

## Endométriose :

## *Principes de prise en charge*

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<sup>er</sup> intention ++++

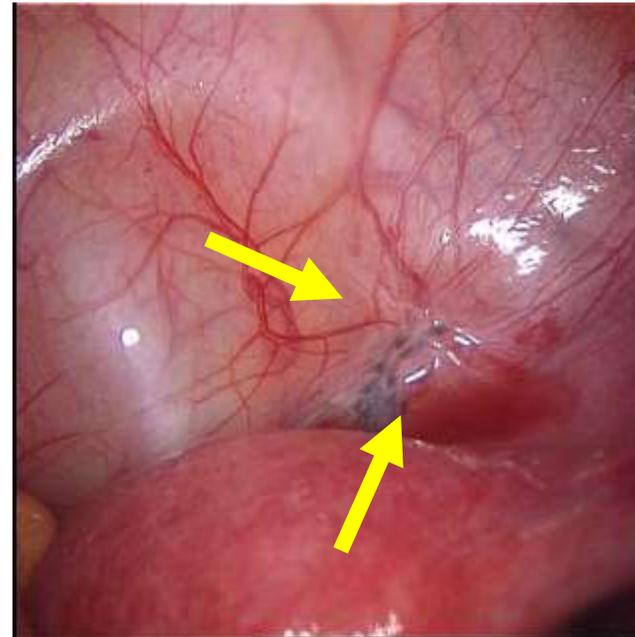
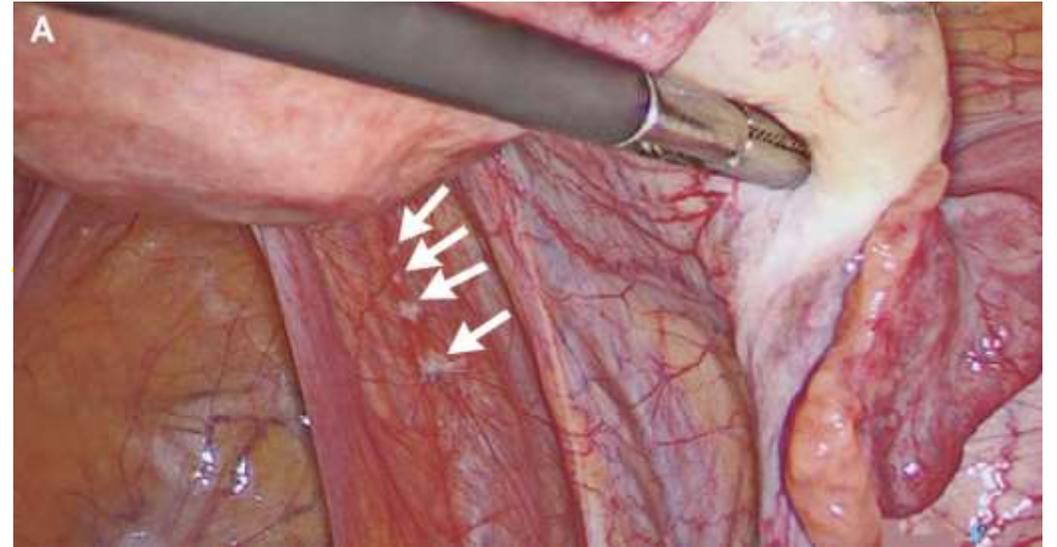




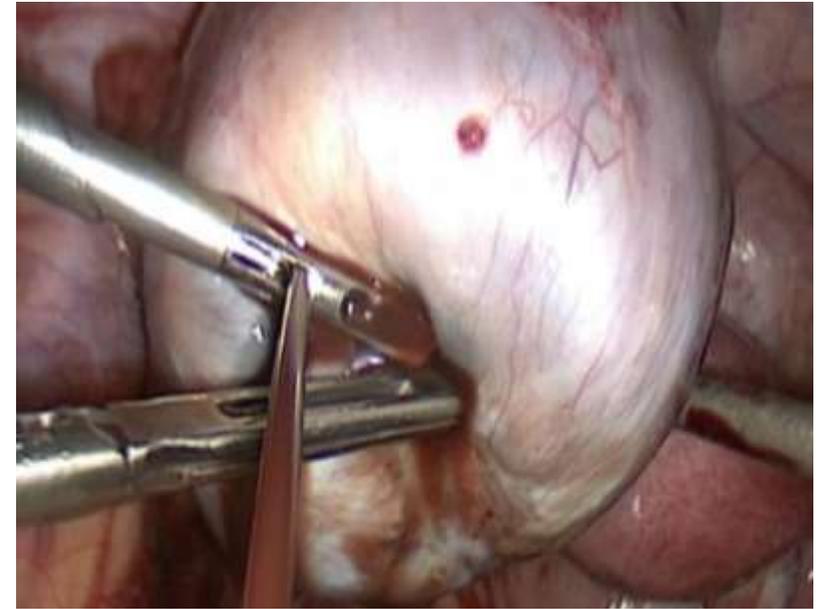
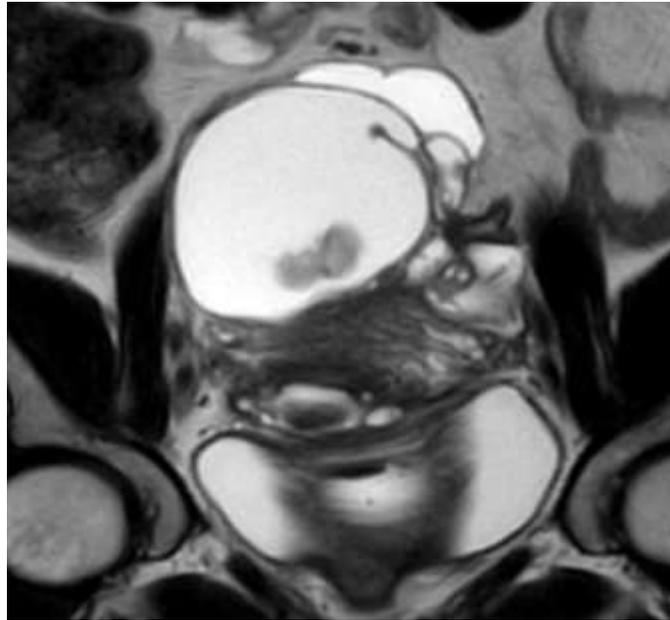
# Généralités



