

L'endométriose doit sortir de l'ombre !



MALADIE GYNÉCOLOGIQUE QUI TOUCHE 1 FEMME SUR 10, VOIRE MÊME 2 FEMMES SUR 10, SELON LES SPÉCIALISTES, CE QUI EST ÉNORME, L'ENDOMÉTRIOSE EST SOUVENT TABOU CAR ELLE TOUCHE À L'INTIMITÉ FÉMININE. RÉSULTAT ? UN VRAI COMBAT POUR LES FEMMES ATTEINTES.

Par Marc Even et Éléonore Schmitt, avec le soutien d'EndoFrance

Violentes douleurs pelviennes, règles abondantes, infertilité, long parcours vers le diagnostic, isolement, incompréhension des employeurs lié à l'absentéisme au travail, difficultés à tenir le cap en couple, sexualité parfois difficile... «L'endométriose reste une pathologie méconnue. Il existe en effet un délai moyen entre l'apparition des symptômes et le diagnostic, de 6 à 10 ans, ce qui est trop long. Plusieurs travaux sont en cours afin de connaître les facteurs de risque de la maladie. De même, il est important de promouvoir une prise en charge multidisciplinaire des patientes. L'association EndoFrance a un rôle majeur auprès des femmes. Nous organisons ainsi des rencontres une fois par mois dans différentes régions, de très nombreuses conférences médicales, des ateliers avec nos sophrologues et ostéopathes référents... Nous formons aussi des infirmières dans les lycées et nous prenons le temps de répondre aux mails de façon à orienter les femmes aux mieux dans leurs choix des professionnels de santé», souligne la représentante de l'association EndoFrance. L'endométriose se caractérise par la présence anormale de fragments de l'endomètre, tissu qui tapisse la cavité utérine, à l'extérieur de l'utérus. Ces fragments vont coloniser des tissus voisins, créant ainsi «des foyers endométriotiques», par exemple sur la vessie, la paroi de l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires et même le colon ou les poumons ! Ces cellules gardant leurs

propriétés «hormono-dépendantes» (elles réagissent aux hormones), à chaque cycle elles saignent et provoquent des douleurs au moment des règles. Pire encore, au fil des mois se forment autour de l'utérus, des adhérences (tissu cicatriciel) et/ou des kystes.

Comment la détecter ?

Les signes cliniques qui doivent alerter ? Douleurs intenses pendant les règles (dysménorrhées) pouvant occasionner un absentéisme scolaire ou des malaises (parfois en dehors des règles), douleurs pendant les rapports (dyspareunie), infertilité, fatigue, douleurs pelviennes chroniques, symptômes urinaires (difficulté à l'évacuation de l'urine : dysurie, infections urinaires à répétition), symptômes digestifs (diarrhée, constipation, difficultés pour aller à la selle : dyschésie) à recrudescence péri-menstruelle. Si ces signes sont fréquents et si vous notez une corrélation entre ceux-ci et votre cycle, parlez-en à votre gynécologue. L'imagerie permet le plus souvent d'établir le diagnostic. L'échographie, si elle est faite par un spécialiste (radiologue référent) peut en effet mettre en évidence de l'endométriose. Mais l'IRM reste l'examen le plus révélateur.

D'où vient-elle ?

Malheureusement, on ne connaît pas encore les causes de cette maladie. En



revanche, il existe des «facteurs de risque», notamment :

- l'âge, entre 30 et 50 ans ;
- une prédisposition familiale. La présence de douleur dans le bas ventre chez une femme dont la mère présente une endométriose doit alerter ;
- le tabagisme ;
- les antécédents gynécologiques tels que les avortements, les curetages, l'électrocoagulation du col... On soupçonne également les perturbateurs endocriniens présents dans l'environnement, l'alimentation, les produits d'entretien et la plupart des protections périodiques de favoriser la maladie.

Quels traitements ?



Marc Even, chirurgien gynécologue à l'hôpital Foch de Suresnes (92), nous en dit plus.

Existe-t-il une façon de traiter l'endométriose ?

La prise en charge de cette pathologie chronique inflammatoire et hormonodépendante est multidisciplinaire. Le choix du traitement dépend de la symptomatologie douloureuse, de l'âge de la personne, du désir de grossesse, d'une adénomyose associée (endométriose au sein même de l'utérus) et de la localisation des lésions. Il existe un grand éventail de traitements médicamenteux ainsi que des traitements chirurgicaux permettant de répondre de



manière personnalisée aux besoins de chaque femme.

Quels sont les traitements médicamenteux ?

