

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019-2020

N° 2019-251

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
DES de Médecine Générale

par

Amandine LEBOEUF

Née le 14/05/1991 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2019

**PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DE L'ENDOMETRIOSE
EN SOINS PRIMAIRES PAR LE MEDECIN GENERALISTE EN VENDEE**

Président : Monsieur le Professeur Remy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME

REMERCIEMENTS

Au Président du jury, Monsieur le Professeur Remy SENAND,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Au Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse. Je vous remercie sincèrement pour le temps consacré à me soutenir dans mon travail de thèse.

Merci également à vous et aux équipes du service de gynécologie-obstétrique du CHD de la Roche-sur-Yon pour la sympathie et le partage lors de mes six mois de stage d'interne. J'y ai beaucoup appris et notamment à d'autant plus apprécier votre discipline.

Au membre du jury, Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU,

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse sur ce sujet qui vous tient à cœur. Merci pour le temps que vous me consacrez. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

Au membre du jury, Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Merci aux médecins généralistes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille ; vous m'avez portée tout au long de ce difficile parcours. Vous m'avez transmis la valeur du travail et à ne jamais baisser les bras. Merci pour les modèles que vous êtes. Je vous aime fort. J'espère que vous êtes fiers de moi.

A ma sœur Claire, toutes ces années de coloc' ! Sans toi, ça n'aurait pas été pareil. Merci pour ton soutien. Je suis fière de toi, tu feras une excellente endocrinologue, n'en doute pas.

A mon frère Paul, tes études t'ont un peu éloigné physiquement mais merci pour tous ces moments passés ensemble dès que possible. Continue ton excellent parcours, je suis fière de toi.

A ma sœur Jeanne, ma Bernique. Merci pour ton amour, ta joie de vivre, ton soutien et surtout ta compréhension quand je devais travailler et ne pouvais pas jouer avec toi. Tu es une jeune fille merveilleuse. Continue comme ça.

A tous les trois, merci de m'avoir supportée et soutenue durant toutes ces années. Que nos liens perdurent toujours aussi forts, nos moments en famille sont primordiaux. Je vous aime.

A Esteban, merci pour ces derniers mois ensemble. Merci pour ta patience, ton écoute. Je serai un peu plus disponible maintenant ! Je t'aime.

A mes grands-parents, qui ont suivi de près mon parcours, merci pour votre soutien durant toutes ces années. Merci pour les valeurs et l'esprit de famille que vous nous avez transmis.

A ma grand-mère, merci pour ton soutien et ta présence toutes ces années. Merci d'avoir autant pris soin de moi pendant toutes ces périodes de révisions. J'espère que **Papi** serait fier aussi.

A Mémé, qui me manque tellement. Je sais que tu veilles sur moi.

A ma famille, merci pour les moments ensemble. **A Annie et Fabrice**, merci pour l'accueil et le soutien primordiaux au cours notamment de ma première année de médecine. **A mes cousins**, merci pour nos fous rires et discussions. New-York restera longtemps dans nos mémoires.

A Anne-Claire et Zaza, votre amitié m'est très chère. Qu'elle perdure aussi belle. Merci pour tout. La Guadeloupe est à nous ! Et vive le fromage de chèvre !

A Elise, depuis le lycée qu'il s'en est passé des choses ! Regarde nous aujourd'hui ! Merci pour tous ces moments ensemble, ces fous rires, ces moments à refaire le monde, ces discussions existentielles. Merci pour ton amitié simplement.

A mes amis du kinball, vous m'avez fait sortir la tête de la médecine. Merci pour ces moments d'amitié sur le terrain et en dehors.

A Julie, Alex, Camille, Greg et Julien, merci pour les amis précieux que vous êtes au quotidien.

Merci à tous **mes maîtres de stage et aux équipes médicales et paramédicales** de mes stages d'internat : du CFPD et du service de gynécologie-obstétrique du CHD de la Roche-sur-Yon, des services de médecine de Montaigu et Challans et des urgences de la clinique Saint-Charles. Merci également à mes maîtres de stage au cabinet de la Bruffière ; Lucie, Julia et François.

TABLE DES MATIERES

I) INTRODUCTION

II) GENERALITES

1) Définitions

2) Epidémiologie

2.1. Généralités

2.2. Retard diagnostique

2.3. Coûts financiers

3) Formes anatomo-cliniques

3.1. Endométriose superficielle

3.2. Endométriose ovarienne

3.3. Endométriose profonde

3.4. Répartition des lésions

3.5. Classification

4) Physiopathologie

4.1. Théorie du reflux

4.2. Autres hypothèses

a) Théorie de la métaplasie coelomique

b) Théorie de l'induction

c) Théorie des embols lymphatiques et veineux

5) Facteurs de risque et histoire naturelle

5.1. Facteurs de risques

5.2. Histoire naturelle et évolutivité

6) Signes cliniques

6.1. Dysménorrhées

6.2. Dyspareunies

6.3. Infertilité

6.4. Douleurs abdomino-pelviennes chroniques

6.5. Signes fonctionnels digestifs

6.6. Signes fonctionnels urinaires

6.7. Autres symptômes

7) Examen physique

7.1. Examen au spéculum

7.2. Palpation

8) Diagnostic paraclinique

8.1. Examens de première intention

8.2. Examens de deuxième intention

8.3. Examens de troisième intention

9) Prise en charge thérapeutique

9.1. Traitement médical

a) Traitement hormonal chez une patiente non opérée

1- Contraception oestro-progestative

2- Progestatifs

3- Agonistes de la GnRH

- b) Traitement hormonal dans le cadre d'une prise en charge opératoire
 - 1- Traitement pré-opératoire
 - 2- Traitement post-opératoire
 - c) Particularités du traitement hormonal chez l'adolescente
 - d) Antalgiques
 - e) Thérapeutiques non médicamenteuses
- 9.2. Traitement chirurgical
- 9.3. Prise en charge de l'infertilité
- 10) Place du médecin généraliste**

III) MATERIELS ET METHODES

1) Type d'étude

2) Questionnaire

- 2.1. Première partie du questionnaire
- 2.2. Deuxième partie du questionnaire
- 2.3. Troisième partie du questionnaire

3) Échantillon

4) Recueil des données

5) Analyse des données

IV) RESULTATS

1) Réponses au questionnaire

2) Description des médecins répondants

- 2.1. Profil socio-démographique
 - a) Répartition selon le sexe
 - b) Répartition selon l'âge
 - c) Répartition selon le mode d'exercice
 - d) Accès aux consultations spécialisées de gynécologie
- 2.2. Activité gynécologique
 - a) Formation en gynécologie
 - b) Activité gynécologique globale
 - c) Suivi gynécologique centré sur l'endométriose

3) Perception de l'endométriose par les médecins généralistes au sein de notre échantillon

- 3.1. Sentiments de compétence
 - a) Concernant la prise en charge de dysménorrhées
 - b) Concernant la prise en charge d'une endométriose
- 3.2. Prévalence de l'endométriose
- 3.3. Symptômes cardinaux de l'endométriose
- 3.4. Évocation de l'endométriose par les médecins généralistes de notre échantillon quand des symptômes sont rapportés par une femme

4) Caractérisation de la conduite diagnostique et de la prise en charge thérapeutique des médecins généralistes face à une suspicion d'endométriose

- 4.1. Recherche de symptômes évocateurs d'endométriose lors d'une consultation à thématique gynécologique

- 4.2. Examen physique gynécologique
 - a) Période préférentielle du cycle
 - b) Caractéristiques de l'examen physique
- 4.3. Pratiques au sein de notre échantillon concernant les examens complémentaires
 - a) Examen d'imagerie de première intention
 - b) Imagerie de référence pour le diagnostic d'endométriose
 - c) En pratique
- 4.4. Prescriptions thérapeutiques des médecins de notre échantillon face à une suspicion d'endométriose
- 4.5. Orienter vers le spécialiste
 - a) A quel moment ?
 - b) A quel spécialiste ?

V) DISCUSSION

1) Limites de l'étude

2) Représentativité de l'échantillon

3) Principaux résultats de notre étude

- 3.1. Profil socio-démographique des médecins répondants
- 3.2. Le médecin généraliste, coordinateur du parcours de soins
- 3.3. La femme généraliste en première ligne pour dépister l'endométriose
- 3.4. Information et formation sur l'endométriose ; enjeux de santé publique

VI) CONCLUSION

VII) BIBLIOGRAPHIE

VIII) ANNEXES

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure I : Endométriose péritonéale (lésions rouges)

Figure II : Nodule d'endométriose péritonéale (lésion bleue)

Figure III : Synthèse de la stratégie diagnostique devant des symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhées, dyspareunies, douleurs pelviennes non menstruelles)

Figure IV : Examens de première intention à la recherche d'une endométriose.

Figure V : Examens de seconde et troisième intentions à la recherche d'une endométriose.

Figure VI : Diagramme de répartition selon le sexe des médecins

Figure VII : Diagramme de répartition des effectifs selon l'âge et le sexe

Figure VIII : Diagramme de répartition selon le type de cabinet

Figure IX : Diagramme de répartition selon la facilité d'accès aux consultations spécialisées gynécologiques

Figure X : Diagramme de répartition selon la participation ou non à une formation en gynécologie dans les cinq dernières années

Figure XI : Histogramme de répartition selon le nombre de consultations gynécologiques réalisées par semaine et le sexe des médecins

Figure XII : Diagramme de répartition selon le nombre de patientes porteuses d'endométriose suivies sur le plan gynécologique

Figure XIII : Diagramme de répartition des effectifs selon le ressenti des médecins face à la prise en charge de dysménorrhées

Figure XIV : Diagramme de répartition des effectifs selon le ressenti face à la prise en charge d'une endométriose

Figure XV : Histogramme de répartition des symptômes d'endométriose cités par les médecins généralistes de l'échantillon

Figure XVI : Histogramme représentant les différentes fréquences d'évocation d'une endométriose devant différents symptômes possibles de la maladie

Figure XVII : Diagramme de répartition des effectifs selon la période préférentielle du cycle pour la réalisation d'un examen gynécologique dans le cadre d'une suspicion d'endométriose

Figure XVIII : Histogramme de répartition des gestes réalisés au cours de l'examen gynécologique lors d'une suspicion d'endométriose par les médecins généralistes de l'échantillon

Figure XIX : Diagramme de répartition des effectifs selon le choix d'imagerie de première intention réalisée devant une suspicion d'endométriose

Figure XX : Diagramme de répartition des effectifs selon le choix d'imagerie de référence pour le diagnostic d'endométriose

Figure XXI : Histogramme de répartition des réponses des médecins de l'échantillon sur la conduite tenue devant des symptômes évocateurs d'endométriose

Figure XXII : Histogramme de répartition des prescriptions thérapeutiques des médecins de l'échantillon devant des symptômes évocateurs d'endométriose

Tableau 1 : Effectifs de la population de l'étude par tranches d'âges

Tableau 2 : Effectifs de la population ayant effectué une formation selon le sexe

Tableau 3 : Effectifs de la population ayant effectué une formation selon l'âge

Tableau 4 : Profil socio-démographique de la population selon le nombre de consultations gynécologiques effectuées par semaine

Tableau 5 : Caractéristiques de la population selon la réalisation ou non de suivis gynécologiques de femmes porteuses d'endométriose

Tableau 6 : Caractéristiques de la population selon le ressenti face à la prise en charge de dysménorrhées

Tableau 7 : Caractéristiques de la population selon le ressenti face à la prise en charge d'une endométriose

Tableau 8 : Fréquence d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes selon le sexe des médecins généralistes

Tableau 9 : Fréquence d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes selon l'âge des médecins généralistes

Tableau 10 : Fréquence d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes selon la participation ou non des médecins généralistes à une formation gynécologique dans les cinq dernières années

Tableau 11 : Symptômes recherchés en consultation à thématique gynécologique selon le sexe des médecins

Tableau 12 : Symptômes recherchés en consultation à thématique gynécologique selon l'âge des médecins

Tableau 13 : Symptômes recherchés en consultation à thématique gynécologique selon la participation ou non des médecins à une formation gynécologique dans les 5 ans

ABREVIATIONS

ASRM : American Society for Reproductive Medicine
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
COP : Contraception Oestro-Progestative
CPP : Comité de Protection des Personnes
DIU : Dispositif Intra-Utérin
EE : Ethinyloestradiol
EHP-5 : Endometriosis Health Profile-5
EVA : Echelle Visuelle Analogique
FMC : Formation Médicale Continue
FIV : Fécondation In Vitro
GEE : Groupe pour l'Etude de l'Endométriose
GnRHa : Agonistes de la Gonadotropin-releasing Hormone
HAS : Haute Autorité de Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique
MG : Médecin Généraliste
ORS : Observatoire Régional de la Santé
QCM : Questionnaire à Choix Multiples
SFU : Signes Fonctionnels Urinaires
SIU : Système Intra-Utérin
TDM : Tomodensitométrie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

I) INTRODUCTION

L'endométriose est une maladie chronique fréquente, bénigne mais parfois très invalidante, touchant les femmes en période d'activité génitale. Elle est caractérisée par le développement de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Les lésions créées entraînent alors notamment des dysménorrhées intenses, des dyspareunies profondes, une infertilité et des troubles fonctionnels urinaires et/ou digestifs cataméniaux. Pendant longtemps, les symptômes douloureux cataméniaux ont cependant été banalisés.

Les données de la littérature sur l'endométriose sont relativement récentes ; la maladie ayant été quasiment redécouvertes au cours des vingt dernières années grâce en partie à la généralisation de l'exploration coelioscopique dans la pratique gynécologique. L'HAS a notamment mis à jour en décembre 2017 les recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge de l'endométriose avec une synthèse comportant les messages clés, destinée aux médecins généralistes [1].

Même si l'endométriose est mise en lumière depuis quelques années notamment par l'intermédiaire d'actions de sensibilisation en lien avec le développement d'associations et la voix de personnalités publiques porteuses de cette maladie, elle est encore mal connue du grand public et des soignants. L'endométriose est ainsi une pathologie au diagnostic encore difficile et donc souvent tardif.

On observe de fait un des plus grands retards diagnostiques pour une pathologie courante ; la maladie étant évoquée environ 8 à 12 ans après l'apparition des premiers symptômes. En moyenne, les femmes expriment ainsi 6 à 7 fois leurs symptômes auprès de leur médecin généraliste ou gynécologue de ville avant d'aboutir au diagnostic d'endométriose [2].

L'endométriose est cependant un enjeu de santé publique ; une maladie pouvant lourdement affecter la qualité de vie et donc responsable d'important coûts individuels et sociétaux. Elle est fréquente, avec une prévalence qui, même si elle est difficile à estimer véritablement, est aujourd'hui rapportée aux alentours de 10% au sein de la population féminine en âge de procréer [2,3,4]. Au congrès mondial de l'endométriose à Sao Paulo en 2014, les chiffres rapportés se rapprochaient même plus des 20%. Selon les chiffres de l'Insee 2014, en France, l'endométriose toucherait 2,4 à 4,1 millions de femmes. Des chiffres comparables à ceux du diabète de type 2 (2,7 millions) ou du cancer (3 millions). C'est également la première cause d'infertilité en France [4].