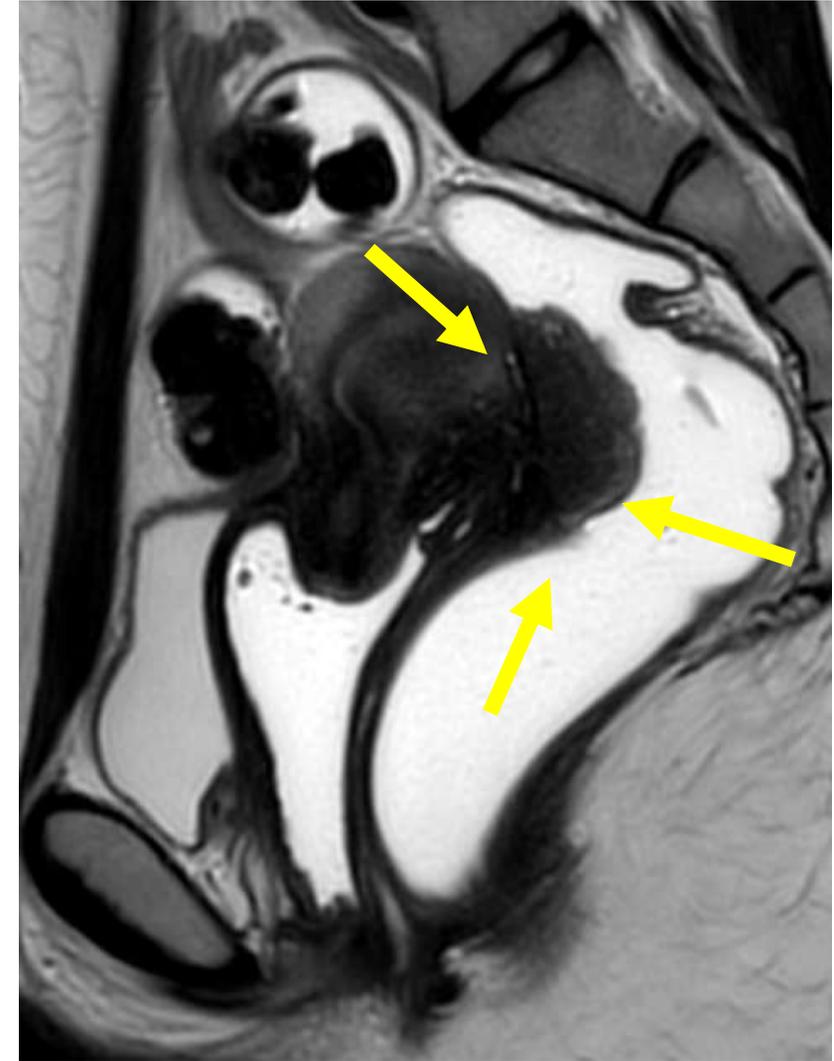
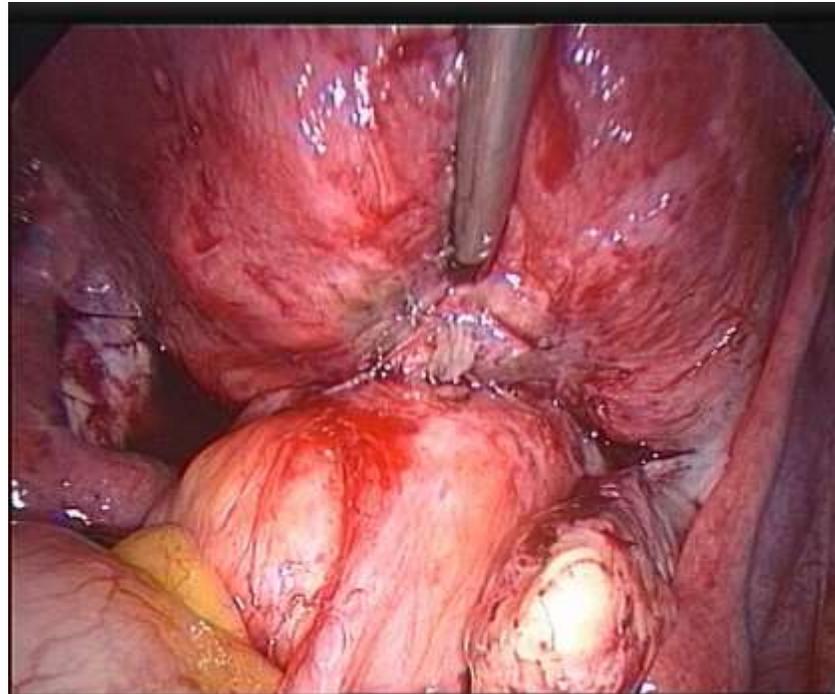
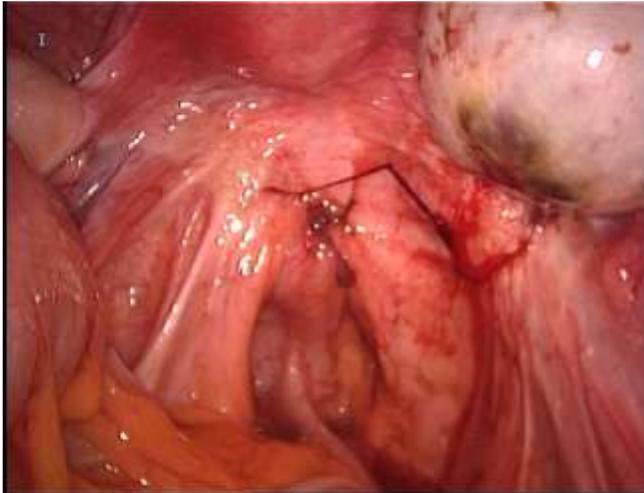
- **Endométriose superficielle**
- Endometriome
- Endométriose profonde
- Adénomyose

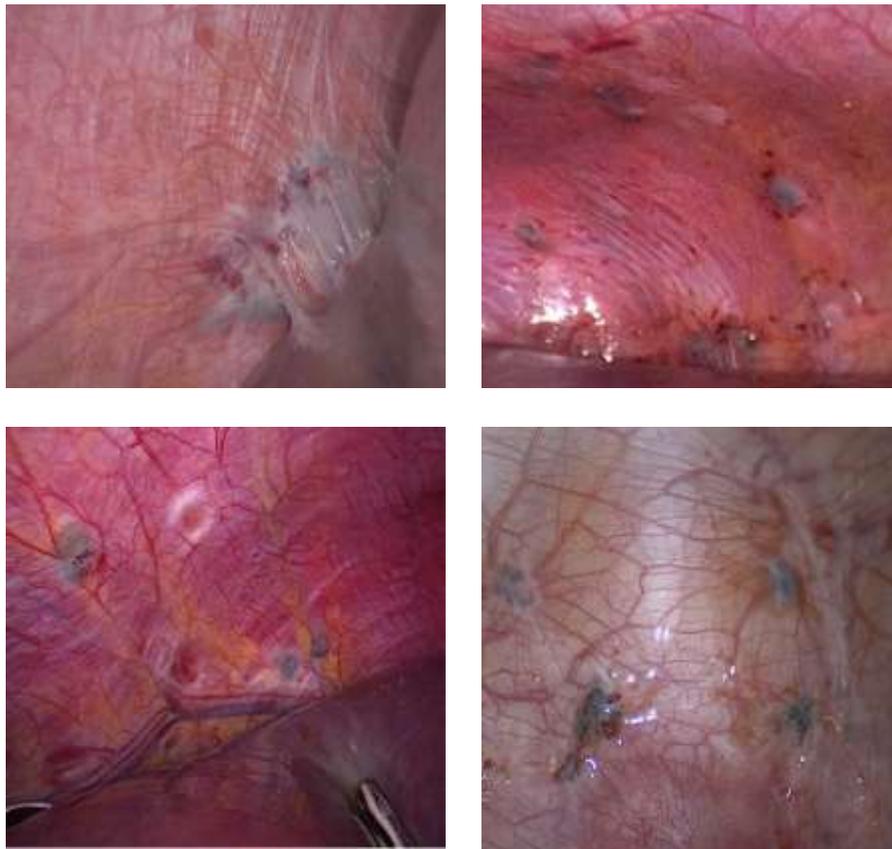


- Endométriose superficielle
- **Endometriome**
- Endometriose profonde
- Adénomyose



