

DPC

DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE 1ERE INTENTION DE L'ENDOMÉTRIOSE
DEVANT DES ALGIES PELVIENNES OU DES DYSMÉNORRHÉES

VIGNETTE 1 : CHOIX ET ÉVALUATION DES TRAITEMENTS MÉDICAUX MIS EN PLACE

Mme B, patiente de 31 ans vous consulte pour douleurs pelviennes dans le cadre d'une endométriose pelvienne profonde.

Elle a pour antécédent une appendicectomie par coelioscopie. Elle est nullipare et nulligeste. Atcd de phlébite surale. Elle n'a pas de contraception actuellement. Elle a des dyspareunies profondes positionnelles et des dysménorrhées d'intensité modérée depuis plusieurs années. Elle n'a pas de symptômes digestifs ou urinaires.

Elle n'a pas de projet parental et est célibataire depuis peu.

A l'examen clinique, l'abdomen est souple et indolore, le col est sain et on palpe de manière précise un nodule du torus uterinum de 2 cm et des ligaments utéro-sacrés tendus en corde. Le toucher rectal ne retrouve pas de lésion rectale.

L'IRM pelvienne faite en ville retrouve une endométriose péritonéale avec atteinte du ligament utéro-sacré droit et du torus uterinum.

Quels éléments pertinents doivent être recueillis à l'interrogatoire pour évaluer l'intensité de la douleur ?

- Echelle visuelle analogique : EVA
- Etude du retentissement sur la qualité de vie quotidienne
- Evaluation de la consommation d'antalgique
- Etude de la qualité de vie par score tel que le SF36
- Aucune de ces réponses n'est exacte

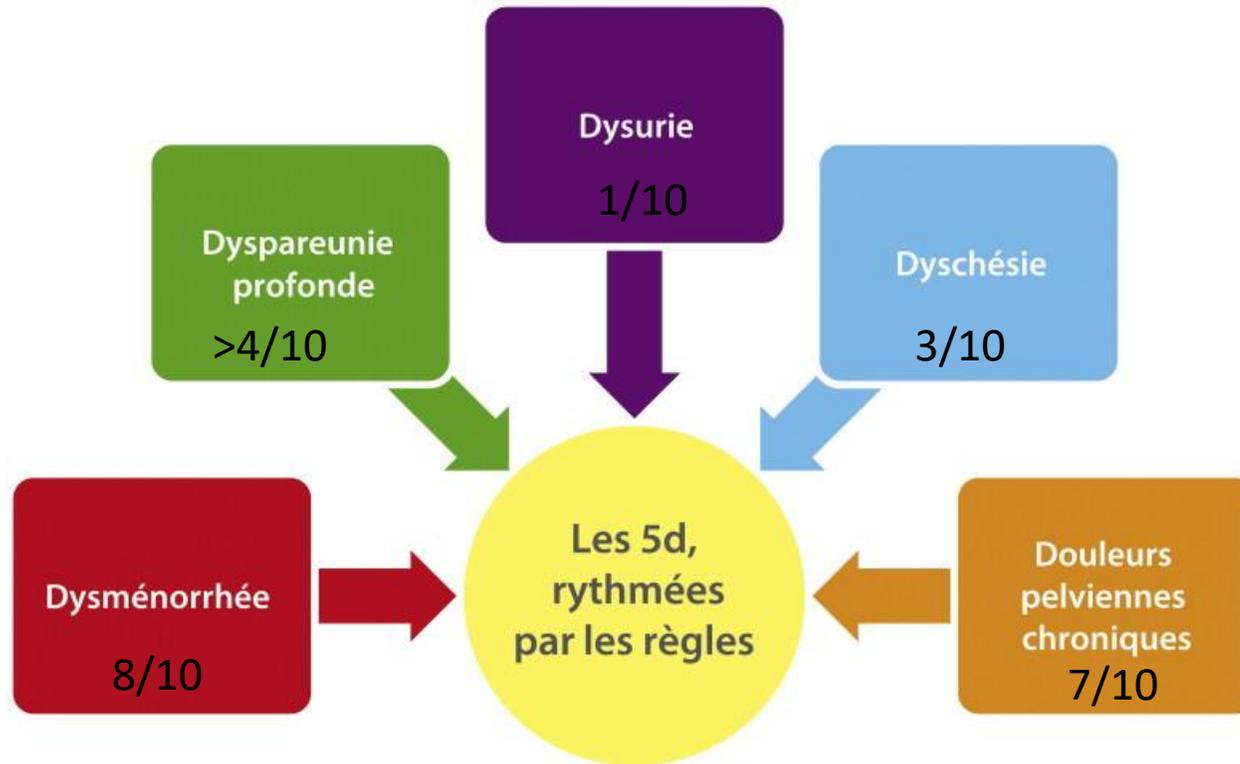
(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 141)

Quels éléments pertinents doivent être recueillis à l'interrogatoire pour évaluer l'intensité de la douleur ?