Les algies pelviennes sont un motif fréquent de consultation. Les médecins généralistes sont souvent les premiers praticiens consultés. Le suivi gynécologique fait par ailleurs partie de leurs compétences. Médecins de premier recours, ils ont ainsi un rôle capital dans la stratégie diagnostique précoce de l'endométriose, renforcé par la carence démographique en gynécologues rendant l'accès aux soins directs spécialisés plus difficile. Il est alors important que les médecins traitants soient formés à la recherche des signes cliniques d'alerte de l'endométriose et sur la conduite à tenir devant ces symptômes.

Par cette étude, nous souhaitons ainsi analyser les connaissances et les pratiques des médecins traitants vendéens concernant le dépistage et la prise en charge initiale de

l'endométriose dans le cadre des soins primaires, afin de repérer plus précisément le rôle de ces médecins généralistes dans le diagnostic précoce de l'endométriose et d'essayer de faire ressortir des solutions pour améliorer la prise en charge de l'endométriose en soins primaires et notamment d'en diminuer le délai diagnostique.

II) GENERALITES

1) Définitions

La définition de l'endométriose est histologique ; elle correspond à la présence de glandes et/ou de stroma endométrial hormonaux-dépendants en dehors de l'utérus. Elle est à distinguer de l'adénomyose correspondant au développement de cellules endométriales au sein du myomètre.

Le diagnostic histologique d'endométriose n'est cependant pas toujours synonyme de maladie clinique ; des femmes porteuses de lésions d'endométriose peuvent être indolores et fertiles. Par consensus, on parle d'endométriose maladie en présence de douleurs et/ou d'infertilité ou en cas d'altération du fonctionnement d'un organe [4,5]. A noter qu'une absence de preuve histologique d'endométriose en présence de symptômes évocateurs, ne permet pas d'exclure le diagnostic [6].

2) Épidémiologie

2.1. Généralités

La prévalence de l'endométriose est encore mal connue. Son estimation est difficile devant une pathologie encore sous-évaluée, au diagnostic difficile. Par ailleurs, du fait d'une définition histologique, le diagnostic de certitude de l'endométriose repose sur la coelioscopie avec biopsies, examen invasif qui ne peut donc être réalisé en routine en dépistage. De plus, les études épidémiologiques actuelles sont fréquemment biaisées car réalisées au sein de groupes spécifiques de population, souvent hospitalisés et non au sein de la population générale [7, 8].

Actuellement, la prévalence de l'endométriose est régulièrement rapportée aux alentours de 10% [2, 3, 9, 10]. Chez les femmes présentant des algies pelviennes chroniques, la prévalence de l'endométriose s'élève de 2 à 74% sur 11 études. L'analyse de ces études très hétérogènes conclue cependant que la vraie prévalence est probablement supérieure à 33% [9]. 19 à 47% des adolescentes souffrant de douleurs pelviennes seraient atteintes d'endométriose [4]. Chez les femmes souffrant d'infertilité, la prévalence de l'endométriose est évaluée à 20 à 30% [3].

Dans une étude publiée en 2010, réalisée sur la population islandaise entre 1981 et 2000, il a été évalué une incidence annuelle à 0,1% chez les femmes entre 15 et 49 ans [8].

2.2. Retard diagnostique

L'endométriose fait partie des maladies présentant le plus grand retard diagnostique pour une maladie courante, estimé entre 8 et 12 ans avec, par exemple, un délai moyen de 11,7 ans aux États-Unis, 8 ans au Royaume-Uni et 6,7 ans en Norvège. Ce dernier est plus important pour des patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques par rapport aux patientes présentant une infertilité [2].

Une étude réalisée entre septembre 2000 et septembre 2001 auprès de femmes brésiliennes retrouve un retard diagnostique moyen de 7 ans (3,5 à 12,1 ans), d'autant plus important que la patiente est jeune lors de l'apparition des premiers symptômes [12]. Une autre étude réalisée auprès de patientes anglaises retrouve un délai moyen de 9 ans (4,5 à 13,5 ans) entre les premiers symptômes et la pose du diagnostic [2].

2.3. Coûts financiers

Responsable de couts directs et indirects individuels et sociétaux considérables, l'endométriose représente un enjeu de santé publique. Les coûts directs concernent les soins (consultations, traitements médicaux et chirurgies, hospitalisations), les coûts indirects sont liés à la perte de productivité (arrêts de travail, perte emploi, retentissement psychosocial).

Aux États-Unis, au début des années 2000, le total des coûts liés à l'endométriose a ainsi été chiffrés à 22 milliards de dollars, sur la base d'une prévalence de 10%. En 2012 en Europe, le coût total par an et par femme induit par l'endométriose a été évalué à 9579 euros. Au sein de l'Union européenne, le coût de revient des congés maladies liés à l'endométriose en 2004, a été calculé à 22 milliards d'euros. En France, selon les chiffres Insee 2014, l'endométriose toucherait 2,4 à 4,1 millions de femmes. Le coût total ainsi estimé par an s'élève à 9,5 milliards d'euros avec en moyenne 33 jours d'arrêt maladie par an et par femme porteuse d'endométriose. C'est un absentéisme plus important que pour d'autres pathologies douloureuses chroniques comme les céphalées, les lombalgies ou l'arthrose [4, 10, 13, 14].

3) Formes anatomo-cliniques

L'endométriose est une maladie hétérogène et multifocale. Les lésions endométriosiques prédominent dans la cavité pelvienne mais peuvent aussi toucher le diaphragme, la plèvre ou la cavité abdominale. Des lésions parenchymateuses (pulmonaires, hépatiques, cérébrales...) existent également mais sont exceptionnelles.

On distingue trois types de lésions d'endométriose pouvant être isolés ou associés chez une femme ; l'endométriose superficielle, l'endométriose ovarienne et l'endométriose profonde. Leur physiopathologie est encore mal connue ; certains auteurs parlent même d'une physiopathologie différente pour chacun des trois types de lésions mais ce point reste encore très controversé [6, 7, 9].

3.1. Endométriose superficielle

L'endométriose péritonéale ou superficielle correspond à la présence d'implants ectopiques à la surface du péritoine, sans développement vers la profondeur. Ces lésions sont formées par un épithélium glandulaire cylindrique classique et un chorion [7, 9].

On distingue trois types de lésions évolutives avec une majoration de la part de fibrose au fil des cycles :

-les lésions rouges : débutantes, actives et inflammatoires. Elles forment des implants très vascularisés, saignant lors des menstruations. Elles présentent une activité proliférative comparable à l'endomètre ectopique.

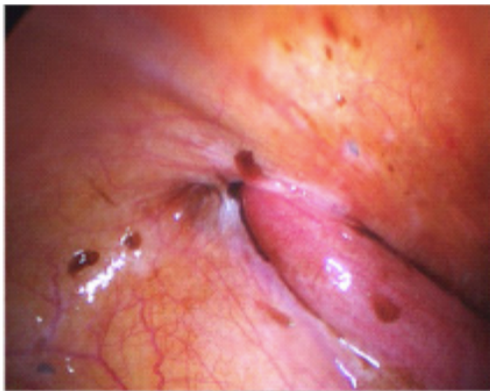


Figure 1 : endométriose péritonéale (lésions rouges) (9)

-les lésions bleues (ou noires) : elles correspondent à des lésions évolutives, qui deviennent pigmentées avec une part de fibrose variable, une inflammation et une vascularisation plus modérées.



Figure 2 : nodule d'endométriose péritonéale (lésion bleue) (9)

-les lésions blanches : elles représentent des lésions moins actives avec une part de fibrose importante et une vascularisation pauvre, et conduisent à la formation de cicatrices péritonéales blanchâtres [9, 15].

3.2. Endométriose ovarienne

L'endométriose ovarienne se traduit par la présence d'un kyste de l'ovaire endométriosique (ou endométriome) au contenu classique liquidien chocolat. Son diagnostic différentiel avec le kyste hémorragique de l'ovaire n'est pas toujours aisé. On note une atteinte plus fréquente de l'ovaire gauche par rapport au droit [7, 9, 15].

Concernant la formation de ces lésions, la théorie de l'invagination du cortex ovarien de HUGHESDON (1957) est aujourd'hui communément admise. Ainsi, la présence de fossettes ovariennes permet l'accumulation cyclique de sang responsable d'un refoulement conduisant à l'invagination du parenchyme ovarien, alors colonisé par des cellules endométriales ectopiques [6, 7, 16].

3.3. Endométriose profonde

L'endométriose profonde ou sous-péritonéale correspond à la présence de lésions s'infiltrant d'au moins 5 mm en profondeur dans l'espace sous-péritonéal et/ou dans la paroi des organes pelviens [7, 9, 17]. Les nodules formés sont composés d'un épithélium glandulaire avec son stroma (25%) associés à du tissu fibro-conjonctif et des fibres musculaires lisses (75%) [7].

3.4. Répartition des lésions

Les lésions d'endométriose sont souvent multifocales. La répartition de ces lésions fait preuve d'une triple asymétrie en lien avec l'asymétrie anatomique naturelle de l'espace abdomino-pelvien, le flux péritonéal liquidien et le principe de gravité. On retrouve ainsi une première asymétrie lésionnelle abdomen / pelvis avec une atteinte plus fréquente de la cavité pelvienne en lien avec le principe de gravité. Cette répartition selon le principe de gravité appuie la théorie du reflux et explique alors les fréquentes localisations autour du cul-de-sac de Douglas ; zone la plus déclive de la cavité abdominale et donc zone d'accumulation et stagnation du reflux menstruel. La seconde asymétrie est antéropostérieure avec une atteinte majoritaire du compartiment postérieur (93,4% des cas selon une étude de CHAPRON et al.) [16]. Et finalement une asymétrie lésionnelle gauche/droite avec une atteinte préférentielle de l'hémipelvis gauche (près de 70% des cas) (ovaire, ligament utéro-sacré, uretère et lésions digestives gauches). A l'inverse, les atteintes abdominales prédominent à droite, touchant particulièrement la jonction iléo-caecale et l'appendice en raison notamment de barrières anatomiques comme le ligament falciforme qui ferme l'accès à l'épigastre et à l'hypochondre gauche. Les lésions plus rares comme les atteintes du nerf sciatique, pleuropulmonaires ou diaphragmatiques touchent également préférentiellement le côté droit [16, 17].

Dans une étude coelioscopique sur des patientes porteuses d'endométriose et infertiles, sans tenir compte du type d'endométriose, JENKINS et al. [18] retrouvent la répartition suivante ; lésions ovariennes (unilatérales ou bilatérales) dans 54,9% des cas, lésions des ligaments

utéro-sacrés dans 28%, du cul-de-sac postérieur (Douglas) dans 34%, de la vessie et du cul-de-sac vésico-utérin dans 34,6% des cas.

Les lésions d'endométriose profonde atteignent notamment les ligaments utéro-sacrés (50 à 69%), le vagin (14 à 16%), les intestins (10 à 25%) et surtout la face antérieure du rectum et la jonction resto-sigmoïdienne, la vessie (6 à 10%) et les uretères (2 à 3%) et au-delà de la cavité pelvienne, pour les localisations les plus fréquentes ; le sigmoïde, le colon droit, l'appendice et la jonction iléo-caecale [7, 16].

3.5. Classification

Il existe plusieurs classifications pour l'endométriose mais la principale utilisée aujourd'hui est la classification révisée de l'American Society for Reproductive Medicine (R-ASRM). On distingue ainsi 4 stades de sévérité de la maladie de minime à sévère (annexe 1). Cette classification évaluant les lésions observées, leurs localisations et leur étendue, ne prend cependant pas en compte le retentissement de la maladie ni son évolution. Sa corrélation avec les symptômes est donc médiocre. On peut également parler de la classification FOATI modifiée G.E.E. (annexe 2), intéressante sur le plan pronostique, qui prend en compte le caractère inflammatoire de la pathologie [9, 19, 20].

4) Physiopathologie

La physiopathologie de l'endométriose reste encore mal connue. Plusieurs théories ont été avancées sans qu'aucune n'explique entièrement toutes les différentes lésions d'endométriose. A ce jour, on en retient quatre principales ; les théories du reflux, de la métaplasie, de l'induction et des embols lymphatiques et vasculaires [3, 8, 17].

4.1. Théorie du reflux tubaire

Actuellement, l'hypothèse physiopathologique la plus reconnue et validée concernant le développement de l'endométriose, est basée sur la théorie de la régurgitation de SAMPSON, décrite en 1927. Elle repose sur la régurgitation au travers des trompes de Fallope, lors des règles, de fragments d'endomètre viables, secondairement déversés dans la cavité pelvienne. Ces fragments vont ensuite s'implanter, se développer voire envahir les structures pelviennes comme observé dans l'endométriose profonde. La distribution de ces fragments se fait selon le principe de gravité qui, associé au flux péritonéal, entraîne une distribution asymétrique prédominant dans les régions postérieures et gauches du pelvis [3, 8, 21].

La théorie de SAMPSON est appuyée par le fait que tous les facteurs augmentant le reflux menstruel correspondent à des facteurs de risque d'endométriose (ménarches précoces, cycles courts, volume menstruel abondant, règles prolongées). De nos jours, on observe une modification des comportements allant dans le sens d'une augmentation du nombre

d'ovulations et de menstruations avec notamment des ménarches plus précoces, une diminution du nombre de grossesses, un recul de l'âge du premier enfant et une réduction du délai d'allaitement maternel, pouvant expliquer l'augmentation de la prévalence de l'endométriose. Cependant, cette analyse peut être faussée par un biais d'observation [6, 22].

Cette théorie du reflux menstruel n'explique cependant pas toutes les formes d'endométriose et notamment les localisations atypiques. Par ailleurs, le reflux menstruel existe chez plus de 90% des femmes, ce qui ne correspond pas à la prévalence de l'endométriose. Le développement des lésions ectopiques implique donc l'influence d'autres facteurs associés, génétiques, environnementaux encore mal connus, et endogènes avec une altération de l'immunité et une importante inflammation locale [7, 8].

On observe, en effet, une modification des caractéristiques moléculaires et cellulaires des cellules eutopiques endométriales dans les cellules ectopiques des lésions d'endométriose. Les cellules endométriosiques, dépendantes aux œstrogènes, favorisent l'augmentation de la synthèse d'œstrogènes et développent une résistance à la progestérone et notamment à son effet antiprolifératif. Ces cellules surexpriment par ailleurs des cellules pro-inflammatoires responsables d'un environnement local très inflammatoire, et des facteurs favorisant la néoangiogenèse, leur prolifération ainsi que leur potentiel d'invasion. On constate également la mise en place de mécanismes de protection contre le système immunitaire et notamment d'échappement à l'apoptose [6, 23].