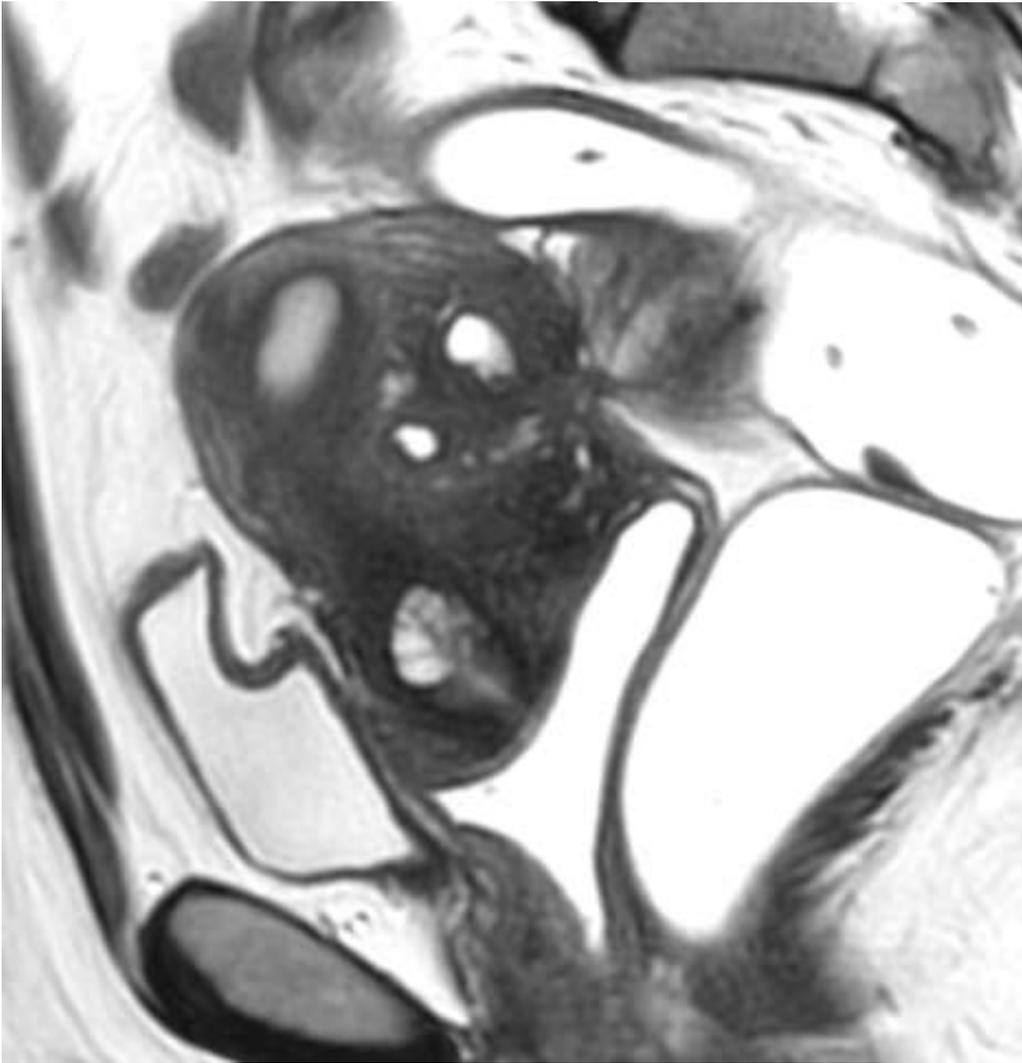
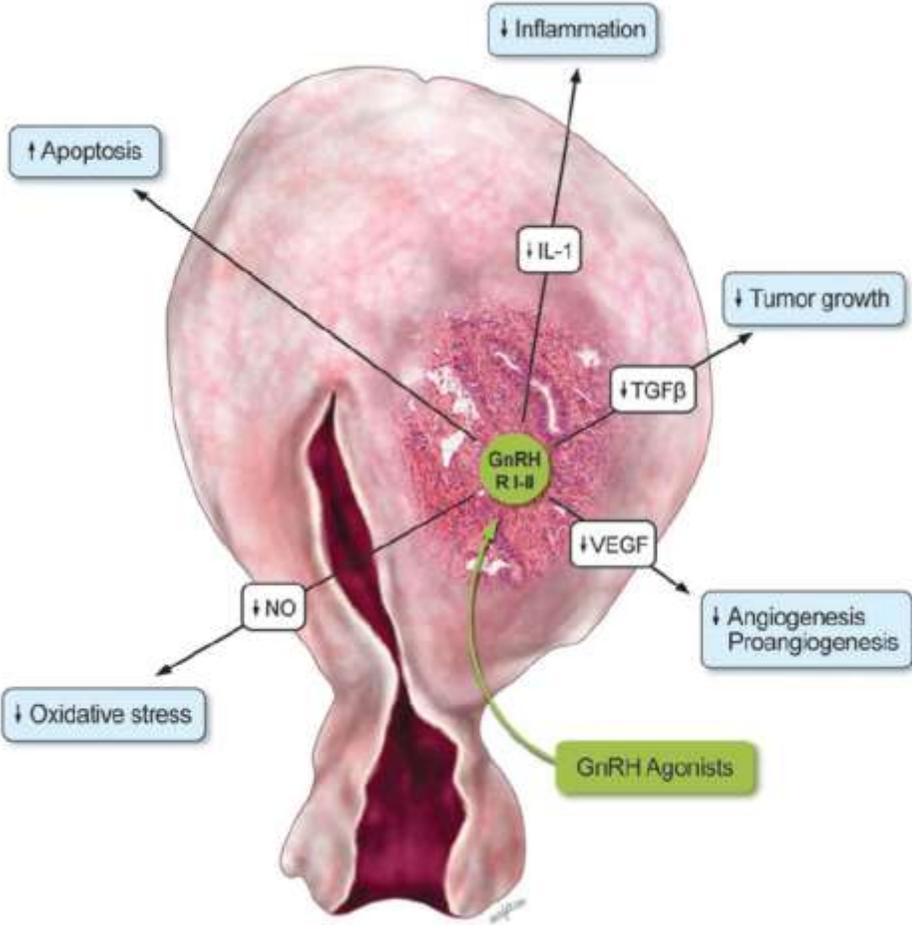
- Endométriose superficielle
- Endometriome
- **Endométriose profonde**
- Adénomyose





**Endométriose diaphragmatique droite :** SCAPULALGIE DROITE CATAMENIALE +++

# 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

## Prise en charge de l'endométriose

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Décembre 2017

- **Compte tenu des données d'efficacité et effets indésirables :**
  - ✓ **1<sup>ère</sup> intention : contraception orale par estroprogestatifs cycliques (grade A), SIU au LNG (Grade A)**
    - ✓ COP de 2<sup>ème</sup> génération en première intention (risque thrombotique).
  - ✓ **2<sup>ème</sup> intention : agonistes GnRH (grade A) , diénogest (Grade B), Microprogestatifs: désogestrel PO, implant à l'étonogestrel (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 clé 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**