- Echelle visuelle analogique : EVA
- Etude du retentissement sur la qualité de vie quotidienne
- Evaluation de la consommation d'antalgique
- Etude de la qualité de vie par score tel que le SF36
- Aucune de ces réponses n'est exacte

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 141)

Symptomatologie=5D



Douleur
localisatrice++++
EVA>7 pour 82%
EVA>9 pour 34%

Impact de la douleur sur la qualité de vie

- Questionnaires : EHP30 ou EHP5, SF36
- 2 patientes sur 3 = impact
- Suivi annuel



SF36

Score qualité de vie

Auto ou hétéro questionnaire

5 à 10 minutes

36 items dans 8 dimensions

Calcul en ligne

Comparaison les scores avec ceux de la population normale

Activité physique (physical function : PF)

Limitations dues à l'état physique (role physical : RP)

Douleurs physiques (bodily pain : BP)

Santé perçue (general health : GH)

Vitalité (vitality : VT)

Vie et relation avec les autres (social function : SF)

Limitations dues à l'état physique (role emotional : RE)

Santé psychique (mental health : MH)

Evaluation de la santé perçue comparée à un an auparavant (health thinking : HT).

Quel(s) traitement(s) hormonaux proposer à la patiente en première intention ?

- Une contraception oestro-progestative 20 microgrammes
- Une contraception oestro-progestative 35 microgrammes
- Un anneau vaginal contraceptif
- Un implant à l'étonogestrel
- Aucun de ces traitements n'est possible

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 18, paragraphe 5)

Quel(s) traitement(s) hormonaux proposer à la patiente en première intention ?

- Une contraception oestro-progestative 20 microgrammes
- Une contraception oestro-progestative 35 microgrammes
- Un anneau vaginal contraceptif
- Un implant à l'étonogestrel
- Aucun de ces traitements n'est possible

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 18, paragraphe 5)

Contre indications OP

- Présence ou risque de thrombo-embolie veineuse (TEV) :
 - o Thrombo-embolie veineuse - présence de TEV (patiente traitée par des anticoagulants) ou **antécédents de TEV** (p. ex. thrombose veineuse profonde [TVP] ou embolie pulmonaire [EP]) ;
 - o Prédisposition connue, héréditaire ou acquise, à la thrombo-embolie veineuse, telle qu'une résistance à la protéine C activée (PCa) (y compris une mutation du facteur V de Leiden), un déficit en antithrombine III, un déficit en protéine C, un déficit en protéine S ;
 - o Intervention chirurgicale majeure avec immobilisation prolongée (voir rubrique *Mises en garde spéciales et précautions d'emploi*) ;
 - o Risque élevé de thrombo-embolie veineuse dû à la présence de multiples facteurs de risque ;

-
- Présence ou risque de thrombo-embolie artérielle (TEA) :
 - o Thrombo-embolie artérielle - présence ou antécédents de thrombo-embolie artérielle (p. ex. infarctus du myocarde [IM]) ou de prodromes (p. ex. angine de poitrine) ;
 - o Affection cérébrovasculaire - présence ou antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou de prodromes (p. ex. accident ischémique transitoire [AIT]) ;
 - o Prédisposition connue, héréditaire ou acquise, à la thrombo-embolie artérielle, telle qu'une hyperhomocystéinémie ou la présence d'anticorps anti-phospholipides (anticorps anti-cardiolipine, anticoagulant lupique) ;
 - o Antécédents de migraine avec signes neurologiques focaux ;

o Risque élevé de thrombo-embolie artérielle dû à la présence de multiples facteurs de risque (voir rubrique Mises en garde spéciales et précautions d'emploi) ou d'un facteur de risque sévère tel que :

§ diabète avec symptômes vasculaires,

§ hypertension artérielle sévère,

§ dyslipoprotéïnémie sévère.

-
- Pancréatite ou antécédents de pancréatite associée à une hypertriglycéridémie sévère ;
 - Affection hépatique sévère ou antécédent d'affection hépatique sévère, en l'absence de normalisation des tests fonctionnels hépatiques ;
 - Tumeur hépatique (bénigne ou maligne) évolutive ou ancienne ;
 - Tumeur maligne hormono-dépendante connue ou suspectée (par exemple, tumeurs des organes génitaux ou du sein) ;
 - Saignements vaginaux non diagnostiqués ;

La patiente présente des contre-indications aux traitements proposés en première intention, vous évoquez la possibilité d'introduire un analogue de la GnRH-a.