4.2. Autres hypothèses

Trois grandes autres théories sont également reconnues à ce jour. Elles ne permettent pas d'expliquer la répartition typique majoritaire des lésions d'endométriose, et à ce titre, ne sont pas reconnues comme théories principales, mais rendent compte des formes atypiques, comme les localisations intra-parenchymateuses.

a) Théorie de la métaplasie cœlomique

La théorie de la métaplasie cœlomique, suggérée par MEYER en 1919, est basée sur le potentiel de transformation des cellules du revêtement épithélial de la cavité péritonéale, qui auraient ainsi la capacité de se transformer en cellules endométriales sous l'influence de stimuli inflammatoires et hormonaux. Cette théorie s'appuie sur l'existence d'une origine embryonnaire commune aux cellules péritonéales et aux canaux müllériens ; l'épithélium cœlomique.

Cette hypothèse pourrait expliquer l'endométriose chez la femme pré-pubère ou post-ménopausique ou en cas d'aménorrhée primaire. Cependant, selon ce raisonnement, les lésions d'endométriose devraient également se développer chez l'homme sain ou en cas d'absence congénitale d'utérus par exemple, et comme pour toute métaplasie, augmenter avec l'âge [3, 8, 17, 24].

b) Théorie de l'induction

La théorie de l'induction, de LEVANDER et NORMAN (1955), découle de la théorie de la métaplasie cœlomique. Elle est basée sur la différenciation de cellules indifférenciées en tissu endométrial fonctionnel sous l'influence de facteurs endogènes biochimiques et immunologiques, libérés par l'endomètre [3, 8, 17, 24].

c) Théorie des embols lymphatiques et veineux

La théorie métastatique ou des embols lymphatiques et veineux (selon SAMPSON et HALBAN dans les années 1920) s'appuie sur l'existence d'une dissémination veineuse et lymphatique de cellules endométriales viables, qui vont secondairement s'implanter et former des lésions d'endométriose. Elle rend ainsi compte des rares localisations extrapéritonéales (pulmonaires, péricardiques, encéphaliques, orbitaires, osseuses). Les communications au sein du système lymphatique permettent d'expliquer l'existence de localisation au niveau de l'ombilic, de la plèvre, de l'espace rétropéritonéal... [8, 17, 24].

5) Facteurs de risque et histoire naturelle

L'endométriose est une maladie multifactorielle, mêlant différents facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux.

5.1. Facteurs de risque

Les facteurs d'exposition aux règles représentent le principal facteur de risque d'endométriose ; les ménarches précoces (avant l'âge de 12 ans), les cycles menstruels courts (inférieurs ou égaux à 27 jours), un volume menstruel abondant, les menstruations prolongées, sont ainsi associés à une augmentation du risque d'endométriose. A l'inverse, on observe une diminution du risque de découverte d'une endométriose avec l'augmentation du nombre de grossesses chez une femme. L'endométriose induisant cependant un phénomène de stérilité, l'association nulliparité/majoration du risque d'endométriose peut être discutée ; quelle est en effet la part facteur de risque et celle conséquence de la maladie [7, 22, 25, 26, 27, 28, 29].

Selon une méta-analyse de 2013 [30], il est rapporté une association entre consommation d'alcool et endométriose avec un risque relatif de 1,24 (IC 95% : 1,12-1,36). Selon les auteurs, cette association doit cependant être étudiée plus précisément afin de clarifier si la consommation d'alcool est réellement un facteur de risque de la maladie ou une de ses conséquences, du fait des douleurs ou d'un possible syndrome dépressif associés (7, 30).

Il n'a pas été démontré d'association significative entre le tabagisme, quel qu'en soit son intensité, ou la consommation de caféine, quelle qu'en soit la dose, et le risque d'endométriose [7, 31, 32].

Il est souvent discuté une association entre une augmentation du risque de diagnostic d'endométriose et un niveau socio-économique élevé. Cette association fait cependant face à un biais important de recours et d'accès aux soins [28, 29].

On retrouve également un facteur génétique dans l'endométriose avec une augmentation du risque de développer la maladie pour les apparentées d'une femme atteinte par rapport à la population générale. Dans une étude portant sur l'ensemble de la population islandaise, ce risque a été estimé à 5,2 pour une sœur et 1,6 pour une cousine [33]. On retient ainsi pour la pratique clinique, un risque cinq fois plus élevé de développer la maladie pour les apparentés au premier degré. Par ailleurs, dans de larges études sur jumeaux, la part de responsabilité des facteurs génétiques est estimée à environ 50% [34, 35]. Les recherches actuelles orientent vers un polymorphisme génétique ; l'identification des variants génétiques est cependant à ce jour encore très incomplète [7].

D'après certaines études, l'endométriose semble également liée à certains traits phénotypiques comme un indice de masse corporelle (IMC) faible, un faible poids et une petite taille dans l'enfance, une peau claire porteuse de multiples nævi et taches de rousseur... Cette association serait cependant probablement plus due à l'influence de facteurs environnementaux sur l'expression et la fonction des gènes responsables de ces traits. L'impact de facteurs environnementaux sur le risque de développer une endométriose reste à ce jour controversé [7, 36].

5.2) Histoire naturelle et évolutivité

L'endométriose n'a pas automatiquement de conséquence pathologique. Un dépistage systématique n'est pas conseillé dans la population générale ni même dans les populations présentant des facteurs de risque génétiques et/ou d'exposition menstruelle. De même, une dysménorrhée isolée soulagée par une contraception hormonale efficace, ne justifie pas de rechercher une endométriose [5, 37].

Dans la littérature, il n'existe pas de preuve solide en faveur d'une progression de la maladie, que ce soit en termes de taille, de volume ou du nombre de lésions, même si la classification ASRM en stades suggère faussement l'idée d'une progression de la maladie. Il n'est donc pas conseillé de surveillance systématique par imagerie chez une patiente traitée pour endométriose, en l'absence de modification des symptômes [37].

Il n'existe pas de réelles données dans la littérature analysant l'impact de la grossesse sur l'évolutivité de l'endométriose, en dehors d'une décidualisation des lésions au cours de la grossesse, pouvant leur donner un caractère suspect en imagerie. Il est communément admis, sans étude l'étayant, l'existence d'une amélioration des symptômes douloureux au cours de la grossesse [7].

Une association entre le risque de développer certains types de cancers ovariens et l'endométriose est aujourd'hui encore en cours d'étude. Le lien causal entre endométriose et cancer de l'ovaire n'est cependant pas démontré ; il n'est donc pas recommandé de dépistage systématique du cancer ovarien chez une patiente porteuse d'endométriose [7, 37].

6) Signes cliniques

Il existe une grande disparité des symptômes au sein de l'endométriose pouvant aller d'une forme asymptomatique à une forme très invalidante. Il n'y a pas de symptôme pathognomonique d'endométriose. De nombreux symptômes peuvent ainsi être liés à une endométriose et elle doit notamment être évoquée devant tout symptôme à recrudescence cataméniale (sciatalgie, toux rythmée par les règles...). Il ressort tout de même des manifestations cardinales d'endométriose englobant les dysménorrhées intenses, les dyspareunies profondes, les douleurs abdomino-pelviennes chroniques et l'infertilité. A noter cependant, que les dysménorrhées intenses et les dyspareunies profondes sont fréquentes dans la population générale et ne sont pas systématiquement liées à des lésions d'endométriose. Il n'y a notamment pas lieu de rechercher une endométriose dans un contexte de dysménorrhées isolées, contrôlées par une contraception hormonale.

On note deux types de symptômes dans l'endométriose : les douleurs localisatrices, spécifiques de l'atteinte d'une région anatomique ou d'un organe, pouvant évoquer une endométriose profonde (dysménorrhées intenses, dyspareunies profondes, infertilité, douleurs à la défécation et signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale), et des symptômes pouvant l'évoquer sans être localisateurs (dysménorrhées, dyspareunies profondes modérées, douleurs pelviennes chroniques) [5, 7, 38].

Ainsi, lors d'une consultation pour douleurs pelviennes chroniques, ou suspicion d'endométriose, il est recommandé d'évaluer la douleur et de rechercher les symptômes évocateurs et localisateurs d'endométriose. Dans le cadre du repérage de la maladie en soins primaires, il est également important d'évaluer le retentissement social et sur l'activité professionnelle ou scolaire ainsi que l'altération de la qualité de vie [5].

6.1. Dysménorrhées

Les dysménorrhées intenses représentent un des symptômes cardinaux de l'endométriose. Elles sont classiquement intenses (EVA supérieure ou égale à 8 sur 10), résistantes aux antalgiques simples mais sensibles partiellement ou totalement aux anti-inflammatoires, avec un retentissement important sur la vie socioprofessionnelle, responsable d'un absentéisme scolaire ou professionnel fréquent. Elles sont également améliorées (voire même disparaissent) lors de la prise d'une pilule contraceptive en mode cyclique. Elles peuvent être

primaires ou secondaires. On retrouve une association fréquente à des ménorragies [7, 39, 40].

Elles sont également généralement le symptôme douloureux le plus précoce dans le cadre d'une endométriose profonde, et donc le signe d'appel ou motif de consultation principal en soins primaires. Cependant, les dysménorrhées intenses sont fréquentes dans la population générale (prévalence de 90% dans la population concernée) et ne sont pas systématiquement liées à une endométriose [41, 42]. Il n'est ainsi pas nécessaire de rechercher une endométriose devant une dysménorrhée isolée et soulagée par des antalgiques simples ou même une contraception hormonale, en l'absence d'association avec d'autres signes douloureux ou d'un désir de grossesse [5].

Les dysménorrhées sont dues à des micro-saignements cycliques dans les implants endométriosiques, à des réactions inflammatoires locales ainsi qu'aux adhérences développées dans le cadre de la maladie. Ces caractéristiques sont indépendantes du type macroscopique d'endométriose ainsi que de la localisation des lésions [41]. Dans le contexte de lésions d'endométriose profonde, il semble cependant exister une relation entre le degré d'infiltration du septum recto-vaginal ou les adhérences au niveau du cul-de-sac de Douglas, et l'intensité et la fréquence des dysménorrhées [43, 44].

6.2. Dyspareunies

Les dyspareunies représentent un autre des symptômes cardinaux de l'endométriose, avec une prévalence retrouvée entre 53 et 56% dans le cadre d'études observationnelles chez des patientes ayant eu un diagnostic d'endométriose [45, 46]. Elles sont typiquement profondes et reproductibles d'un rapport à l'autre, perturbant la vie sexuelle [41].

Ces dyspareunies profondes sont notamment en lien avec des lésions profondes postérieures et plus particulièrement l'atteinte des ligaments utéro-sacrés ou du septum recto-vaginal [41, 47]. Elles peuvent également être non localisatrices, et sont alors généralement plus modérées [7].

6.3. Infertilité

L'infertilité est une conséquence importante de l'endométriose mais elle n'est systématique. La prévalence de l'endométriose chez les femmes infertiles serait de 25 à 50% et 30 à 50% des femmes porteuses d'une endométriose seraient infertiles [48, 49, 50]. Pour un couple ne présentant pas de problème de fertilité, on observe un taux de fécondité de 15 à 20% par mois pour un taux de fécondité de 2 à 10% dans le cadre d'une endométriose [48, 49, 51].

Les causes de l'infertilité sont multiples mais on note notamment le rôle des distorsions anatomiques et adhérences secondaires à la maladie et celui de l'inflammation chronique.

On peut faire ressortir trois grands facteurs d'infertilité dans l'endométriose. Tout d'abord un facteur pelvien avec un environnement pelvien très inflammatoire responsable d'une altération des interactions entre le sperme et l'ovocyte et donc de la fécondation. Ce facteur

peut être amélioré par une chirurgie d'exérèse des lésions endométriosiques. On retrouve aussi un facteur ovarien avec une altération quantitative ovocytaire et qualitative de la fonction ovarienne. Dans ce contexte, l'indication chirurgicale est évaluée au cas par cas en prenant en compte notamment son impact négatif sur la réserve ovarienne. Et finalement un facteur utérin avec des modifications au niveau de l'endomètre responsables d'une perturbation de l'implantation. Ce dernier facteur peut être corrigé par un traitement bloquant l'ovulation qui améliore alors les chances de réussite d'une fécondation in vitro (FIV) [7].

6.4. Douleurs abdominopelviennes chroniques

Les douleurs abdomino-pelviennes chroniques correspondent aux douleurs chroniques non cycliques, permanentes ou intermittentes. Elles sont d'autant plus fréquentes qu'il existe des lésions endométriosiques intestinales [38, 43]. Évocatrices d'endométriose ; ces douleurs chroniques sont cependant très aspécifiques et variables.

Chez les patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques, il est recommandé une recherche d'endométriose devant des douleurs cataméniales à la défécation ou des dyspareunies profondes intenses [5].

6.5. Signes fonctionnels digestifs

La symptomatologie digestive pouvant être attachée à l'endométriose est non spécifique et très variée. Elle est d'autant plus difficile à étudier qu'il existe une fréquence plus importante de syndrome de l'intestin irritable, de troubles fonctionnels intestinaux, d'une hypersensibilité viscérale... chez les patientes présentant une endométriose symptomatique. Les symptômes digestifs sont plus fréquents en cas d'atteinte de la paroi intestinale ou du vagin [38, 43] mais peuvent être présents en cas de lésions profondes de voisinage ou de lésions superficielles [52].

Le signe fonctionnel digestif le plus évocateur d'endométriose profonde est la douleur à la défécation à recrudescence cataméniale (apparaissant ou s'aggravant en période menstruelle) [5]. Elle est d'autant plus présente en cas d'atteinte de la paroi vaginale postérieure ou rectale [38, 43, 52].

La symptomatologie digestive peut également se manifester par une constipation ou des diarrhées, des ballonnements abdominaux, des nausées, une dyschésie, des ténésmes... Elle oriente d'autant plus vers une endométriose qu'elle présente un caractère cyclique avec une recrudescence cataméniale [3].

6.6. Signes fonctionnels urinaires

Les signes fonctionnels urinaires en faveur d'une endométriose sont typiquement à recrudescence cataméniale. Ils peuvent être localisateurs, représentatifs d'une atteinte des voies urinaires, ou non. De nombreux symptômes peuvent être retrouvés, et notamment des signes fonctionnels irritatifs (pollakiurie et impériosités), des douleurs hypogastriques, une dysurie, une hématurie micro- ou macroscopique, des cystites à urines claires (à ECBU négatif) [7, 43, 53].

Les localisations urinaires de l'endométriose sont rares, présentes chez 1 à 2% des patientes porteuses d'endométriose [53]. On retrouve principalement des atteintes vésicales (80-85%) et urétérales (15-20%), les atteintes rénales sont exceptionnelles [54].

Les symptômes en faveur d'une atteinte vésicale sont souvent frustrés. Ils englobent entre autres, des douleurs hypogastriques, une dysurie cataméniale, des signes fonctionnels irritatifs et une hématurie cataméniale micro-ou macroscopique. L'atteinte urétérale est, quant à elle, asymptomatique dans plus de 50% des cas. Les signes cliniques en faveur sont des douleurs lombaires d'intensité variable, des tableaux de coliques néphrétiques ou de pyélonéphrites, une hématurie micro- ou macroscopique traduisant une atteinte intrinsèque [53].