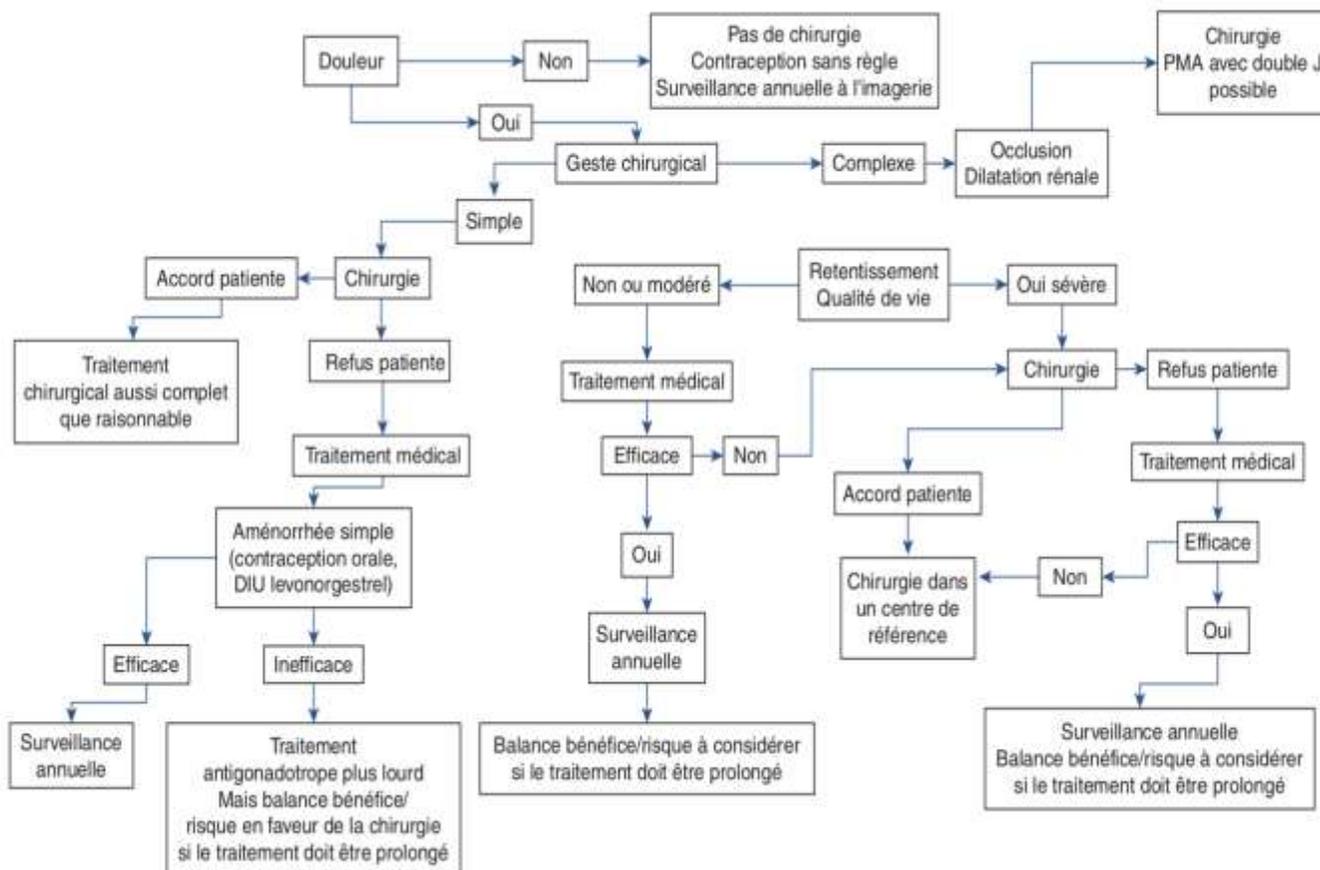




# Indications opératoires



# Arbres décisionnels



Situation clinique	Chirurgie	Commentaire ou technique
<b>Lésion infiltrante (nodule)</b>		
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	
<b>Nodule et infertilité</b>		
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'efficacité 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



Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



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

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

C N G O F

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

European Society of Human  
Reproduction and Embryology



Follow us!  
www.eshre.eu/guidelines



## 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  $\Sigma < 3$  cm

P2  $\Sigma 3-7$  cm

P3  $\Sigma > 7$  cm

**OVARY**

**O** Ovary

■ Sum of all diameters

left right

O1  $\Sigma < 3$  cm

O2  $\Sigma 3-7$  cm

O3  $\Sigma > 7$  cm

**TUBE**

**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  $< 1$  cm

A2  $1-3$  cm

A3  $> 3$  cm

**B** Sacrouterine ligg. Cardinal ligaments Pelvic sidewall

■ Largest diameter

left right

B1  $< 1$  cm

B2  $1-3$  cm

B3  $> 3$  cm

**C** Rectum

■ Largest diameter

C1  $< 1$  cm

C2  $1-3$  cm

C3  $> 3$  cm

**F** **A**denomyosis

**F** **B**ladder

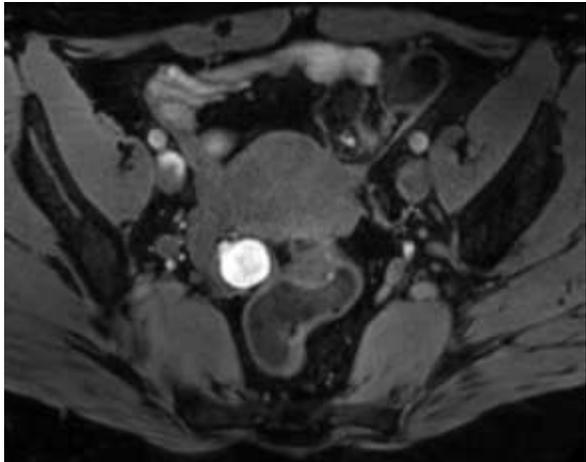
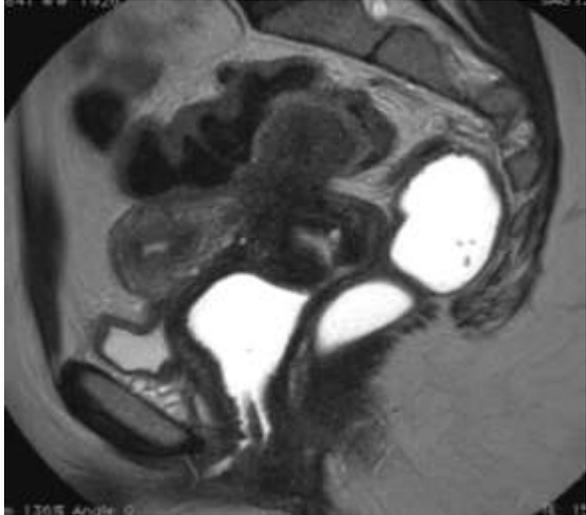
**F** **I**ntestinum

