en cas d'endométriose digestive ou d'obésité et de prise en charge en assistance médicale à la procréation (AMP), infirmier stomathérapeute en cas de chirurgie digestive nécessitant le recours à une poche transitoire, etc. Les associations de patientes peuvent aussi être sollicitées afin d'assurer une présence et un accompagnement pour celles qui le souhaitent.

Parcours chirurgie, douleur ou AMP
« Grâce au travail de mesdames Elodie Chaumontet, infirmière coordinatrice, et Ingrid Tiberghien, coordinatrice AMP, qui ont œuvré pour la création de cet hôpital de jour,

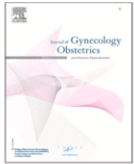




Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jogoh



Letter to the Editor

Improvement of endometriosis patient's care in a day-hospital setting

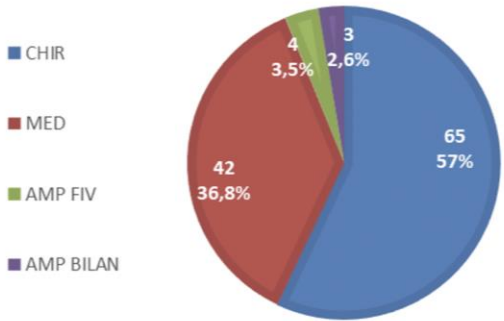
ARTICLE INFO

Keywords
Endometriosis
Day-hospital
Multidisciplinary assessment
Endometriosis expert center



Pierre Collinet, Geraldine Giraudet, Ingrid Tiberghien, Elodie Chaumontet, Emilie De Smedt, Margherita Renso*
Service de chirurgie gynécologique, Hôpital privé Le Bois, Ramsay Lille métropole, Lille, France

HÔPITAUX DE JOUR PAR PARCOURS



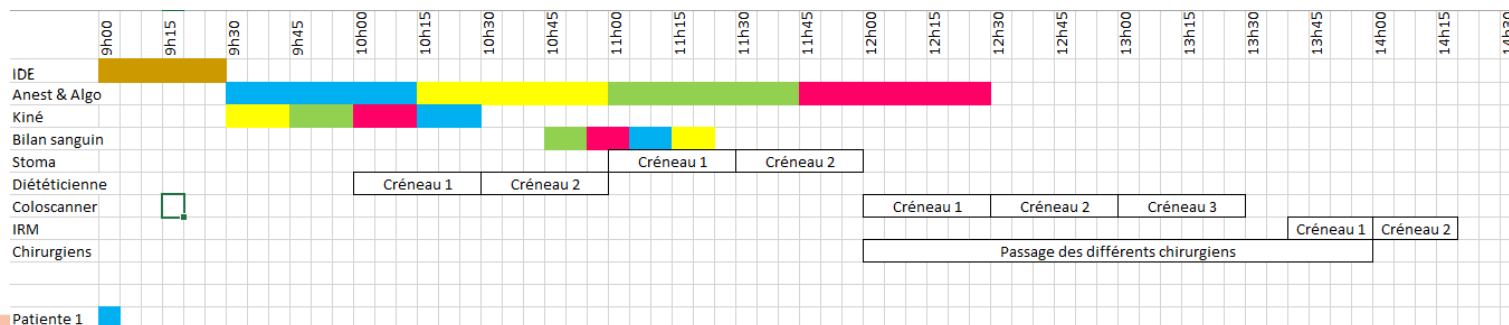
HDJ Endométriose « ENDOCARE »

Timing de chaque parcours

Programme HDJ Endométriose chirurgicale

Arrivée 8h30

- 9h00 : Consultation IDE collective => 30min
- 9h30/ 10h15/ 11h / 11h45 : Consultation d'anesthésie + algologue => 45min
- 9h30 / 9h45 / 10h / 10h15 : Consultation kiné => 15min
- 10h30 : Bilan sanguin
- Optionnel : 11h consultation stomato et diététicienne (si IMC sup. à 30)
- Optionnel : 12h00 ou 12h30 (2 créneau) : Coloscanner
- Optionnel : 13h40 (1 créneau) si besoin créneau supplémentaire 14h : IRM
- Optionnel : passage chirurgien en fin de matinée ou début AM
- + Association *Endofrance*

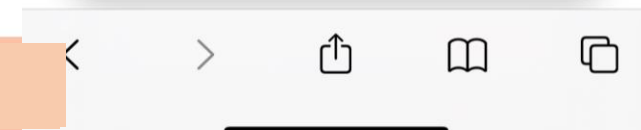




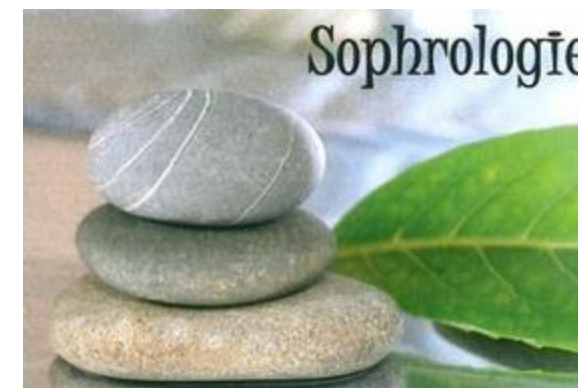
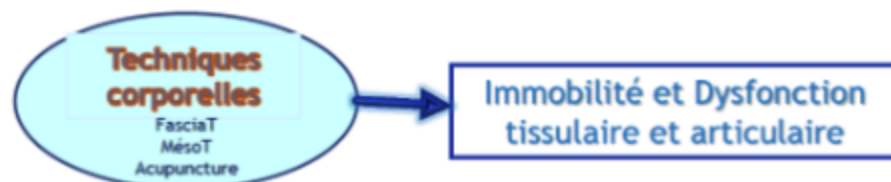
IA et endométriose