30 à 50% des atteintes endométriosiques des voies urinaires sont asymptomatiques. Or, une atteinte urétérale notamment, qui présente souvent une évolution lente et à bas bruit, représente un important risque fonctionnel rénal. Une atteinte du système urinaire doit donc être recherchée dans le cadre d'une prise en charge d'endométriose, même en l'absence de symptôme [53, 54, 55].

6.7. Autres symptômes

L'endométriose est une affection polymorphe avec une symptomatologie variée ; tout symptôme cyclique à recrudescence cataméniale doit faire évoquer l'endométriose (par exemple sciatalgie ou symptômes pulmonaires rythmés par les règles) [38, 56, 57].

Dans le cadre de la prise en charge d'une endométriose, il est important d'évaluer les douleurs et leur évolution ainsi que la qualité de vie. L'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique subjective (ENS) sont les deux échelles les plus adaptées pour la mesure des douleurs dans l'endométriose. Deux questionnaires sont validés en langue française pour l'évaluation de la qualité de vie : l'Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) et sa version courte l'EHP-5 (*annexe 3*) [7, 58, 59].

Par ailleurs, chez des patientes porteuses d'une endométriose douloureuse, il est recommandé de rechercher des signes en faveur d'une sensibilisation, par modification des seuils douloureux avec discordance anatomo-clinique. On peut notamment retrouver une allodynie ou une hyperalgésie, une vulvodynie, des dyspareunies prolongées (plusieurs heures voire jours), une hypersensibilité ano-rectale ou urinaire... Devant une symptomatologie de sensibilisation, il est alors recommandé une évaluation et une prise en charge algologique [7].

De plus, comme toute maladie chronique, l'endométriose affecte non seulement physiquement mais aussi psychologiquement la patiente. Plus généralement, on observe une

association entre l'existence de douleurs chroniques et le développement de troubles anxio-dépressifs. Ainsi, la dépression a une forte prévalence dans l'endométriose, notamment en cas de douleurs pelviennes chroniques. Selon LORENCATTO et al. [60], elle est de 86% en cas de douleurs pelviennes chroniques et 38% en l'absence de douleur. Un syndrome dépressif doit donc être systématiquement recherché chez une patiente présentant une endométriose [38].

7) Examen physique

Devant des symptômes évocateurs d'endométriose, un examen gynécologique orienté est recommandé, incluant notamment l'examen du cul-de-sac vaginal postérieur [7]. Un examen réalisé en période menstruelle augmente sa valeur diagnostique (lésions majorées ou révélées en période de règles) [61].

Afin d'éliminer un diagnostic différentiel, un examen clinique complet est associé à l'examen gynécologique. Le plus souvent, dans le cadre d'une endométriose, l'examen clinique se révèle normal [38].

Les lésions cliniques en lien avec une endométriose les plus souvent décrites sont : des lésions bleutées vaginales au spéculum, la palpation de nodules au niveau des ligaments utéro-sacrés ou du cul-de-sac de Douglas, une douleur à la mise en tension des ligaments utéro-sacrés, des annexes fixées au toucher vaginal et une mobilisation utérine douloureuse [62].

7.1. Examen au spéculum

L'examen gynécologique débute par une inspection attentive. L'examen au spéculum, souvent normal, recherche des lésions mamelonnées bleutées caractéristiques, notamment au niveau de l'aire rétro-cervicale et de la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure. Ces lésions sont retrouvées dans 5 à 17 % des cas [38, 62].

7.2. Palpation

La palpation abdominale recherche des douleurs. Les principaux signes sont recherchés aux touchers pelviens. Le toucher vaginal est systématique. Le toucher rectal est réalisé en cas de suspicion d'atteinte postérieure (recherche d'une infiltration de la cloison recto-vaginale).

Le toucher vaginal recherche notamment la présence de lésions nodulaires, généralement situées au niveau des ligaments utéro-sacrés et du cul-de-sac postérieur. Une palpation douloureuse de ces nodules est en faveur de leur nature endométriosique. On recherche également un utérus fixé ou une mobilisation utérine douloureuse [7, 38, 62].

8) Diagnostic paraclinique

Selon les dernières recommandations de l'HAS de décembre 2017 [5].

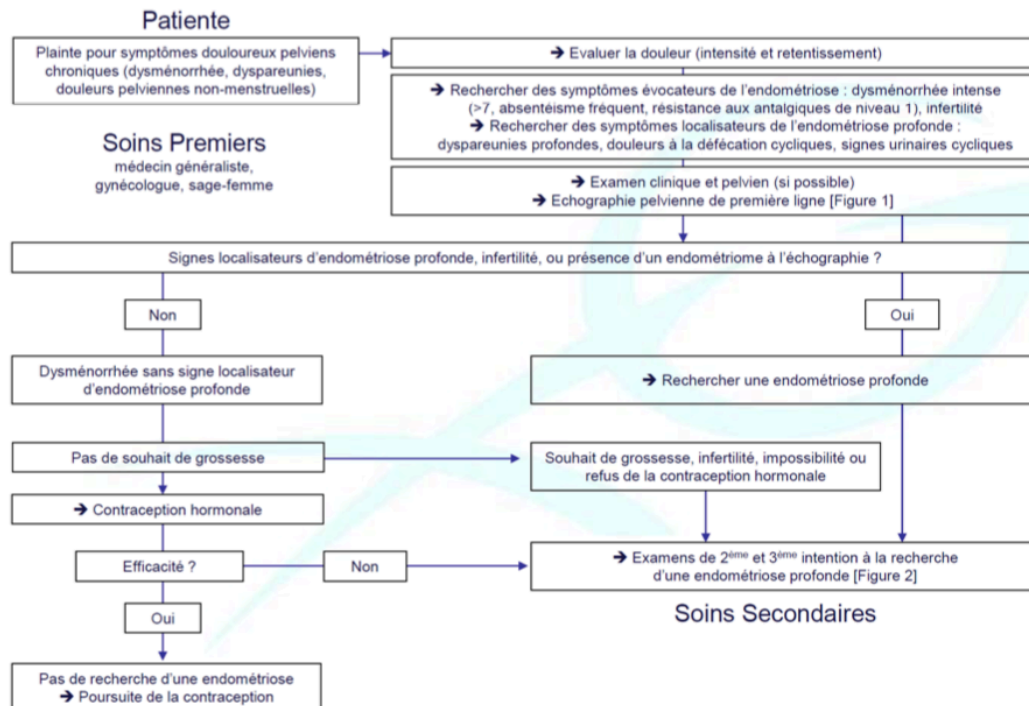


Figure III : Synthèse de la stratégie diagnostique devant des symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhées, dyspareunies, douleurs pelviennes non menstruelles). Argumentaire scientifique sur la prise en charge de l'endométriose, HAS 2017 (5).

8.1. Examens de première intention

Devant des symptômes douloureux pelviens chroniques (dysménorrhées, dyspareunies, douleurs pelviennes non menstruelles) isolés ou associés, l'examen complémentaire de première intention est l'échographie pelvienne endovaginale, non nécessairement réalisée par un expert de l'endométriose. Elle doit être associée à un examen clinique complet et notamment gynécologique si possible. Aucun prélèvement biologique n'est nécessaire au diagnostic devant une suspicion d'endométriose. Cependant, une biologie peut être réalisée pour l'élimination d'un diagnostic différentiel [5].

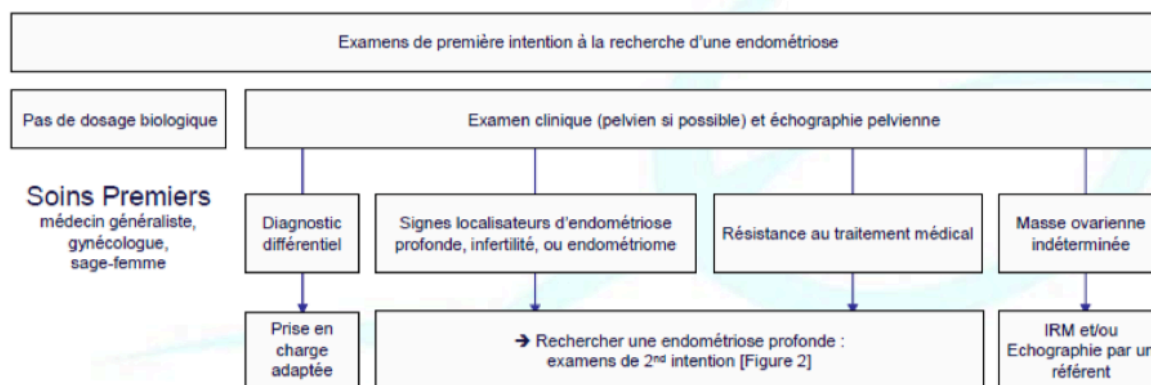


Figure IV : Examens de première intention à la recherche d'une endométriose. Argumentaire scientifique sur le prise en charge de l'endométriose, HAS 2017 (5).

Devant la présence de signes localisateurs d'endométriose profonde, des examens de deuxième intention devront être réalisés. De même, devant la fréquence de l'association endométriome/endométriose profonde, cette dernière doit être recherchée par des examens de 2^e voire 3^e intention, devant un diagnostic échographique d'endométriose ovarienne [5, 7].

L'échographie endovaginale est ainsi une technique performante permettant d'infirmer ou d'affirmer le diagnostic d'endométriome en cas d'aspect typique. Après la ménopause, le diagnostic d'endométriose ovarienne doit cependant être posé avec précaution pour ne pas méconnaître une tumeur maligne. Une grossesse peut également modifier l'aspect d'un endométriome et lui donner un aspect douteux.

En cas de doute devant une masse ovarienne visualisée à l'échographie, une nouvelle échographie ou une IRM, doit être réalisée par un référent de l'endométriose [5, 7].

IRM pelvienne et échographie pelvienne présentent des performances identiques pour le diagnostic d'endométriose ovarienne [5, 7].

8.2. Examens de deuxième intention

Les examens de deuxième intention regroupent l'IRM pelvienne interprétée par un radiologue référent et l'échographie pelvienne endovaginale réalisée par un échographiste référent, associées à un examen clinique orienté, par un clinicien référent [5, 7].

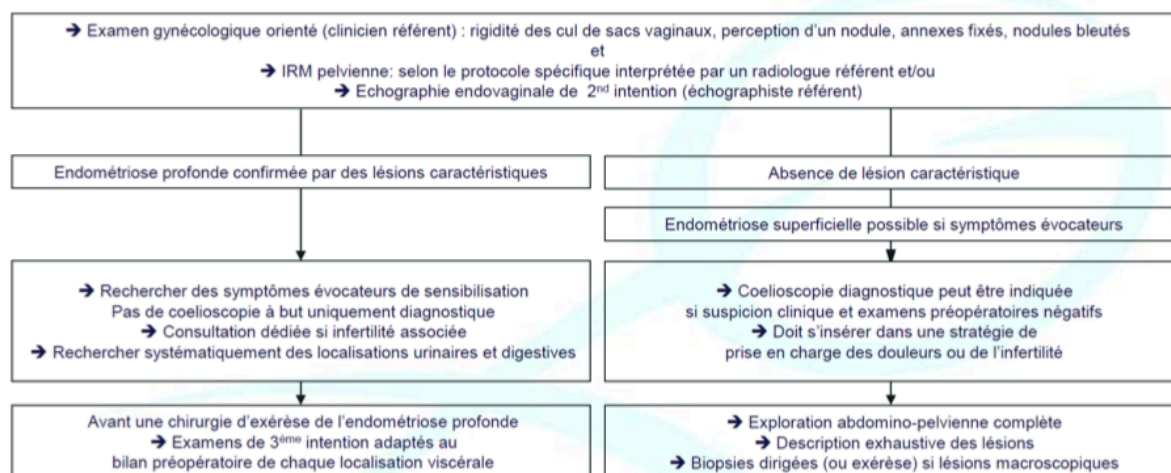


Figure V : Examens de seconde et troisième intentions à la recherche d'une endométriose. Argumentaire scientifique sur le prise en charge de l'endométriose, HAS 2017 (5).

Les indications des examens de seconde intention sont :

- l'existence d'une discordance entre des symptômes cliniques évocateurs ou localisateurs d'endométriose et des examens de première intention négatifs
- la recherche d'une endométriose profonde devant des signes localisateurs ou en cas de diagnostic d'endométriose à l'échographie pelvienne de première intention
- l'évaluation de l'extension d'une endométriose
- l'initiation d'une prise en charge spécialisée
- l'évaluation de la nécessité ou non de gestes urinaires ou digestifs avant une chirurgie d'exérèse de lésions d'endométriose pelvienne profonde [5].

Devant la présence de signes cliniques évocateurs d'endométriose associés à la présence de lésions caractéristiques à l'échographie ou à l'IRM, le diagnostic d'endométriose profonde peut être posé ; il n'est pas réalisé de coelioscopie à but uniquement diagnostique. L'absence de visualisation de telles lésions n'élimine pas le diagnostic [5].

L'échographie et l'IRM pelviennes apportent des informations complémentaires ; la réalisation des deux examens doit être discutée au cas par cas selon le type d'endométriose suspecté et la stratégie thérapeutique envisagée.

L'échographie endovaginale est plus sensible pour le diagnostic d'endométriose rectale et de la charnière recto-sigmoïdienne. L'IRM pelvienne est plus sensible pour le diagnostic d'endométriose des ligaments utéro-sacrés, vaginale, de la cloison recto-vaginale, des paramètres et pour les localisations digestives extra-pelviennes. Concernant l'atteinte endométriosique vésicale et les urétérohydronéphroses, échographie ou IRM pelviennes sont similaires [5, 7].

Devant une IRM ne concordant pas avec la clinique et/ou avec l'échographie pelvienne, une seconde lecture de l'IRM par un autre radiologue référent est recommandée [5, 7].

8.3. Examens de troisième intention

(cf Figure V)

Les examens complémentaires de troisième intention ne sont prescrits que par le spécialiste dans des situations particulières [5].

La coelioscopie avec prélèvements et examen anatomopathologique des biopsies dirigées (ou exérèses) est l'examen de référence pour le diagnostic de certitude d'endométriose. Cependant, devant le caractère invasif de cette méthode, elle n'est pas systématiquement réalisée. Ainsi, dans le cadre d'une endométriose diagnostiquée devant des éléments caractéristiques à l'imagerie de première voire deuxième intention, la réalisation d'une coelioscopie dans le seul but de confirmer le diagnostic n'est pas indiquée [5]. La coelioscopie peut être réalisée à la recherche d'une endométriose devant des symptômes évocateurs associés des examens préopératoires négatifs.

En cas de diagnostic confirmé d'endométriose, des localisations urinaires et/ou digestives doivent être systématiquement recherchées. Une échographie rénale et des voies urinaires doit être réalisée recherchant notamment une dilatation urétéro-pyélocalicielle [5, 7].