**F** **U**reter

**F** (.....) Location

- Diaphragm
- Lung
- Nerve

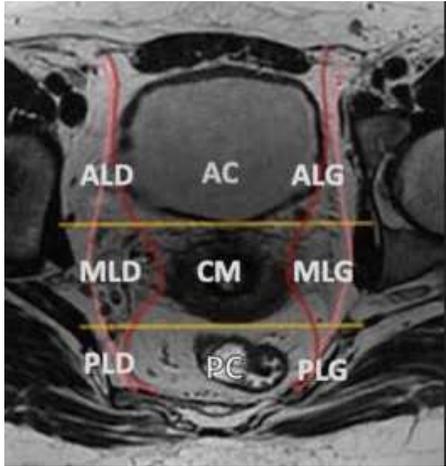
© Keckstein/SEF



→ Codage en **P\_O/\_T/\_A\_B/\_C\_ +/- FA FB FU FI**

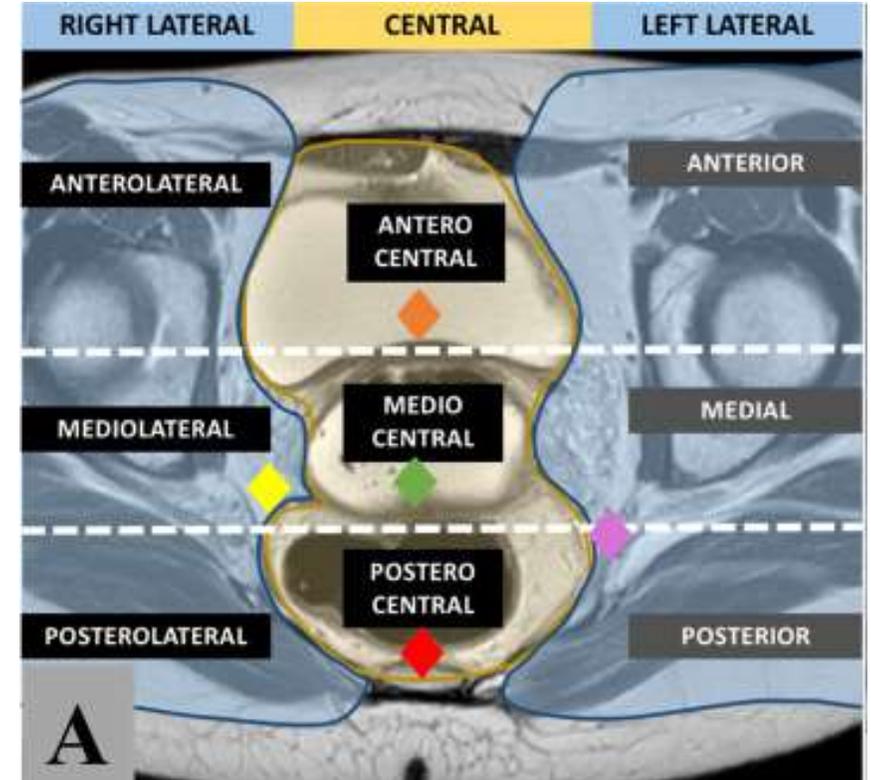
# CLASSIFICATION dPEI (Deep Pelvic Endometriosis Index)

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



≤ 2 compartiments atteints	EPP <b>minime</b>
3 ou 4 compartiments atteints	EPP <b>modérée</b>
≥ 5 compartiments atteints	EPP <b>extensive</b>

+ 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<sup>1\*</sup>, Marie Florin<sup>2</sup>, Nishat Bharwani<sup>3</sup>, Cyril Touboul<sup>4</sup>, Michèle Monroc<sup>5</sup>, François Golfier<sup>6</sup>, Stéphanie Nougaret<sup>7</sup>, Isabelle Thomassin-Naggara<sup>8</sup>, ENDOVALIRM Group<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Diagnostic and Interventional Imaging, Hospices Civils de Lyon, Lyon-Sud University Hospital, Lyon 1 Claude Bernard University, 69517 - 69678, France  
<sup>2</sup>Department of Diagnostic and Interventional Imaging, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Saint, Paris 75003, France  
<sup>3</sup>Service for Urogynaecology and Gynecological Imaging, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, England  
<sup>4</sup>Department of Gynecology and Obstetrics, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Necker, Sorbonne Université, 75005 75013, Paris 75005, France  
<sup>5</sup>Department of Radiology, Clinique Saint Antoine, Bois-Colombes 93200, France  
<sup>6</sup>Department of Gynecological and Obstetrical Surgery, Obstetrics, Hospices Civils de Lyon, Lyon-Sud University Hospital, Lyon 1 Claude Bernard University, 69517 - 69678, France  
<sup>7</sup>Department of Radiology, Mérieux Centre Institute, 67104, Strasbourg University, Strasbourg 67000, France  
<sup>8</sup>Department of Diagnostic and Interventional Imaging, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Saint, Sorbonne Université, Paris 75003, France

## Validation et systématisation IRM 2022:

7 centres français de référence 900 patientes



# Coelioscopie diagnostique



# Diagnostic de l'endométriose



La cœlioscopie (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 cœlioscopie dans le seul but de confirmer le diagnostic n'est pas recommandée (Grade B).