QUELS ARGUMENTS POUVEZ-VOUS RETENIR POUR VOUS GUIDER DANS CE CHOIX THERAPEUTIQUE ?

- Des agonistes de la GnRH α peuvent lui être prescrits jusqu'à 24 mois
- Une add back thérapie doit être prescrite en association avec les agonistes de la GnRH α pour prévenir les bouffées de chaleur uniquement
- L'add back thérapie doit comporter une oestrogène et un macro-progestatif
- L'add back thérapie ne doit être prescrite qu'après le 3^{ème} mois

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 19, paragraphe 5-3)

La patiente présente des contre-indications aux traitements proposés en première intention, vous évoquez la possibilité d'introduire un analogue de la GnRH-a.

QUELS ARGUMENTS POUVEZ-VOUS RETENIR POUR VOUS GUIDER DANS CE CHOIX THERAPEUTIQUE ?

- Des agonistes de la GnRH α peuvent lui être prescrits jusqu'à 24 mois
- Une add back thérapie doit être prescrite en association avec les agonistes de la GnRH α pour prévenir les bouffées de chaleur uniquement
- L'add back thérapie doit comporter une oestrogène et un macro-progestatif
- L'add back thérapie ne doit être prescrite qu'après le 3^{ème} mois

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 19, paragraphe 5-3)

CNGOF. RPC 2017

- *Les GnRHa permettent de réduire les dysménorrhées et la douleur chez les patientes ayant une endométriose douloureuse, avec une diminution de l'EVA globale de 3 à 6 points à 10 mois (NP2).*
- *Au cours d'un traitement par GnRHa, l'add-back thérapie par association d'un macroprogestatif et d'un œstrogène permet de réduire la baisse de densité minérale osseuse (DMO) à 12 mois et est supérieure à un macroprogestatif seul (NP2).*
- *L'add-back thérapie comportant un œstrogène permet d'améliorer la qualité de vie des patientes traitées par GnRHa (NP2).*
- *L'utilisation d'une add-back thérapie ne réduit pas l'efficacité des agonistes de la GnRHa pour la prise en charge des douleurs liées à l'endométriose (NP1).*
- *L'add-back thérapie peut être prescrite avant le 3e mois pour limiter les effets secondaires*

Après un bilan de coagulation normal, quels autres traitements auraient pu être proposés en seconde intention ?

- La contraception micro-progestative orale ou désogestrel
- Le dienogest
- Un système intra-utérin au lévonorgestrel 13.5 mg
- L'acétate de chlormadidone
- Aucune de ces réponses n'est exacte

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 18, paragraphe 5)

Après un bilan de coagulation normal, quels autres traitements auraient pu être proposés en seconde intention ?

- La contraception micro-progestative orale ou désogestrel
- Le dienogest
- Un système intra-utérin au lévonorgestrel 13.5 mg
- L'acétate de chlormadidone
- Aucune de ces réponses n'est exacte

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 18, paragraphe 5)

Macroprogestatifs

Existence d'un risque

Ac. De cytopérone (androcur)

Ac. De chlormadinone (Lutéran)

Ac. De nomegestrol (Colprone)

Ac. De médroxyprogestérone (Depo Provera)

Absence de risque : utrogestan, duphaston, DIU au levonorgestrel

Risque inconnu : dienogest, drospirénone (slinda), desogestrel

Suivi IRM

À l'initiation du traitement, à 1 an (sauf Cyprotérone), et à 5 ans puis tous les deux ans

Si signes évocateurs de méningiome = IRM

La patiente est finalement opérée pour son endométriose pelvienne profonde.

QUEL TRAITEMENT POST-OPERATOIRE LUI PROPOSEZ-VOUS ?

- Aucun traitement médical post-opératoire
- Un agoniste du GnRH α avec une add back thérapie
- Une contraception oestro-progestative
- Une contraception par désogestrel
- Aucune de ces propositions ne sont possibles

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 18, paragraphe 5)

La patiente est finalement opérée pour son endométriose pelvienne profonde.

QUEL TRAITEMENT POST-OPERATOIRE LUI PROPOSEZ-VOUS ?

- Aucun traitement médical post-opératoire
- Un agoniste du GnRHa avec une add back thérapie
- Une contraception oestro-progestative
- Une contraception par désogestrel
- Aucune de ces propositions ne sont possibles

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017, argumentaire, page 18, paragraphe 5)

CNGOF. RPC 2017

Les traitements hormonaux recommandés en deuxième intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont :

- la contraception microprogestative orale au désogestrel,
- l'implant à l'étonogestrel,
- les GnRHa en association à une add-back thérapie et le dienogest (Grade C)

PEC multidisciplinaire territoriale