9) Prise en charge thérapeutique

Une prise en charge médicale ou chirurgicale de l'endométriose n'est nécessaire qu'en cas de retentissement fonctionnel de la maladie (douleur ou infertilité) ou lorsqu'elle est responsable d'une altération du fonctionnement d'un organe [5]. En l'absence de désir de grossesse, le traitement de l'endométriose pelvienne est le plus souvent médical, basé sur les traitements hormonaux. Le choix du traitement dépendra de ses contre-indications, des effets indésirables possibles, des traitements antérieurs et du choix de la patiente.

Il est important de noter qu'au vu de ses répercussions importantes dans de nombreux domaines, la prise en charge de l'endométriose se doit d'être multidisciplinaire (médecins généraliste, gynécologue, chirurgiens, sexologue, psychologue, algologue...). L'impact de la maladie sur la qualité de vie, l'humeur, la vie socio-professionnelle, familiale et sexuelle, rend notamment la prise en charge psychologique primordiale. De fait, de nombreuses femmes attribuent des bénéfices aux traitements alternatifs.

9.1. Traitement médical

Le traitement de l'endométriose n'est recommandé que lorsque la maladie est symptomatique. Ainsi, chez une patiente présentant une endométriose asymptomatique, il n'est pas recommandé de prescrire un traitement hormonal en dehors d'un désir de contraception [5].

a) Traitement hormonal chez une patiente non opérée

Les traitements hormonaux de première intention regroupent la contraception œstro-progestative et le stérilet au lévonorgestrel à 52 mg.

Les traitements de seconde intention sont représentés par la contraception micro-progestative orale au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel, les agonistes de la GnRH (GnRHa) et le diénogest [5].

Il n'existe pas de preuve d'une hiérarchie d'efficacité sur les douleurs d'endométriose non opérée entre la contraception œstro-progestative, les microprogestatifs et les agonistes de la GnRH [7].

1-Contraception œstro-progestative

Aucune des contraceptions œstro-progestatives (COP) n'a l'AMM dans l'endométriose. Leur prise continue est également hors AMM. Elles sont tout de même un des traitements de première intention dans l'endométriose. Comme pour toute prescription de COP, les contre-indications et précautions d'emploi doivent être respectées.

La contraception œstro-progestative en prise cyclique est efficace sur les dysménorrhées, les dyspareunies et les douleurs pelviennes chroniques. On observe une réduction de l'EVA des dysménorrhées de 3 à 9 points sur 10. Le taux d'éthinylestradiol (EE) ne modifie pas l'efficacité du traitement qu'il soit de 20 ou 35 microgrammes. Il n'existe pas à ce jour d'étude comparant les différentes générations de pilules œstro-progestatives contraceptives [5, 7, 63, 64].

En pratique, l'aménorrhée fait disparaître/diminuer les dysménorrhées. Toutefois, la littérature n'apporte à ce jour pas de preuve d'une différence d'efficacité entre prise continue ou cyclique sur les douleurs d'endométriose non opérée. Il est tout de même conseillé un schéma continu dans le cadre de dysménorrhées intenses. En dehors de ce contexte, il n'existe pas de recommandation sur le schéma de prise de la COP [5, 7, 65].

2-Progestatifs

Le SIU (système intra-utérin) au lévonorgestrel à 52 mg est un des traitements de première intention de l'endométriose douloureuse. Il est efficace sur les douleurs d'endométriose avec une diminution de l'EVA d'environ 6 points sur 10 [66]. Il n'y a par contre pas d'efficacité démontrée du DIU au LNG à 13,5 mg [7, 66]. L'implant à l'étonogestrel et la contraception per os continue au désogestrel peuvent ainsi être prescrits en seconde intention dans un contexte d'endométriose douloureuse. Même si ces trois traitements ne disposent en théorie que d'une AMM pour contraception (et ménorragies pour le SIU) [7, 67, 68].

Le diénogest (VISANNE) peut être prescrit en seconde intention dans la prise en charge d'une endométriose douloureuse [7].

3-Analogues de la Gonadotropin-releasing hormone (GnRHa)

Les agonistes de la GnRH ayant l'AMM en France pour le traitement d'une endométriose douloureuse sont la leuproréline, la nafaréline et la triptoréline [7]. Ils permettent une diminution de l'EVA d'environ 3 à 6 points sur 10, à 10 mois. En raison de leurs effets secondaires liés à la carence œstrogénique induite, ils ne sont cependant recommandés qu'en seconde intention [7, 69, 70].

Il est recommandé d'associer une add-back thérapie au traitement par GnRHa dans le cadre d'une endométriose. Elle doit se composer a minima d'un œstrogène et permet ainsi de réduire voire prévenir la baisse de densité minérale osseuse à 12 mois induite par les analogues de la GnRH et d'améliorer la qualité de vie des patientes. Il est également recommandé d'ajouter un progestatif à l'add-back thérapie. L'add-back thérapie doit être associée à partir du troisième mois de traitement par GnRHa au plus tard, elle peut être introduite dès le début du traitement [5, 7].

L'AMM stipule une durée maximale de 6 mois du traitement par GnRHa, en dehors de la leuproréline pouvant être prolongée 12 mois. Il n'existe pas d'étude évaluant un traitement par GnRHa associé à une add-back thérapie sur plus de 12 mois [71].

b) Traitement hormonal dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale

1-Traitement préopératoire

Avant la chirurgie, un traitement hormonal pré-opératoire n'est pas systématique ; il n'y a pas de preuve d'une efficacité d'un traitement hormonal dans la prévention du risque de complication chirurgicale, la facilitation de la chirurgie ou la diminution du risque de récurrence post-opératoire des lésions d'endométriose. Une COP peut parfois être prescrite pour obtenir une réduction de volume dans le cadre d'endométrioses ou de nodules de la cloison rectovaginale [5].

2-Traitement post-opératoire

En post-chirurgical, un traitement hormonal par contraception œstro-progestative ou DIU au lévonorgestrel à 52 mg en première intention, permet une réduction du risque de récurrence douloureuse et une amélioration de la qualité de vie des patientes. En l'absence de souhait de grossesse, un traitement hormonal post-opératoire est ainsi recommandé.

2-1) Contraception œstro-progestative post-opératoire

La COP en prise cyclique permet une réduction du risque de récurrence des dysménorrhées et des endométrioses en post-opératoire. En cas de dysménorrhée intense, une prise continue

est recommandée pour l'aménorrhée antalgique qu'elle peut induire. On note cependant trois fois plus d'arrêts de traitement et plus d'effets indésirables en cas de prise continue [5].

Les effets à long terme des COP prescrits en post-opératoire disparaissent lorsque le traitement est interrompu. Il est donc conseillé de poursuivre la COP tant que la tolérance est bonne et qu'il n'existe pas de souhait de grossesse [5].

2-2) Progestatifs post-opératoires

Le DIU au LNG à 52 mg permet une réduction du risque de récurrence des douleurs en post-opératoire. La contraception au Désogestrel entraîne également une diminution de l'EVA globale de 3 points sur 10 à 6 mois postopératoire sans supériorité d'efficacité par rapport à une COP.

2-3) Agonistes de la GnRH

Le bénéfice des GnRHa en post-opératoire est discuté [5].

c) Particularités du traitement hormonal chez l'adolescente

Chez l'adolescente en l'absence de contre-indication, sont recommandés en première intention, une contraception œstro-progestative ou micro-progestative. En cas d'échec d'efficacité, un avis spécialisé est alors recommandé.

Devant les risques de déminéralisation osseuse associés à un traitement par agonistes de la GnRH, ces derniers ne sont pas recommandés chez l'adolescente. Ils peuvent exceptionnellement être prescrits à partir de l'âge de 16 ans après avis spécialisé ; l'AMM est cependant à partir de 18 ans [5, 7].

d) Antalgiques

Dans la littérature actuelle, il n'y a pas de donnée évaluant l'efficacité du paracétamol et des opioïdes de pallier 2 et 3 sur les douleurs induites par des lésions d'endométriose. En raison de ses effets secondaires notamment gastriques et rénaux, la prescription au long cours d'AINS est à éviter. Ils sont cependant souvent efficaces sur les dysménorrhées, en raison du mécanisme inflammatoire de ces dernières. En cas de suspicion d'une origine neuropathique de la douleur, un traitement spécifique doit être proposé [5].

e) Thérapeutiques non médicamenteuses

Les thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être proposées en association avec la prise en charge médicale. Elles comprennent par exemple l'acupuncture, l'ostéopathie, le yoga, la relaxation... Ces techniques ont en effet montré leur contribution à une amélioration de la qualité de vie chez des patientes endométriosiques [5].

Dans le cadre de douleurs chroniques, une prise en charge interdisciplinaire est recommandée, en associant ainsi au gynécologue et au médecin traitant, l'intervention notamment d'un algologue, d'un sexologue, d'un psychologue et d'une assistante sociale [5].

9.2. Traitement chirurgical

Un traitement chirurgical pourra être proposé dans certains contextes. Cette perspective sera guidée par l'efficacité et les effets secondaires des traitements médicaux, l'intensité et la caractérisation des douleurs, la sévérité et la localisation des lésions d'endométriose, les attentes de la patiente et notamment un éventuel désir de grossesse [5]. La voie d'abord coelioscopique est recommandée.

La chirurgie d'un endométriome ovarien peut entraîner une réduction de la réserve ovarienne et donc un effet négatif sur la fertilité en post-opératoire. Son indication est donc toujours évaluée en termes de bénéfices et de risques selon le contexte. En cas de décision chirurgicale, il sera également discuté avec la patiente des possibilités de préservation de la fertilité.

Chez une femme ne désirant plus ou pas de grossesse, une hystérectomie conservatrice ou avec annexectomie bilatérale peut être proposée afin de réduire le risque de récurrence [5].

9.3. Prise en charge de l'infertilité

Elle est gérée par des équipes spécialisées pluri-disciplinaires.

Une prise en charge par fécondation in vitro (FIV) pourra être proposée dans le contexte d'infertilité liée à l'endométriose. Les études sur la stimulation de l'ovulation pour FIV dans le cadre d'une endométriose ne montrent pas d'aggravation des symptômes en lien avec la maladie, ni d'accélération de son évolution ou d'augmentation de son taux de récurrence [5].

10) Place du médecin généraliste

L'endométriose est une pathologie complexe, aux symptômes et répercussions variables, encore mal connue du grand public et des soignants. Elle souffre ainsi d'un important retard diagnostique pour une pathologie pourtant fréquente.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours et la pratique de la gynécologie-obstétrique fait partie de ses compétences, même si chaque praticien peut s'y investir à degrés variables. Dans un contexte notamment de carence démographique en gynécologues, il a ainsi un rôle primordial à jouer dans le diagnostic et la prise en charge initiale de l'endométriose en soins primaires. Mais est-il suffisamment, à ce jour, à l'aise face à cette pathologie, qui encore récemment ne faisait l'objet que de quelques lignes dans les cours de gynécologie-obstétrique du cursus médical initial ?

Par cette étude, nous nous sommes ainsi intéressés à réaliser un état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes (MG) au sein du département vendéen concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose en soins primaires.

III) MATERIELS ET METHODES

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, transversale, prospective, non contrôlée non randomisée, auprès des médecins généralistes libéraux de Vendée. Le support de l'étude était un questionnaire en ligne.

La recherche a été effectuée en dehors du champ de la loi Jardé ; les données utilisées ne portant pas sur la personne humaine. Aucune démarche auprès d'un CPP n'a été nécessaire.

Il s'agissait d'un état des lieux du diagnostic de l'endométriose en soins primaires. L'objectif principal était ainsi l'analyse de la recherche et de la prise en charge en soins primaires de l'endométriose par les médecins généralistes libéraux en Vendée, et ce afin d'obtenir une visibilité sur le parcours de soins initial des patientes.

2) Questionnaire

Le recueil des données a été réalisé par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne à l'aide d'un logiciel web auto-administré Webquest. Le choix d'un questionnaire web semblait être la méthode pouvant recueillir le plus de réponses. Cela induit un biais de sélection attendu ; certains médecins n'étant pas encore familiarisés à ce support.

Le questionnaire était anonyme et confidentiel. Il a été élaboré en fin d'année 2017. Son élaboration s'est efforcée d'être claire et concise. Le nombre et la présentation des questions ont été réalisés dans le souci d'être agréable à lire, facile à remplir et le moins chronophage possible.

Le questionnaire se divisait en 3 parties, sous forme de QCM et trois questions ouvertes.

2.1. Première partie du questionnaire

La première partie du questionnaire permettait d'établir le profil du médecin répondeur. Elle se subdivisait en deux sous-parties.

Dans un premier temps, l'objectif était d'explorer le profil socio-démographique du médecin : sexe, âge, type d'exercice, facilité d'accès aux consultations spécialisées de gynécologie-obstétrique (questions 1 à 4).

L'âge des médecins a été catégorisé en 4 sous-groupes. 3 sous-groupes (moins de 40 ans, entre 40 et 60 ans et 60 ans et plus) selon les données du Conseil National de l'Ordre des médecins (72). Avec l'ajout d'une quatrième catégorie ; les moins de 30 ans, afin de faire

ressortir une éventuelle différence de connaissances ou prise en charge (et donc de formation ?) au sein de cette nouvelle génération de médecins, juste sortie des études. Cependant, cette analyse n'a pas pu être véritablement réalisée devant la taille trop petite de notre échantillon de médecins de moins de 30 ans (3 médecins). Des regroupements de catégories d'âge ont ainsi été réalisés pour les analyses statistiques.

Dans un second temps, nous avons interrogé les médecins généralistes sur leur activité gynécologique, globale et plus centrée sur l'endométriose, et leur formation en gynécologie dans les cinq dernières années (questions 5 à 7).

2.2. Deuxième partie du questionnaire

La deuxième partie de notre questionnaire portait sur le point de vue et des connaissances générales des médecins généralistes sur l'endométriose (questions 8 à 15).

Nous avons ainsi abordé le ressenti face à la prise en charge de dysménorrhées et de l'endométriose. Se sentaient-ils à l'aise ou pas dans une telle situation ? (questions 8 et 9)

Concernant les connaissances plus générales, une question portait ensuite sur la prévalence de l'endométriose et une seconde, ouverte, demandait de citer trois symptômes cardinaux de la pathologie (questions 10 et 11).

Finalement, nous avons analysé la réaction des médecins généralistes devant des symptômes d'alerte spontanément rapportés par une femme en consultation, évoquant le diagnostic d'endométriose (questions 12 à 15).

2.3. Troisième partie du questionnaire

La troisième et dernière partie du questionnaire se consacrait à caractériser les conduites diagnostiques et thérapeutiques des médecins généralistes concernant l'endométriose.

Nous avons ainsi abordé les pratiques des médecins généralistes en termes d'interrogatoire et d'examen clinique à la recherche de symptômes évocateurs d'endométriose, les connaissances et pratiques en terme d'examens complémentaires en cas de suspicion clinique de la pathologie et finalement les connaissances et pratiques concernant la prise en charge thérapeutique de l'endométriose.