Article

## Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis

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

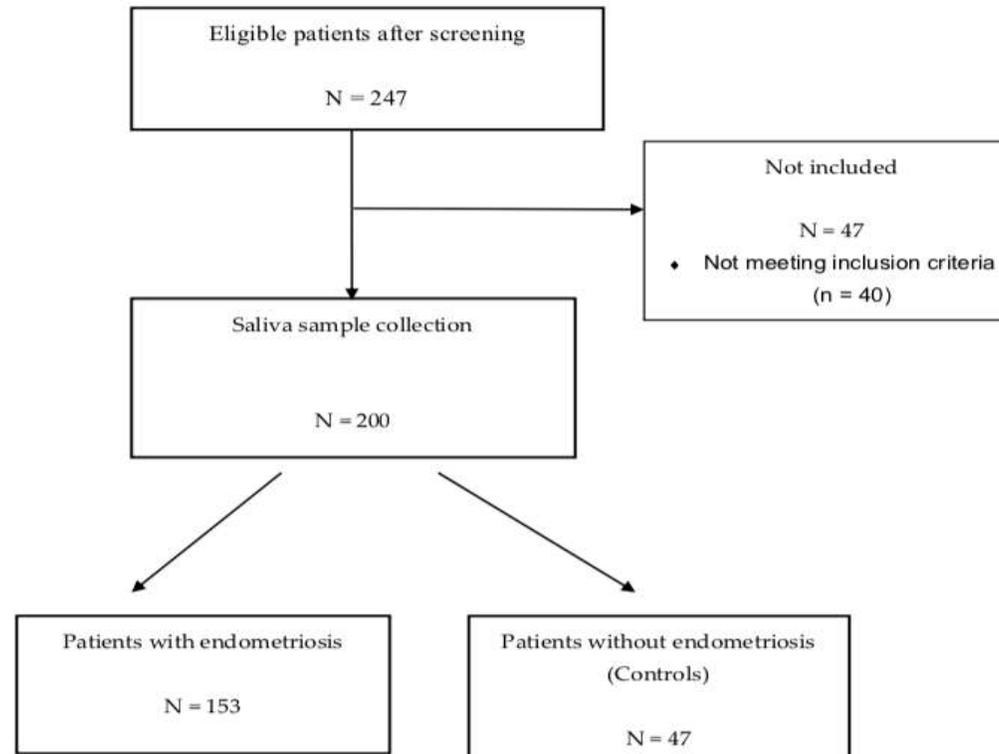
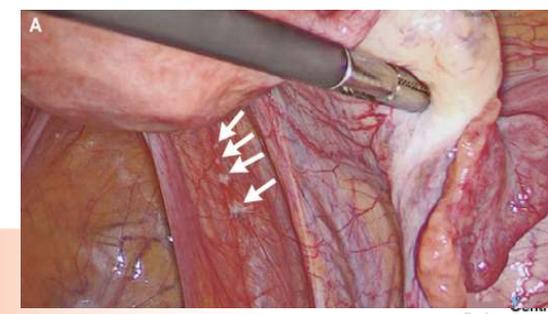
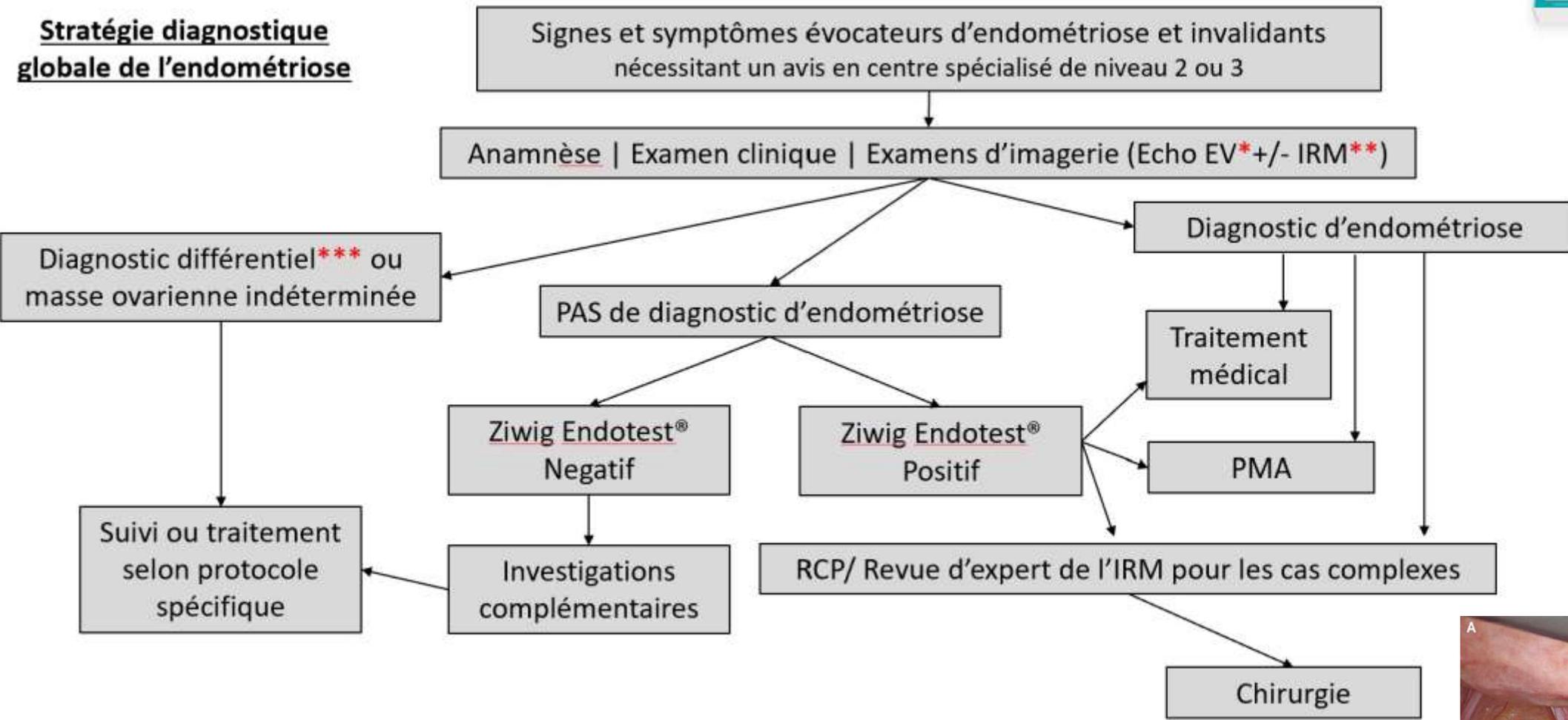


Figure 1. Flow chart of ENDO-miRNA study.



# 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

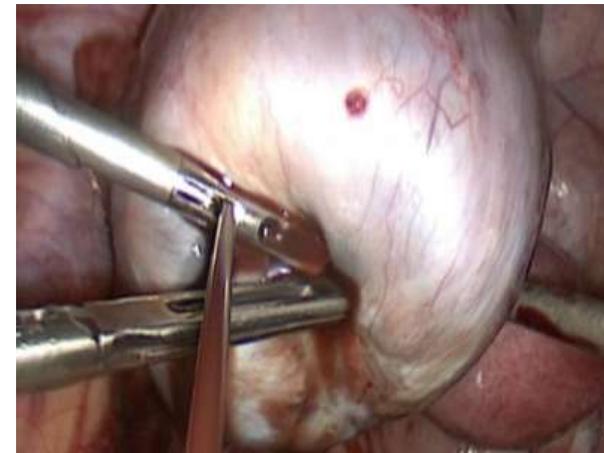
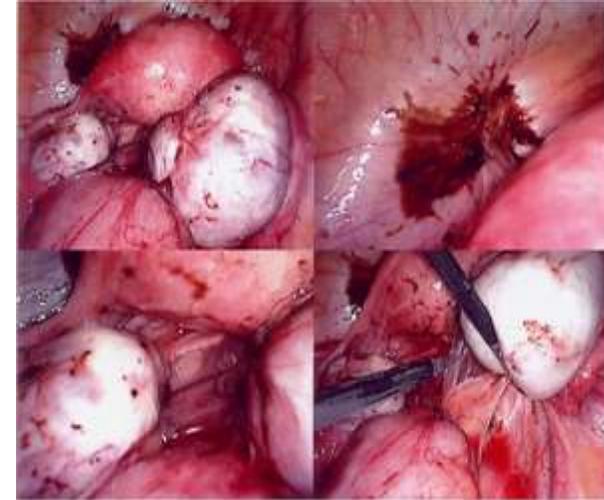
### Recommandations

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

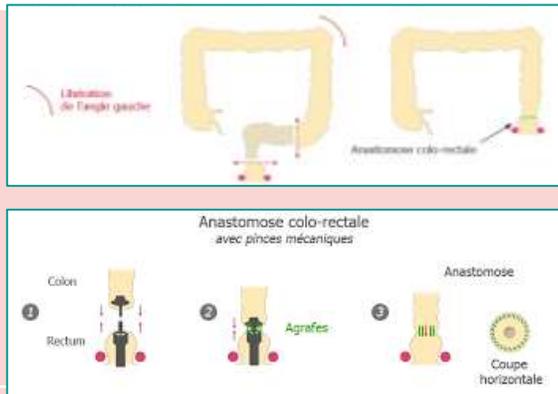
Lorsque le traitement chirurgical est décidé, il est recommandé de faire une **résection des lésions pelviennes d'endométriose aussi complète que possible.**