Les outils d'évaluation et de dépistage

- Échelle numérique à 11 niveaux (0 à 10) pour l'intensité de la douleur, en particulier si $> 6/10$.
- Douleur neuropathique 4 (DN4) pour le dépistage des douleurs neuropathiques : suspicion de douleur à expression neuropathique si le score est $> 3/7$.
- *Hospital Anxiety and Depression* (HAD) pour le dépistage de l'anxiété ou de la dépression : des scores > 11 doivent alerter.
- *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) pour le catastrophisme axé sur la tendance à l'amplification, la rumination et le sentiment d'impuissance.
- *Endometriosis Health Profile 5* (EHP 5) pour la qualité de vie en cas d'endométriose.
- Questionnaire européen d'évaluation de la qualité de vie (EQ-5d) pour la qualité de vie selon l'état de santé.



Soins de support



RCP ENDOMEL



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

Réunion de concertation pluridisciplinaire

Novembre 2017



Avis de la RCP

L'avis de la RCP comporte la date, la proposition thérapeutique et la ou les alternatives possibles ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient. Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de la RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin référent et inscrites dans le dossier du patient. Un recueil permettant de noter à chaque réunion le nom des participants, celui des patients dont les dossiers sont évalués, et la décision prise, est tenu à jour par le secrétariat.

ENCADRÉ 2.1 Fiche RCP endométriose

Nom de jeune fille :

Nom d'épouse :

Prénom :

Date de naissance :

Antécédents :

Gestité Parité

Commentaires :

Antécédents médicaux principaux

Antécédents chirurgicaux principaux

- Coelioscopie :
- Laparotomie :
- Gestes chirurgicaux :
- Commentaires :

Chirurgie pour endométriose

- Coelioscopie :
- Laparotomie :

Parcours AMP (préciser nombre, échec ou non)

- Aucun
- Bilan en cours :
- Stimulation simple
- IIU
- FIV
- FIV-ICSI
- Don d'ovocytes
- Embryons congelés

Symptomatologie

- Désir de grossesse : Oui/Non
- Infertilité primaire : Oui/Non
- Infertilité secondaire : Oui/Non
- Patiente symptomatique : Oui/Non
 - Dysménorrhée : Oui/Non
 - Dyspareunie : Oui/Non
 - Signes urinaires : Oui/Non
 - Signes digestifs : Oui/Non
- Autres symptômes :

Examen clinique

- Normal
- Nodule torus ou US
- Nodule CRV
- Nodule CVU
- Atteinte vaginale

Traitement actuel

- Aucun
- Cœstroprogestatif
- Macroprogestatif
- Microprogestatif
- Analogue GnRH
- DIU

Bilans complémentaires

- Biologie : Oui/Non
- Bilan de réserve ovarienne : ____ pmol/L – date :
- Autres bilans :
- Spermogramme : Oui/Non – date :
Normal ou pathologique (préciser si pathologique)
- Iconographie : Oui/Non
 - Échographie pelvienne : Oui/Non – date :
Commentaires :
 - IRM pelvienne : Oui/Non – date :
Commentaires :
 - Échographie rénale : Oui/Non – date :
Commentaires :
 - Échographie endorectale : Oui/Non – date :
Commentaires :
 - Colo-TDM : Oui/Non – date :
Commentaires :
 - Autres : préciser + date
Commentaires :

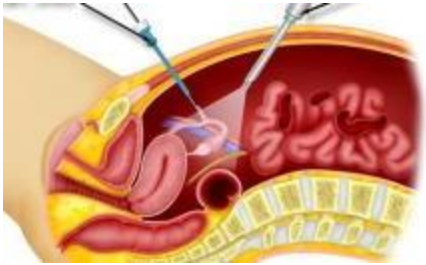
Projet thérapeutique

Conclusion de la RCP

AMP : assistance médicale à la procréation ; CRV : doison rectovaginale ; CVU : cloison vésico-utérine ; DIU : dispositif intra-utérin ; FIV : fécondation in vitro ; ICSI : Intracytoplasmic Sperm Injection ; IIU : insémination intra-utérine ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone ; US : utérosacrés (ligaments) ; TDM : tomodensitométrie.

Consultation synthèse Counselling patient

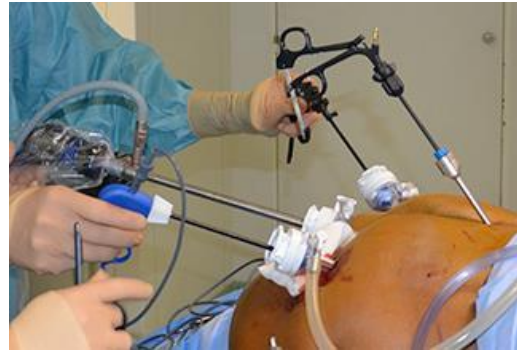
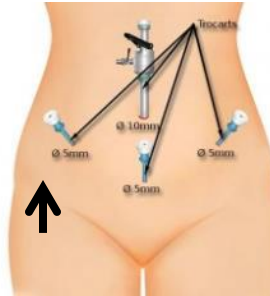
Objectif



Suites et déroulement de la convalescence



Déroulement



Inconvénients et bénéfices escomptés



Possibles complications et cicatrices



Conclusion

- Indications opératoires : sujet difficile !
- Chirurgie si echec traitements médicaux
- Respect des recommandations CNGOF/ ESHRE
- Processus décisionnel
- Décision médicale partagée +++





gynko Réseau d'experts
dédiés à la santé
des femmes