3) Échantillon

L'étude a été menée auprès des médecins généralistes libéraux, installés dans le département de la Vendée (85). L'ensemble des médecins généralistes libéraux répertoriés auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Vendée et ayant fourni une adresse e-mail

valide ont reçu le questionnaire et ont eu la possibilité d'y répondre. Il en va de même pour les médecins généralistes contactés par téléphone et ayant fourni une adresse mail valide.

L'étude s'adressait de fait aux médecins exerçant une activité régulière de médecine générale, étant donc appelés à pratiquer le suivi gynécologique. Les médecins pouvaient exercer aussi bien en cabinet de groupe qu'en cabinet individuel. Les critères de non inclusion comprenaient les médecins généralistes à activité hospitalière uniquement.

Le nombre de médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vendée est estimé à 458 au premier janvier 2018, selon la publication sur la démographie médicale du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Vendée.

4) Recueil de données

L'envoi du questionnaire a été fait sous forme d'e-mail avec présentation du sujet et de l'objectif de l'étude.

Le questionnaire a été envoyé une première fois en décembre 2017, après approbation du Conseil Départemental de l'Ordre de Vendée, par son secrétariat. Le faible taux de réponses a nécessité un deuxième envoi en mars 2018. Devant un taux de participation toujours peu élevé, d'autres envois ont été réalisés personnellement sur des adresses mails professionnelles ou de secrétariat de cabinet, transmises après appel de ces cabinets médicaux, au cours de l'été 2018.

5) Analyse des données

Les résultats ont été collectés sous fichier Excel par l'intermédiaire du logiciel web nommé Webquest.

Une première analyse descriptive a été réalisée par les statisticiennes de l'unité de recherche clinique du Centre Hospitalier de La Roche-sur-Yon.

Les tests statistiques comprenaient le test du Khi 2 ou de Fisher si les effectifs étaient trop faibles. Ils ont été réalisés par l'intermédiaire des logiciels de statistiques en ligne BiostatTGV et OpenEpi. Le seuil de significativité était fixé à 5% ($p < 0,05$).

Les réponses libres n'ont pas été intégrées initialement dans le travail statistique. Les mots-clés ont été choisis par nos soins selon les données bibliographiques. Les équivalents des mots-clés ont été choisis afin de renforcer les réponses, dans un contexte où plusieurs termes peuvent correspondre à une même idée.

IV) RESULTATS

1) Réponses au questionnaire

L'envoi initial du questionnaire par le Conseil de l'Ordre Départemental de la Vendée a été réalisé le 21 décembre 2017. Il a permis de recueillir 34 réponses. Une relance effectuée le 2 mars 2018 a rapporté 25 réponses supplémentaires. 10 réponses supplémentaires ont finalement été obtenues par envoi personnel du questionnaire après récupération d'adresses mails professionnelles en appelant les cabinets au cours du mois d'août 2018.

Au total, nous avons obtenu 69 réponses. Par rapport à l'effectif total de la population de 458 médecins généralistes installés sur le département, rapporté au premier janvier 2018 par le Conseil Départemental de l'Ordre de la Vendée, nous obtenons un échantillon représentant 15% des médecins généralistes vendéens actifs installés.

2) Description des médecins répondants

2.1. Profil socio-démographique

Cette partie correspond aux questions 1 à 4 du questionnaire (annexe 4).

a) Répartition selon le sexe

Sur les 69 médecins répondants, on dénombre 38 femmes et 31 hommes.

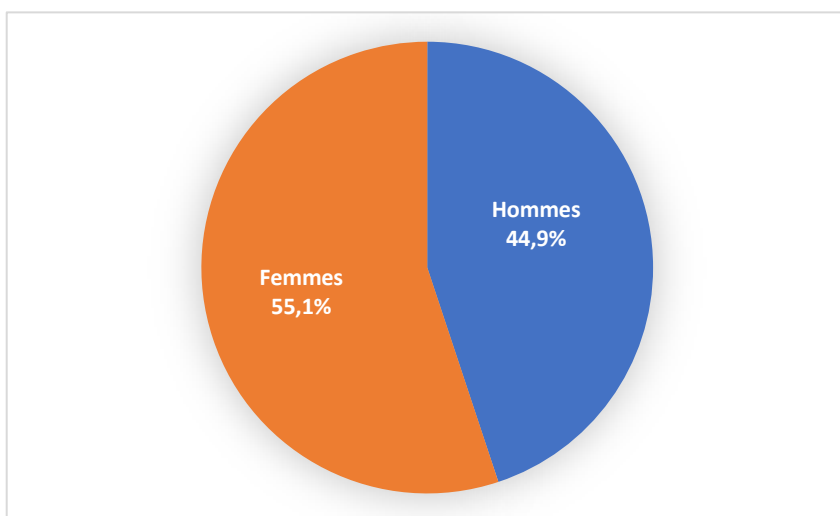


Figure 1 : Diagramme de répartition selon le sexe des médecins

b) Répartition selon l'âge

Age	Effectif	%
< 30 ans	3	4,4
30-39 ans	21	30,4
40-59 ans	34	49,3
> 60 ans	11	15,9

Tableau 1 : Effectifs de la population de l'étude par tranches d'âges

Les moins de 40 ans représentent 34,7 % des répondants et sont à 87,5% des femmes (21 femmes et 3 hommes).

A l'inverse, les plus de 40 ans sont à 62,2% des hommes. On note notamment une seule femme sur les 11 médecins généralistes de plus de 60 ans ayant répondu au questionnaire.

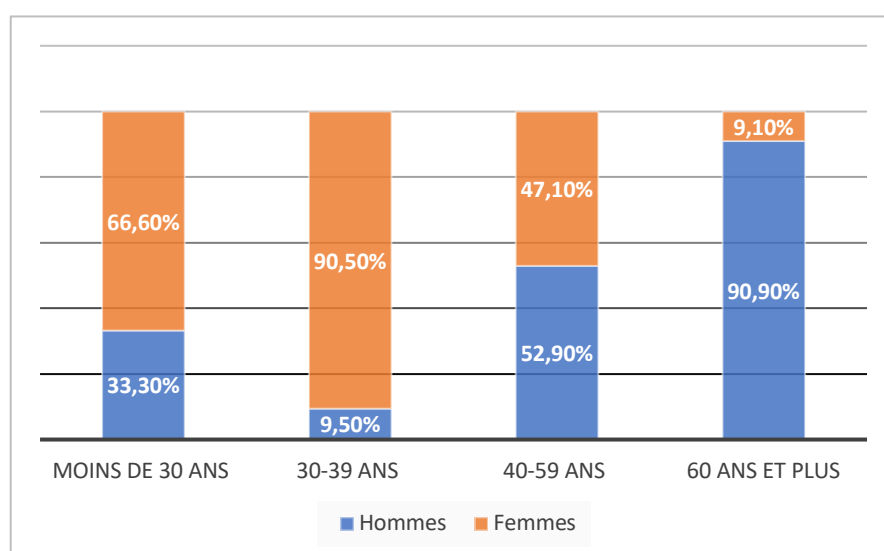


Figure VI : Diagramme de répartition des effectifs selon l'âge et le sexe

c) Répartition selon le mode d'exercice

On recense 57 médecins travaillant en cabinet de groupe et 12 médecins exerçants seuls.

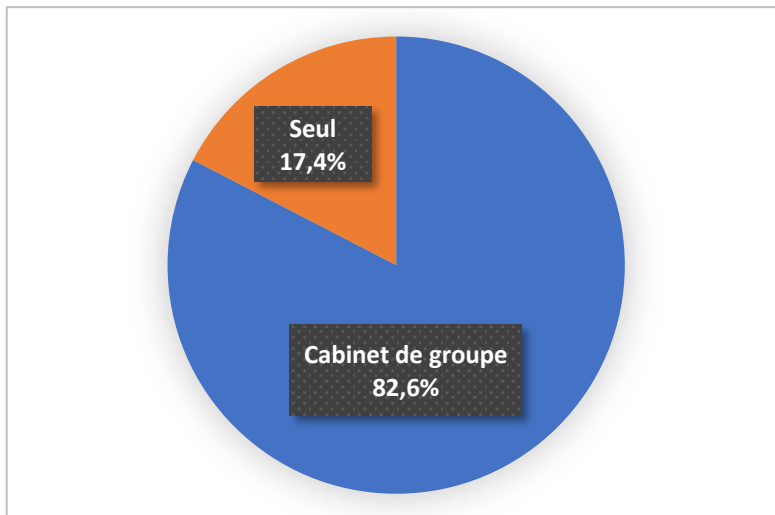


Figure VIII : Diagramme de répartition selon le type de cabinet

d) Accès aux consultations spécialisées de gynécologie

Concernant l'accès aux spécialistes, 49 médecins généralistes ont répondu avoir un accès facile aux consultations spécialisées de gynécologie pour leurs patientes.

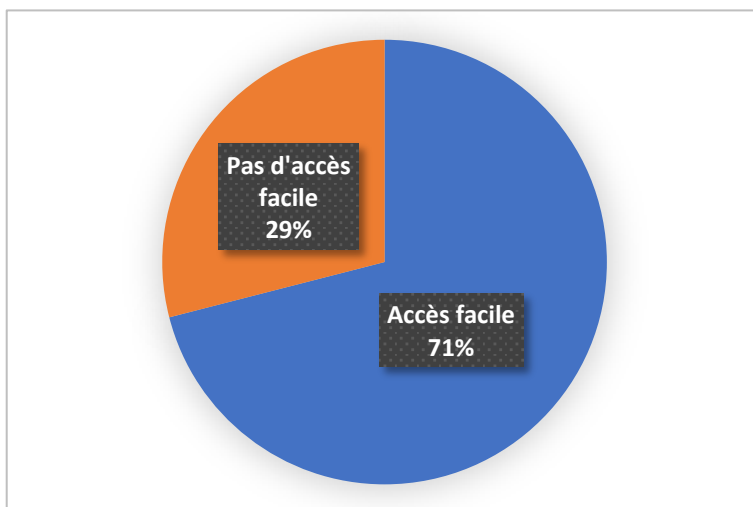


Figure IX : Diagramme de répartition selon la facilité d'accès aux consultations spécialisées gynécologiques

2.2. Activité gynécologique

Cette partie correspond aux questions 5 à 7 du questionnaire (annexe 4).

a) Formations en gynécologie

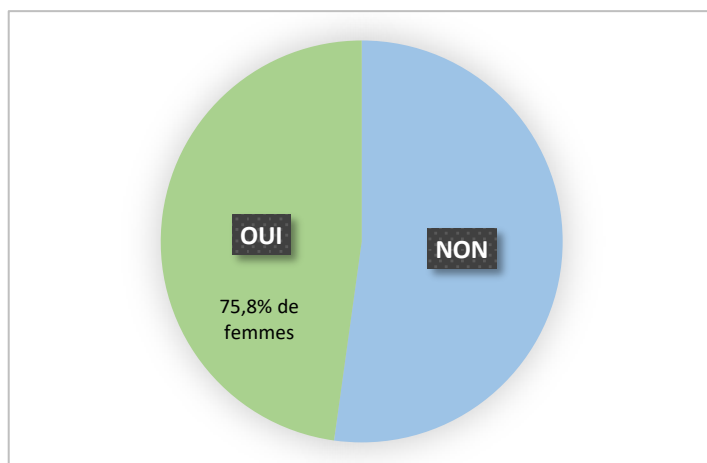


Figure X : Diagramme de répartition selon la participation ou non à une formation en gynécologie dans les 5 dernières années

Au sein de notre échantillon, 33 médecins (47,8% de l'effectif total) ont participé à une formation en gynécologie dans les cinq dernières années. Il s'agit majoritairement de femmes, cette différence est significative ($p < 0,01$).

Formation gynéco dans les 5 ans	Femmes	Hommes	p
Oui N = 33	25 (75,8)	8 (24,2)	< 0,01
Non N = 36	13 (36,1)	23 (63,9)	

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 2 : Effectifs de la population ayant effectué une formation selon le sexe

On retrouve une différence statistiquement significative entre les différentes classes d'âges concernant la participation à une formation gynécologique dans les cinq dernières années ($p < 0,01$). On notera qu'aucun médecin de 60 ans et plus n'a participé à une telle formation au sein de notre échantillon. Les participants appartiennent à plus de 60% à la classe d'âges des 40-59 ans.

Age	Moins de 40 ans N = 24	40-59 ans N = 34	60 ans et plus N = 11	p
Oui N = 33	13 (39,4)	20 (60,6)	0 (0)	< 0,01
Non N = 36	11 (30,6)	14 (38,9)	11 (30,6)	

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 3 : Effectifs de la population ayant effectué une formation selon l'âge

b) Activité gynécologique globale

Cinq médecins (7,2% de l'effectif total) ont déclaré ne réaliser aucune consultation gynécologique par semaine, 54 médecins (78,3%) entre 1 et 9 et 10 médecins (14,5%) 10 consultations ou plus.

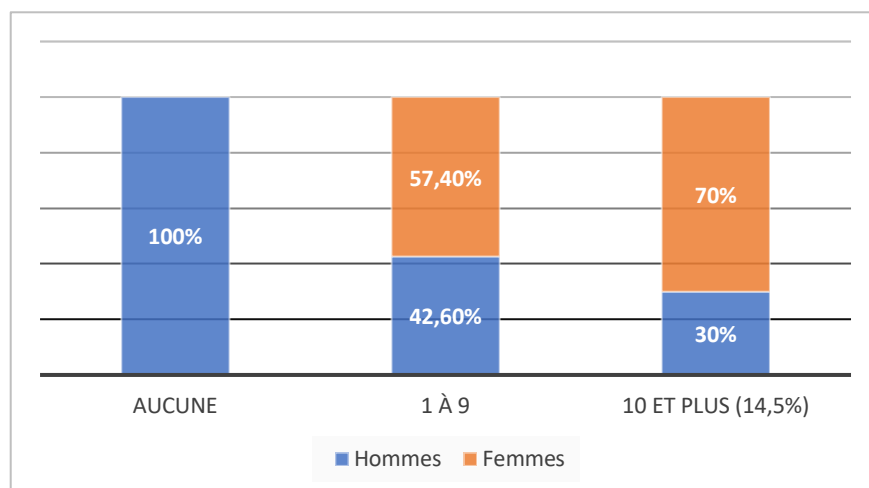


Figure XI : Histogramme de répartition selon le nombre de consultations gynécologiques réalisées par semaine et le sexe des médecins

Consultations gynécologiques par semaine	Aucune	1 à 9	10 ou plus	p
Sexe				
-Hommes N = 31	5 (16,1)	23 (74,2)	3 (9,7)	0,02
-Femmes N = 38	0 (0)	31 (81,6)	7 (18,4)	
Formation				
-Oui N = 33	1 (3,0)	23 (69,7)	9 (27,2)	< 0,01
-Non N = 36	4 (11,1)	31 (86,1)	1 (2,8)	
Tranches âges				
-Moins de 40 ans N = 24	1 (4,2)	22 (91,7)	1 (4,2)	< 0,01
-40-59 ans N = 34	1 (2,9)	24 (70,6)	9 (26,5)	
-60 ans et plus N = 11	3 (27,3)	8 (72,7)	0 (0)	
Accès facile				
-Oui N = 49	3 (6,1)	36 (73,5)	10 (20,4)	0,07
-Non N = 20	2 (10)	18 (90)	0 (0)	
Cabinet				
-de groupe N = 57	3 (5,3)	45 (78,9)	9 (15,8)	0,35
-seul N = 12	2 (16,7)	9 (75)	1 (8,3)	

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 4 : Profil socio-démographique de la population selon le nombre de consultations gynécologiques effectuées par semaine

Le sexe et l'âge des médecins ainsi que la participation à une formation gynécologique dans les cinq dernières années avaient un impact sur le nombre de consultations gynécologiques réalisées par semaine (respectivement $p = 0,02$, $p < 0,01$ et $p < 0,01$).