# Endométriose colorectale

Approche « radicale » ou  
« carcinologique »

Approche « conservatrice »

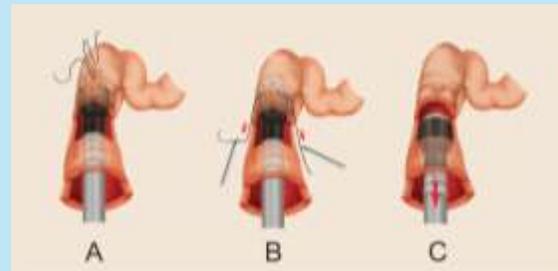
Résection segmentaire



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)**

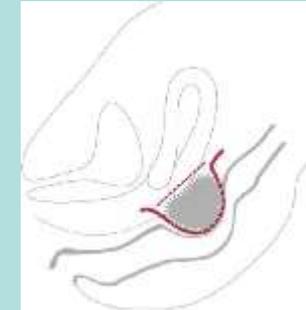
Résection « discoïde »  
(rectale antérieure)



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

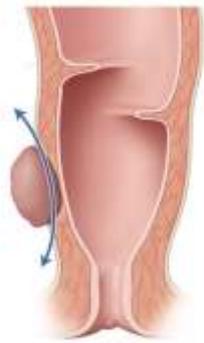
- ⇒ **Respect du mésorectum**
- ⇒ **MAIS suture rectale (risque de fistule)**

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



# 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**

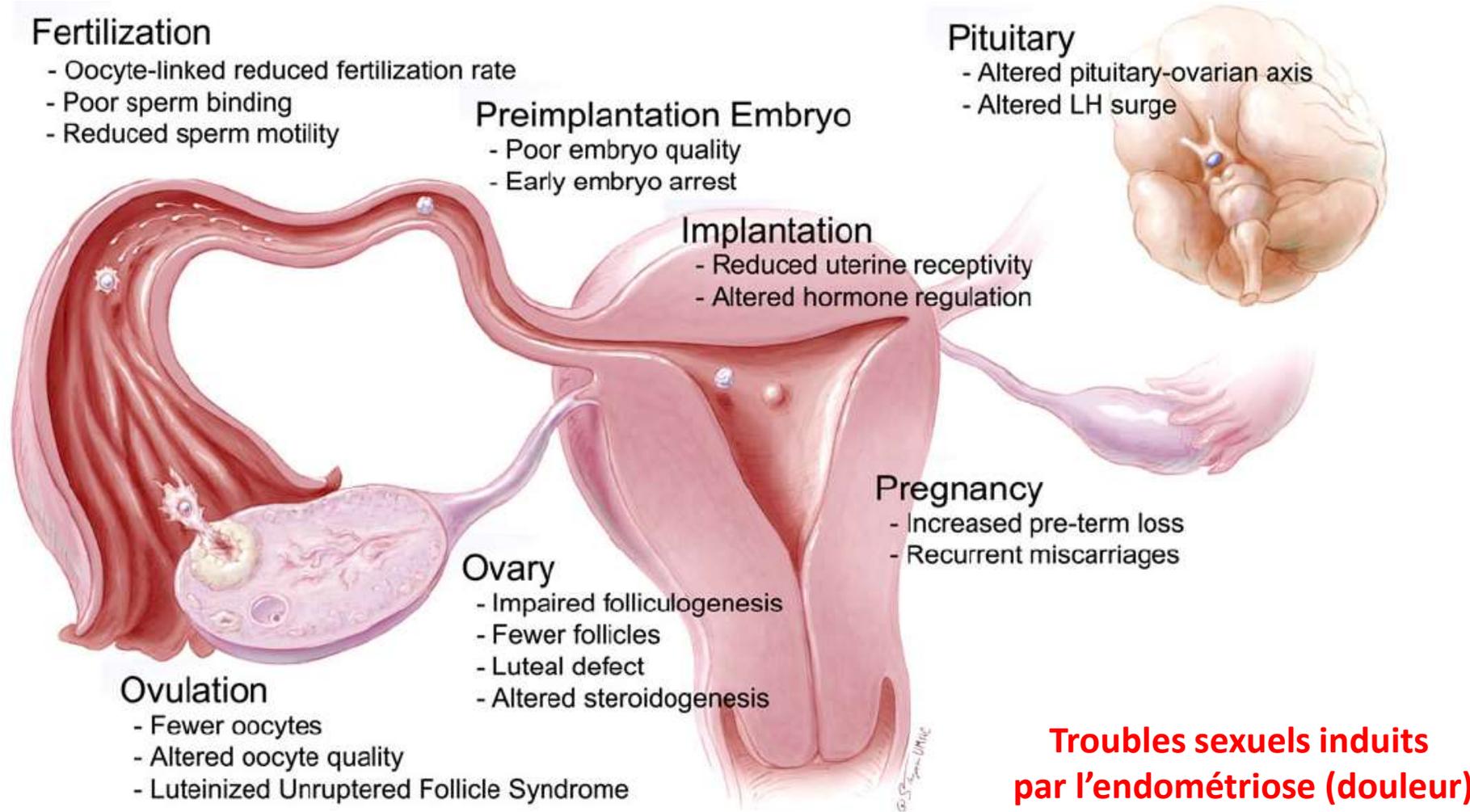
L'utilisation d'un traitement hormonal de la ménopause (THM) ne semble pas augmenter les symptômes d'endométriose après castration chirurgicale (NP3). Le THM peut être proposé chez les femmes ménopausées opérées d'une endométriose (Grade C).