Lorsqu'une femme présente des douleurs liées à l'endométriose, différents traitements peuvent être proposés : les anti-inflammatoires, la pilule contraceptive et des substances dont l'action va dans le même sens que la GnRH (hormone). Les anti-inflammatoires sont utilisés en première ligne pour soulager la douleur. Ces comprimés réduisent l'inflammation à l'origine de la douleur. Ils sont associés à un traitement hormonal. La pilule contraceptive, œstro-progestative, prise en continu (28 jours/28) est le traitement de première intention. L'objectif est de supprimer les règles, donc la production de muqueuse (endomètre). Il n'y aura ainsi plus de reflux d'endomètre (muqueuse) en dehors de l'utérus. Ce traitement peut se prendre par comprimé (pilule), patch ou par anneau vaginal. Il est important de préciser qu'il n'y a aucun inconvénient à ne plus avoir de règles et qu'il n'y a pas d'impact sur la fertilité ultérieure. Le traitement par progestatifs est une autre option possible. Cela empêche la croissance du tissu endométrial se trouvant à l'extérieur de l'utérus. Ce traitement peut se prendre par comprimé, patch, implant sous-cutané ou stérilet hormonal. Enfin, les agonistes de la GnRH sont prescrits lorsque les autres traitements sont inefficaces. Cette injection intramusculaire met la patiente

en état de «ménopause artificielle». Cela entraîne un blocage de la fonction ovarienne conduisant à une «extinction» des lésions d'endométriose. Compte tenu de leurs effets secondaires, ils sont à coupler avec une «add back thérapie» (œstrogène et progestatif à faible dose) en début de traitement.

Quels sont les traitements chirurgicaux ?

L'opération chirurgicale est proposée lorsque le traitement hormonal ne fonctionne pas. Il est indiqué chez les personnes dont les douleurs persistent malgré la prise de pilule en continu. Cependant, toutes les femmes ayant de l'endométriose ne sont pas opérées. En effet, une personne qui ne ressent pas de douleurs ne doit pas être opérée. De même, la découverte d'un kyste endométriosique n'est pas synonyme d'intervention chirurgicale immédiate. Il est important de rechercher au préalable des lésions profondes associées. Il faut également éviter des chirurgies répétées au niveau des ovaires, potentiellement délétères sur la fertilité ultérieure (altération de la réserve ovarienne). La chirurgie est efficace pour soulager les douleurs mais comporte davantage de risques que le traitement médical. Elle consiste à retirer les lésions d'endométriose d'où l'intérêt d'un bilan complet avant l'opération par imagerie (échographie, IRM) afin de situer précisément les lésions et de toutes les retirer lors de l'intervention. Deux approches sont possibles : un traitement conservateur qui permet de lever les adhérences (adhésiolyse), retirer les kystes ovariens (endométrions), coaguler les lésions d'endométriose superficielle et enlever les nodules d'endométriose profonde. Si la maladie a atteint le tube digestif, l'opération nécessite l'intervention d'un chirurgien digestif, et d'un urologue si la vessie est également touchée. Un traitement plus radical consiste à retirer l'utérus et les autres lésions chez les patientes n'ayant plus de désir de grossesse. Il est important d'adresser chaque femme dans un centre référent multidisciplinaire avec une équipe de chirurgiens spécialisés car le traitement doit être personnalisé. Il faut



L'ostéopathie en prise en charge alternative

La prise en charge ostéo ne se substitue pas au traitement médical mais peut l'accompagner. Elle peut permettre parfois de «gagner du temps» en retardant une intervention chirurgicale par exemple. Cela présente un intérêt pour les jeunes femmes qui n'ont pas encore d'enfant. L'endométriose crée avec le temps des adhérences. Petit à petit les régions du petit bassin, de l'abdomen, du bassin et des lombaires vont perdre en mobilité. Par des techniques externes et douces l'ostéopathe assouplit ces zones de manière à ce que les douleurs chroniques soient moins intenses. Il pratique un panel de techniques manuelles, ciblées sur les sphères gynécologique, urinaire, digestive, pulmonaire... visant à assouplir les adhérences d'endométriose.

En post-opératoire

L'ostéopathie a sa place en post-opératoire, un mois environ après une intervention pour travailler les cicatrices. Même petites, lorsqu'il s'agit de cicatrices de coelioscopie celles-ci sont à travailler, le phénomène de cicatrisation pouvant être à l'origine d'adhérences post-opératoires qu'il faut éviter.

Autour de la grossesse

L'ostéopathe peut également accompagner les femmes en cas de désir de grossesse «naturelle», les séances se pratiquent alors quelques jours avant l'ovulation ou, en cas de PMA, les quelques jours avant le transfert d'embryon. Surtout, pour une prise en charge optimale, mieux vaut consulter un ostéopathe spécialisé.

Cabinet d'Éléonore Schmitt
6 rue de l'Assomption 75016 Paris
Tél. : 06.18.97.46.29

limiter le nombre de chirurgies et avoir recours, dans l'idéal à une seule chirurgie, au moment du désir de grossesse.