

DPC

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

VIGNETTE 4 : BILAN ET PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENDOMÉTRIOSIQUE AVEC
SOUHAIT D'ENFANT



Mme T, patiente de 32 ans, consulte avec son conjoint pour un désir de grossesse.

Elle vous signale dans ses antécédents une endométriose de stade 3 non opérée, diagnostiquée il y a 3 ans sur un bilan de dysménorrhée. La patiente a été prise en charge par un traitement médical avec une contraception oestroprogestative en continu.

Ce traitement a permis une amélioration des douleurs et une stabilité de l'endométriose à l'imagerie.

La patiente a arrêté sa contraception il y a 6 mois pour un désir de grossesse.

Quels éléments pertinents vous sont nécessaires pour choisir la technique de prise en charge (AMP ou chirurgie) ?

- Présence ou non de symptômes douloureux invalidants à l'interrogatoire
- Éléments objectivés à l'examen clinique pelvien
- Résultats de la réserve ovarienne (bilan hormonal J3 avec AMH et compte des follicules antraux)
- Résultats de l'hystérosalpingographie
- Résultats du spermogramme
- Recherche d'autre(s) localisation(s) à l'IRM
- Le choix de la patiente

Quels éléments pertinents vous sont nécessaires pour choisir la technique de prise en charge (AMP ou chirurgie) ?

- Présence ou non de symptômes douloureux invalidants à l'interrogatoire
- Eléments objectivés à l'examen clinique pelvien
- Résultats de la réserve ovarienne (bilan hormonal J3 avec AMH et compte des follicules antraux)
- Résultats de l'hystérosalpingographie
- Résultats du spermogramme
- Recherche d'autre(s) localisation(s) à l'IRM
- Le choix de la patiente

(Réf : De Ziegler D, Pirtea P, Carbonnel M et al, Best Prac & Res Clin Endocrinol & Metabolism, 2019, 33, 47-59)

La patiente signale des dysménorrhées invalidantes depuis l'arrêt de la pilule nécessitant une prise d'anti-inflammatoires voire des antalgiques de palier 2 accompagnés de dyspareunies profondes et de diarrhées cataméniales.

A J3, le bilan hormonal objective une FSH à 7UI/L, un estradiol à 35ng/ml et une AMH à 2,5 ng/ml.

Le taux de progestérone à J20 est à 8,5 ng/ml.

L'hystérosalpingographie est normale.

Le spermogramme est normal.

L'IRM pelvienne objective une endométriose pelvienne profonde avec une atteinte du torus et de la base des ligaments utéro-sacrés sans atteinte digestive. Il existe un endométriome droit de 8 cm.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- Expectative car délai infertilité inférieur à 1 an
- Coelioscopie avec kystectomie de l'endométriome, épreuve au bleu, résection de l'endométriose pelvienne profonde et obtention du score EFI
- Coelioscopie avec vaporisation par Plasmajet ou alcoolisation, épreuve au bleu, résection de l'endométriose pelvienne profonde et obtention du score EFO
- Sclérothérapie par voie transvaginale avant FIV
- Stimulation simple de l'ovulation
- Insémination intra-utérine
- Fécondation in vitro d'emblée
- Préservation de la fertilité

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- Expectative car délai infertilité inférieur à 1 an
- Coelioscopie avec kystectomie de l'endométriome, épreuve au bleu, résection de l'endométriose pelvienne profonde et obtention du score EFI
- Coelioscopie avec vaporisation par Plasmajet ou alcoolisation, épreuve au bleu, résection de l'endométriose pelvienne profonde et obtention du score EFO
- Sclérothérapie par voie transvaginale avant FIV
- Stimulation simple de l'ovulation
- Insémination intra-utérine
- Fécondation in vitro d'emblée
- Préservation de la fertilité

Pas de kystectomie afin de limiter l'impact sur la réserve ovarienne

Pas de sclérothérapie par voie transvaginale car endométriome supérieur à 7cm

(Réf :

- RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Décembre 2017, argumentaire, pages 228-311 – 322 – 343

- Yazbeck C, Koskas M, Cohen Scali S, Kahn V, Luton D, Madelenat P. [How I do... ethanol sclerotherapy for ovarian endometriomas]. Gynecol Obstet Fertil. Oct 2012;40(10):620-2)

Une chirurgie est proposée en 1^{ère} intention devant la symptomatologie douloureuse de la patiente, son âge jeune, les résultats du bilan de réserve ovarienne corrects, les cycles ovulatoires, la taille de l'endométriome avec un accès à l'ovaire droit compromis par voie vaginale et le spermogramme normal.

Une préservation de fertilité est-elle nécessaire avant la chirurgie?

- Oui
- Non

Une chirurgie est proposée en 1^{ère} intention devant la symptomatologie douloureuse de la patiente, son âge jeune, les résultats du bilan de réserve ovarienne corrects, les cycles ovulatoires, la taille de l'endométriome avec un accès à l'ovaire droit compromis par voie vaginale et le spermogramme normal.

Une préservation de fertilité est-elle nécessaire avant la chirurgie?

- Oui
- Non

Car jeune âge, RO normal, désir de grossesse en cours, chirurgie sans kystectomie avec score EFI et essai de grossesse spontanée 6 mois avant passage en FIV

(Ref : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Décembre 2017, argumentaire, pages 380)

Une chirurgie complète est effectuée : coelioscopie avec alcoolisation de l'endométriome, épreuve au bleu +/- et résection de l'endométriose pelvienne profonde.

Score EFI à 8

La patiente revient vers vous 3 mois après sa chirurgie et vous annonce qu'elle vient de se séparer.

Que lui proposez-vous?

- Un traitement anti-gonadotrope (contraception oestroprogestative ou progestative)
- Un DIU hormonal
- Un traitement par agoniste du GnRH
- Une préservation de la fertilité
- Aucune de ces réponses n'est correcte

Une chirurgie complète est effectuée : coelioscopie avec alcoolisation de l'endométriome, épreuve au bleu +/- et résection de l'endométriose pelvienne profonde.

Score EFI à 8

La patiente revient vers vous 3 mois après sa chirurgie et vous annonce qu'elle vient de se séparer.

Que lui proposez-vous?

- Un traitement anti-gonadotrope (contraception oestroprogestative ou progestative)
- Un DIU hormonal
- Un traitement par agoniste du GnRH
- Une préservation de la fertilité
- Aucune de ces réponses n'est correcte

Si la patiente accepte la préservation de fertilité, quelle technique proposez-vous?

- Vitrification ovocytaire
- Maturation in vitro
- Congélation de cortex ovarien

Si la patiente accepte la préservation de fertilité, quelle technique proposez-vous?

- Vitrification ovocytaire
- Maturation in vitro
- Congélation de cortex ovarien

Adh rez  
la CPTS La
Rochelle