# Endométriose et infertilité

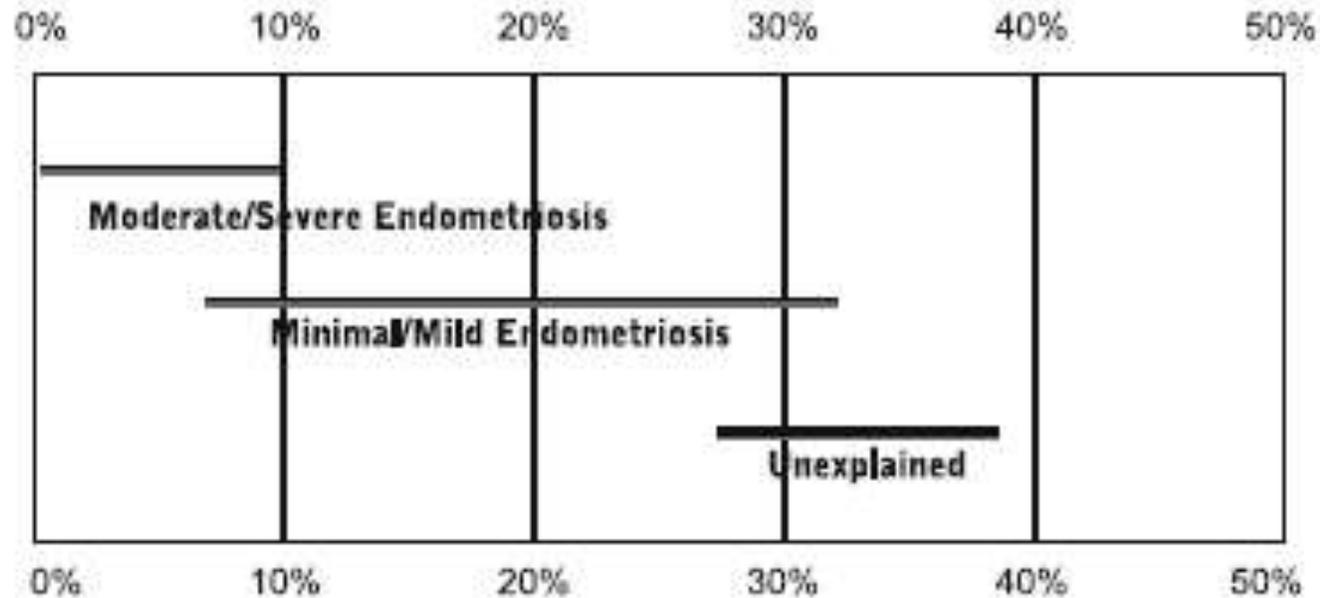


# Physiopathologie de l'infertilité associée à l'endométriose



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)**

# EFI: Endometriosis Fertility Index

ESTIMATED PERCENT PREGNANT BY EFI SCORE

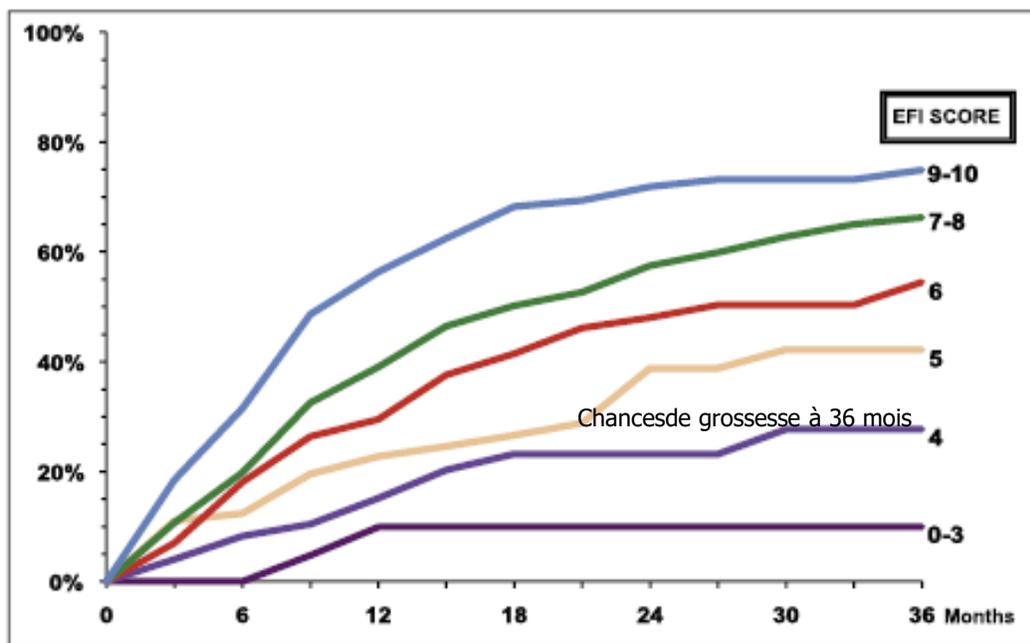


FIGURE 1

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	= Mild Dysfunction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	= Moderate Dysfunction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	= Severe Dysfunction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	= Absent or Nonfunctional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	=	<input type="text"/>
	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:			<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
			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*



# 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'allourdir 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.



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

## 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

programmation en amont. Le médecin 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, hystérosalpingographie, 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,

/// ►



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/jogoh](http://www.elsevier.com/locate/jogoh)



Letter to the Editor

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

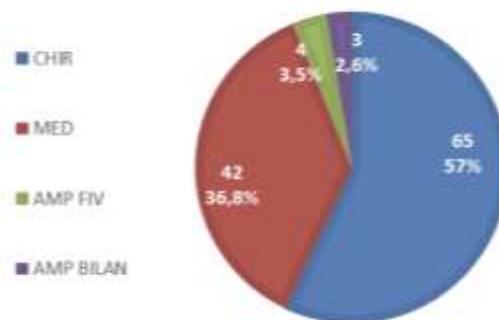
### ARTICLE INFO

**Keywords**  
Endometriosis  
Day-hospital  
Multidisciplinary assessment  
Endometriosis expert center

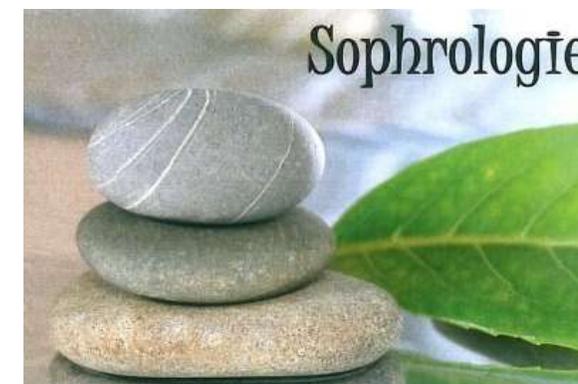
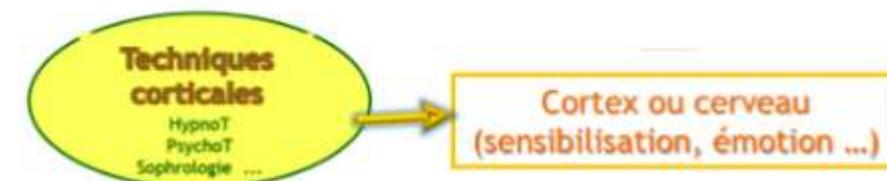
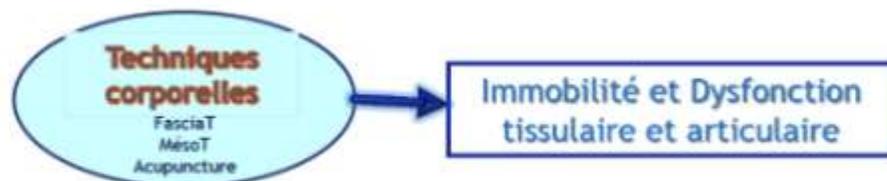


Pierre Collinet, Geraldine Giraudet, Ingrid Tiberghien, Elodie Chaumontet, Emilie De Smedt, Margherita Renso  
Service de chirurgie gynécologique, Hôpital privé Le Bois, Ramsay Lille métropole, Lille, France

## HÔPITAUX DE JOUR PAR PARCOURS



# Soins de support



# RCP ENDOMEL

## 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
- IUI
- 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 : cloison rectovaginale ; CVU : cloison vésico-urétrine ; DIU : dispositif intra-utérin ; FIV : fécondation in vitro ; ICSI : Intracytoplasmic Sperm Injection ; IUI : insémination intra-utérine ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone ; US : ultrasons (ligaments) ; TDM : tomodensitométrie.

# 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