A l'inverse, on ne note pas de différence statistiquement significative concernant le type de cabinet, en groupe ou seul, ou l'existence d'un accès facile aux consultations spécialisées de gynécologie.

c) Suivi gynécologique centré sur l'endométriose

A la question portant sur le nombre de femmes porteuses d'une endométriose suivies sur le plan gynécologique, 11 médecins (15,9%) ont répondu « aucune », 49 médecins (71%) « entre 1 et 4 » et 9 médecins (13%), 5 ou plus.

88,9% des médecins suivant au moins 5 femmes porteuses d'endométriose ont suivi une formation gynécologique dans les cinq dernières années.

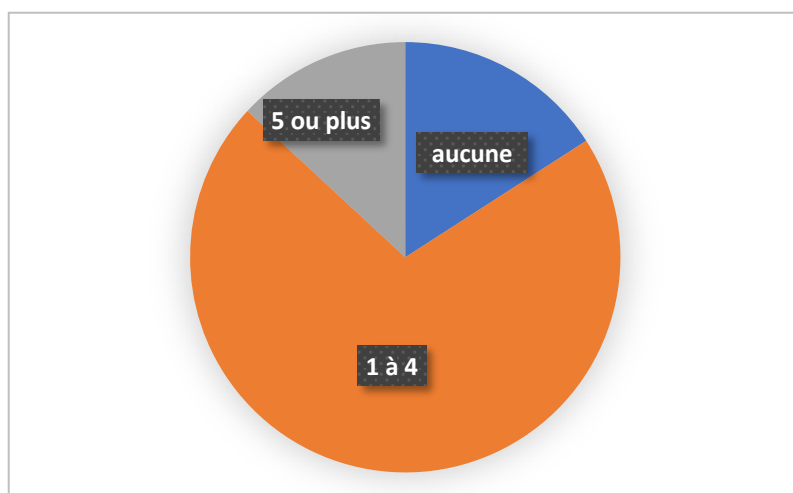


Figure XII : Diagramme de répartition selon le nombre de patientes porteuses d'endométriose suivies sur le plan gynécologique

Suivi de patiente porteuse endométriose	Oui	Non	p
Sexe			
-Femmes N = 38	35 (92,1)	3 (7,9)	0,04
-Hommes N = 31	23 (74,2)	8 (25,8)	
Formation			
-Oui N = 33	31 (93,9)	2 (6,1)	0,03
-Non N = 36	27 (75)	9 (25)	
Age			
-Moins de 40 ans N = 24	23 (95,8)	1 (4,2)	0,04
-40-59 ans N = 34	28 (82,4)	6 (17,6)	
-60 ans et plus N = 11	7 (63,6)	4 (36,4)	

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 5 : Caractéristiques de la population selon la réalisation ou non de suivis gynécologiques de femmes porteuses d'endométriose

Les médecins suivant sur le plan gynécologique des patientes présentant une endométriose, sont en majorité des femmes ; cette différence est significative ($p = 0,04$). Ils ont significativement plus participé à une formation gynécologique dans les 5 dernières années ($p = 0,03$). L'âge du médecin a également un impact sur la réalisation du suivi gynécologique de femmes porteuses d'endométriose ($p = 0,04$).

16 médecins (27,6%) sur les 58 suivant sur le plan gynécologique des femmes atteintes d'endométriose se disent cependant « pas du tout à l'aise » face à la prise en charge de cette pathologie, contre seulement 13,8% (8) se disant « très à l'aise ».

3) Perception de l'endométriose par les médecins généralistes au sein de notre échantillon

Cette partie correspond aux questions 8 à 11 du questionnaire (annexe 4).

3.1. Sentiment de compétence des médecins généralistes

Cette partie correspond aux questions 8 et 9 du questionnaire (annexe 4).

a) Concernant la prise en charge des dysménorrhées

Face à la prise en charge de dysménorrhées, 7 médecins ont répondu n'être « pas du tout à l'aise », 40 « un peu à l'aise » et 22 « très à l'aise ».

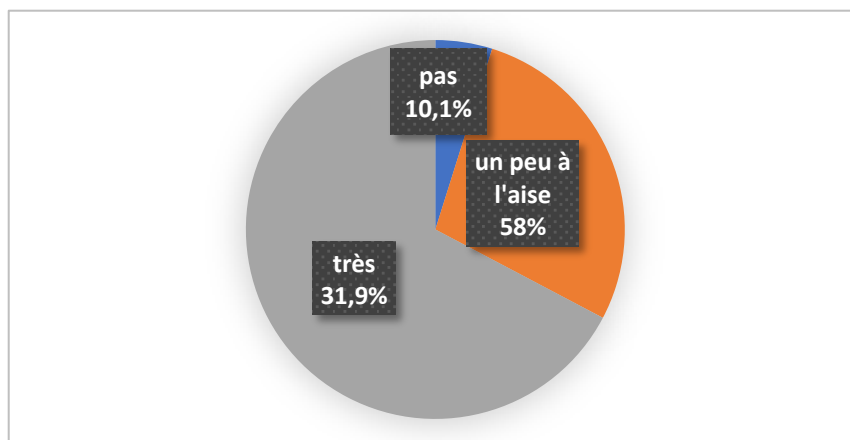


Figure XIII : Diagramme de répartition des effectifs selon le ressenti des médecins face à la prise en charge de dysménorrhées

	Très à l'aise	Un peu à l'aise	Pas du tout à l'aise	p
Sexe -Femmes N = 38 -Hommes N = 31	15 (39,5) 7 (22,6)	21 (55,3) 19 (61,3)	2 (5,3) 5 (16,1)	0,18
Age -< 40 ans N = 24 -≥ 40 ans N = 45	6 (25) 16 (35,5)	16 (66,7) 24 (53,3)	2 (8,3) 5 (11,1)	0,65
Formation -Oui N = 33 -Non N = 36	14 (42,4) 8 (22,2)	18 (54,5) 22 (61,1)	1 (3,0) 6 (16,7)	0,07

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 6 : Caractéristiques de la population selon le ressenti face à la prise en charge de dysménorrhées

Il n'y pas de différence significative entre ces trois groupes en termes de sexe, d'âge (plus ou moins de 40 ans) ou de participation à une formation dans les cinq dernières années. On notera tout de même que plus de 40% des médecins ayant participé à une formation gynécologique dans les cinq dernières années se disent « très à l'aise » face à la prise en charge des dysménorrhées, contre seulement 22% des médecins n'y ayant pas participé.

b) Concernant la prise en charge d'une endométriose

A la question portant sur le ressenti face à la prise en charge d'une endométriose, 36 médecins se disent « un peu à l'aise », 10 médecins « très à l'aise » et 23 médecins « pas du tout à l'aise ».

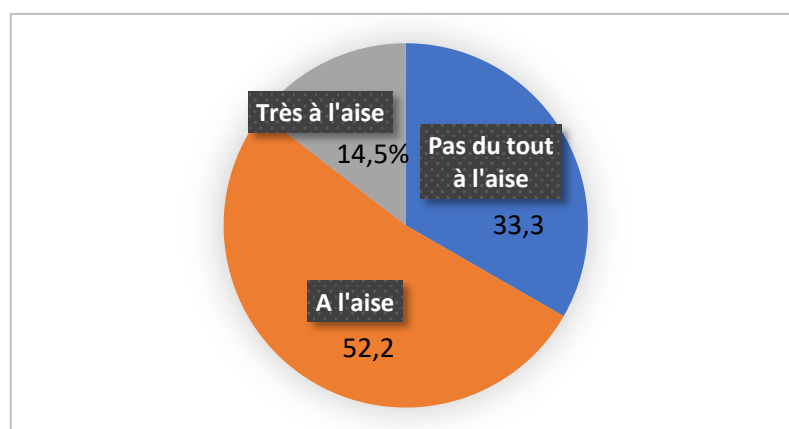


Figure XIV : Diagramme de répartition des effectifs selon le ressenti face à la prise en charge d'une endométriose

	Très à l'aise	Un peu à l'aise	Pas du tout à l'aise	p
Sexe				
-Hommes N = 31	3 (9,7)	20 (64,5)	11 (35,5)	0,50
-Femmes N = 38	7 (18,4)	26 (68,4)	12 (31,6)	
Age				
-< 40 ans N = 24	2 (8,3)	17 (70,8)	7 (29,2)	0,39
-≥ 40 ans N = 45	8 (17,8)	29 (64,4)	16 (35,6)	
Formation				
-Oui N = 33	6 (18,2)	27 (81,8)	6 (18,2)	0,03
-Non N = 36	4 (11,1)	19 (52,8)	17 (47,2)	

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 7 : Caractéristiques de la population selon le ressenti face à la prise en charge d'une endométriose

On ne note pas d'impact sur ces trois groupes en termes de sexe ou d'âge des médecins mais on observe une différence significative concernant la participation à une formation dans les 5 dernières années ($p = 0,03$).

3.2. Prévalence de l'endométriose

En réponse à la question 10 du questionnaire (annexe 4), une majorité (63,8%) des médecins de notre échantillon a estimé la prévalence de l'endométriose à environ 10%.

3.3. Symptômes cardinaux de l'endométriose

Dans la question 11 du questionnaire, il était demandé de citer trois symptômes cardinaux de l'endométriose.

Les symptômes ayant été les plus souvent cités sont :

- les dysménorrhées (53 médecins),
- les douleurs abdomino-pelviennes chroniques (43 médecins),
- les dyspareunies (31 médecins),
- l'infertilité (31 médecins)

Parmi les autres symptômes cités, on retrouve notamment les ménométrorragies (18 médecins), les signes fonctionnels urinaires (SFU) cataméniaux (5 médecins), les douleurs cataméniales à la défécation (3 médecins), le caractère rebelle des douleurs (3 médecins) et les signes fonctionnels digestifs divers (3 médecins).

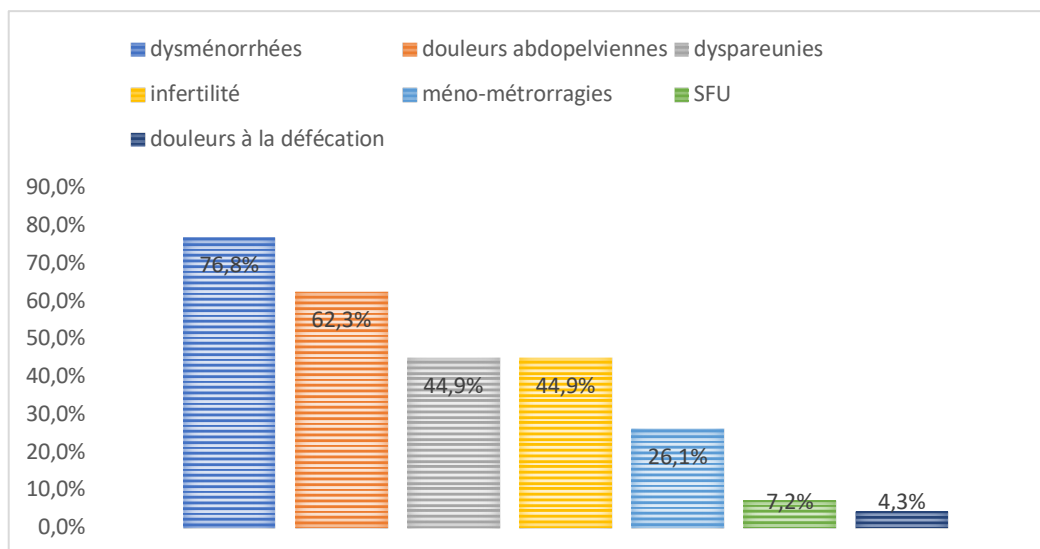


Figure XV : Histogramme de répartition des symptômes d'endométriose cités par les médecins généralistes de l'échantillon

3.4. Évocation de l'endométriose par les médecins généralistes de notre échantillon quand des symptômes sont rapportés par la patiente

Cette partie correspond aux questions 16 à 22 du questionnaire (annexe 4).

Il était demandé aux médecins généralistes si devant la présence chez une femme de divers symptômes, ils évoquaient « jamais », « parfois », « souvent » ou « toujours » la possibilité d'une endométriose.

Les symptômes faisant le plus souvent évoquer une endométriose aux médecins généralistes de notre échantillon sont l'infertilité, les douleurs abdomino-pelviennes chroniques et les dyspareunies profondes.

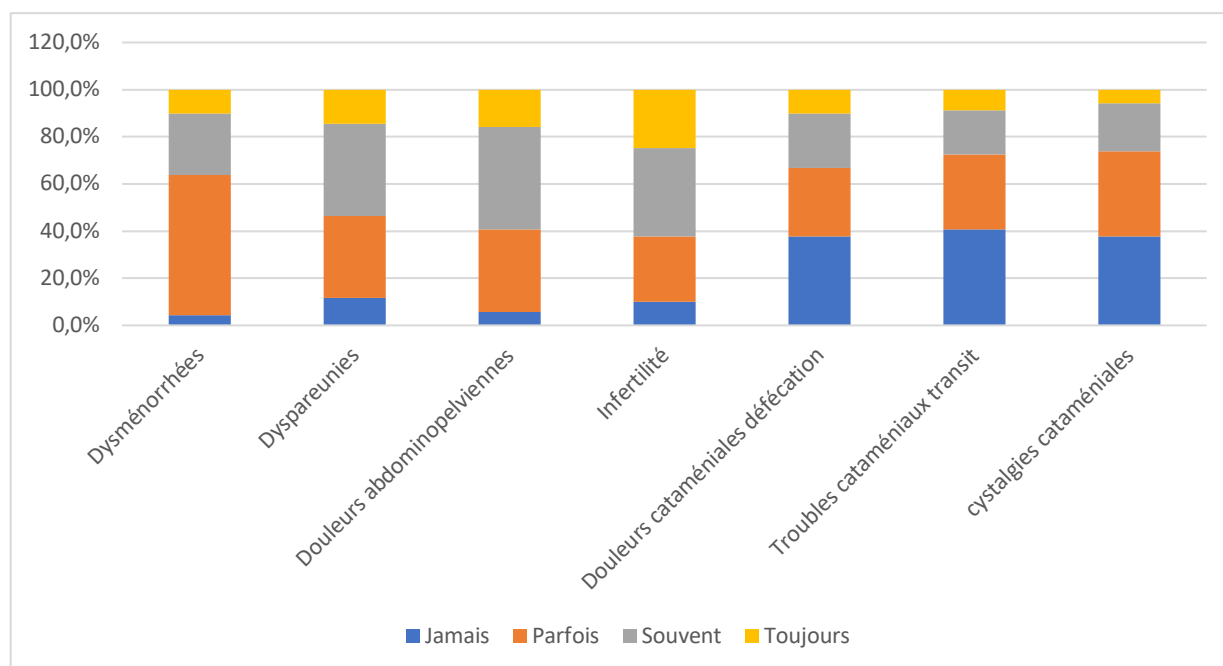


Figure XVI : Histogramme représentant les différentes fréquences d'évocation d'une endométriose devant différents symptômes possibles de la maladie

Le tableau suivant compare les réponses sur les fréquences d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes possibles de la maladie selon le sexe des médecins répondants. Les réponses « jamais » et « parfois » ainsi que « souvent » et « toujours » ont été associées pour l'analyse statistique.

Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

	Femmes N = 38	Hommes N = 31	p
Dysménorrhées			
-Jamais / Parfois	23 (60,5)	21 (67,7)	0,54
-Souvent / Toujours	15 (39,5)	10 (32,3)	
Dyspareunies profondes			
-Jamais / Parfois	17 (44,7)	15 (48,4)	0,76
-Souvent / Toujours	21 (55,3)	16 (51,6)	
Douleurs abdomino-pelviennes chroniques			
-Jamais / Parfois	16 (42,1)	12 (38,7)	0,78
-Souvent / Toujours	22 (57,9)	19 (61,3)	
Infertilité			
-Jamais / Parfois	11 (28,9)	15 (48,4)	0,10
-Souvent / Toujours	27 (71,1)	16 (51,6)	
Douleurs cataméniales à la défécation			
-Jamais / Parfois	26 (68,4)	20 (64,4)	0,73
-Souvent / Toujours	12 (31,6)	11 (35,5)	

Troubles cataméniaux du transit			
-Jamais / Parfois	26 (68,4)	24 (77,4)	0,40
-Souvent / Toujours	12 (31,6)	7 (22,6)	
Cystalgies cataméniales			
-Jamais / Parfois	28 (73,7)	23 (74,2)	0,96
-Souvent / Toujours	10 (26,3)	8 (25,8)	

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 8 : Fréquence d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes selon le sexe des médecins généralistes

Le tableau suivant compare les réponses sur les fréquences d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes possibles de la maladie selon l'âge des médecins répondants. Les réponses « jamais » et « parfois » ainsi que « souvent » et « toujours » ont été associées pour l'analyse statistique.

On note une différence statistiquement significative concernant les dyspareunies profondes ($p = 0,04$).

	< 40 ans N = 24	≥ 40 ans N = 45	p
Dysménorrhées			
-Jamais / Parfois	13 (54,2)	31 (68,9)	0,23
-Souvent / Toujours	11 (45,8)	14 (31,1)	
Dyspareunies profondes			
-Jamais / Parfois	7 (29,2)	25 (55,6)	0,04
-Souvent / Toujours	17 (70,8)	20 (44,4)	
Douleurs abdomino-pelviennes chroniques			
-Jamais / Parfois	6 (25)	22 (48,9)	0,05
-Souvent / Toujours	18 (75)	23 (51,1)	
Infertilité			
-Jamais / Parfois	6 (25)	20 (44,4)	0,11
-Souvent / Toujours	18 (75)	25 (55,6)	
Douleurs cataméniales à la défécation			
-Jamais / Parfois	17 (70,8)	29 (64,4)	0,59
-Souvent / Toujours	7 (29,2)	16 (35,6)	
Troubles cataméniaux du transit			
-Jamais / Parfois	18 (75)	32 (71,1)	0,73
-Souvent / Toujours	6 (25)	13 (28,9)	
Cystalgies cataméniales			
-Jamais / Parfois	19 (79,2)	32 (71,1)	0,47
-Souvent / Toujours	5 (20,8)	13 (28,9)	

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 9 : Fréquence d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes selon l'âge des médecins généralistes

Le tableau suivant compare les réponses sur les fréquences d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes possibles de la maladie selon la participation ou non des médecins répondants à une formation gynécologique dans les cinq dernières années. Les réponses « jamais » et « parfois » ainsi que « souvent » et « toujours » ont été associées pour l'analyse statistique.

On remarque une différence statistiquement significative entre ces deux groupes concernant les dysménorrhées ($p = 0,01$), l'infertilité ($p < 0,01$), les douleurs cataméniales à la défécation ($p = 0,04$) et les troubles cataméniaux du transit ($p = 0,03$).

	Formation N = 33	Pas formation N = 36	p
Dysménorrhées			
-Jamais / Parfois	16 (48,5)	28 (77,8)	0,01
-Souvent / Toujours	17 (51,5)	8 (22,2)	
Dyspareunies profondes			
-Jamais / Parfois	13 (39,4)	19 (52,8)	0,27
-Souvent / Toujours	20 (60,6)	17 (47,2)	
Douleurs abdomino-pelviennes chroniques			
-Jamais / Parfois	14 (42,4)	14 (38,9)	0,77
-Souvent / Toujours	19 (57,6)	22 (61,1)	
Infertilité			
-Jamais / Parfois	7 (21,1)	19 (52,8)	<0,01
-Souvent / Toujours	26 (78,8)	17 (47,2)	
Douleurs cataméniales à la défécation			
-Jamais / Parfois	18 (54,5)	28 (77,8)	0,04
-Souvent / Toujours	15 (45,5)	8 (22,2)	
Troubles cataméniaux du transit			
-Jamais / Parfois	20 (60,6)	30 (83,3)	0,03
-Souvent / Toujours	13 (39,4)	6 (16,7)	
Cystalgies cataméniales			
-Jamais / Parfois	21 (63,6)	30 (83,3)	0,06
-Souvent / Toujours	12 (36,4)	6 (16,7)	

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 10 : Fréquence d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes selon la participation ou non des médecins généralistes à une formation gynécologique dans les cinq dernières années

4) Caractérisation de la conduite diagnostique et de la prise en charge thérapeutique des médecins généralistes face à une suspicion d'endométriose

4.1. Recherche de symptômes évocateurs d'endométriose lors d'une consultation à thématique gynécologique

Cette partie correspond aux questions 12 à 15 du questionnaire (annexe 4).

Dans le cadre d'une consultation à thématique gynécologique chez une femme réglée, au sein de notre échantillon :

- 62 médecins généralistes (89,9%) disent rechercher des dysménorrhées
- 59 (85,5%) disent rechercher des algies pelviennes chroniques
- 48 (69,6%) disent rechercher des dyspareunies
- 42 (60,9%) disent rechercher des troubles de la fertilité

Il est à noter que 3 médecins ont déclarés ne pas réaliser d'examen gynécologique. Les analyses statistiques seront faites sans ces 3 médecins (3 hommes) soit un échantillon de 66 médecins généralistes.

Le tableau suivant compare différents symptômes recherchés par les médecins généralistes en consultation à thématique gynécologique selon le sexe des praticiens. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

	Hommes N = 28	Femmes N = 38	p
Dysménorrhées -Oui	27 (96,4)	35 (92,1)	0,86
Dyspareunies -Oui	19 (67,9)	29 (76,3)	0,45
Troubles de la fertilité -Oui	16 (57,1)	26 (68,4)	0,35
Algies pelviennes chroniques -Oui	24 (85,7)	35 (92,1)	0,66

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 11 : Symptômes recherchés en consultation à thématique gynécologique selon le sexe des médecins

Le tableau suivant compare différents symptômes recherchés par les médecins généralistes en consultation à thématique gynécologique selon l'âge des praticiens. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

	< 40 ans N = 23	≥ 40 ans N = 43	p
Dysménorrhées -Oui	20 (87)	42 (97,7)	0,24
Dyspareunies -Oui	16 (69,6)	32 (74,4)	0,67
Troubles de la fertilité -Oui	15 (65,2)	27 (62,8)	0,85
Algies pelviennes chroniques -Oui	20 (87)	39 (90,7)	0,93

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 12 : Symptômes recherchés en consultation à thématique gynécologique selon l'âge des médecins

Le tableau suivant compare différents symptômes recherchés par les médecins généralistes en consultation à thématique gynécologique selon la participation ou non des praticiens à une formation gynécologique dans les cinq dernières années. On retrouve une différence significative ($p < 0,01$) dans la recherche de troubles de la fertilité lors d'une consultation gynécologique entre ces deux groupes.

	Formation N = 33	Pas de formation N = 33	p
Dysménorrhées -Oui	33 (100)	29 (87,9)	0,11
Dyspareunies -Oui	27 (81,8)	21 (63,6)	0,10
Troubles de la fertilité -Oui	29 (87,9)	13 (39,4)	<0,01
Algies pelviennes chroniques -Oui	30 (90,9)	29 (87,9)	>0,99

Les variables sont exprimées en effectifs (%) sauf mention contraire.

Tableau 13 : Symptômes recherchés en consultation à thématique gynécologique selon la participation ou non des médecins à une formation gynécologique dans les 5 ans

4.2. Examen physique gynécologique

Cette partie correspond aux questions 23 et 24 du questionnaire (annexe 4).

a) Période préférentielle du cycle

Dans la question 24 du questionnaire, il était demandé aux médecins généralistes si devant une suspicion d'endométriose chez une femme, ils réalisaient l'examen gynécologique en période inter-menstruelle, en période per-menstruelle ou sur l'une ou l'autre de manière indifférente. Une dernière proposition du questionnaire à choix simple permettait de répondre « Je ne fais pas d'examen gynécologique » ; 5 médecins de notre échantillon l'ont cochée. Au sein du reste de l'échantillon, 14 médecins ont répondu « inter-menstruelle », 20 médecins « per-menstruelle » et 30 médecins « indifférents ».

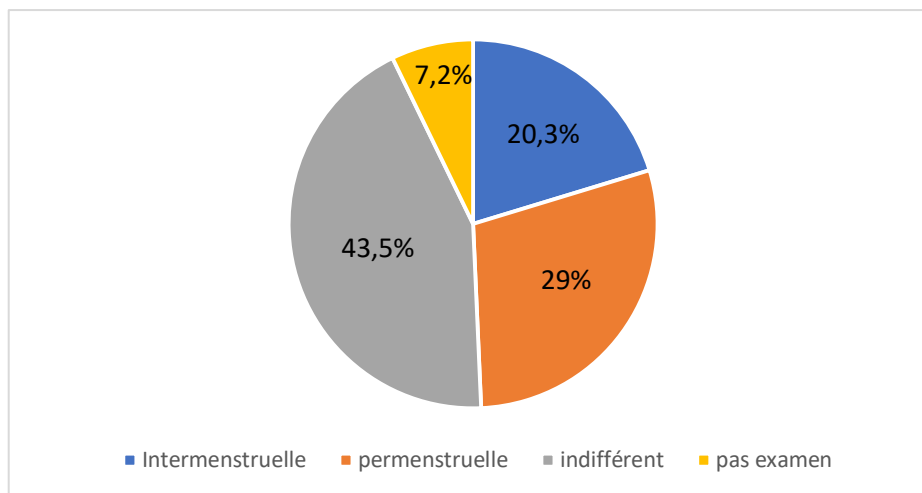


Figure XVII : Diagramme de répartition des effectifs selon la période préférentielle du cycle pour la réalisation d'un examen gynécologique dans le cadre d'une suspicion d'endométriose

b) Caractéristiques de l'examen physique

Dans la question 23 du questionnaire, il était demandé aux médecins généralistes des spécificités de l'examen physique gynécologique réalisé devant une suspicion d'endométriose. 5 réponses étaient proposées avec possibilité d'en cocher plusieurs. Une des propositions permettait de répondre « Vous ne réalisez pas d'examen physique spécifique ».

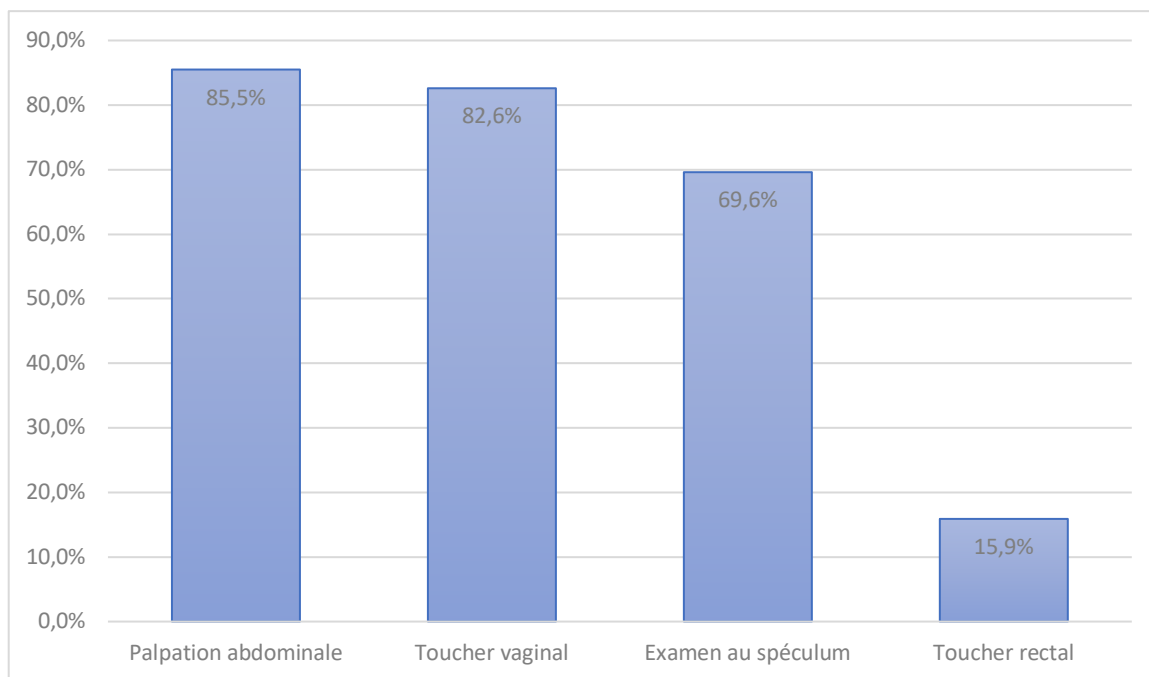


Figure XVIII : Histogramme de répartition des gestes réalisés au cours de l'examen gynécologique lors d'une suspicion d'endométriose par les médecins généralistes de l'échantillon

L'ensemble de réponses le plus représenté englobe les réponses « vous réalisez un toucher vaginal », « vous réalisez un examen au spéculum » et « vous réalisez une palpation abdominale » avec 38 médecins (55,1%) de l'échantillon.

Sept médecins (10,1%) ont répondu ne pas réaliser d'examen physique spécifique devant une suspicion d'endométriose chez une femme.

4.3. Pratiques au sein de notre échantillon concernant examens complémentaires

Cette partie correspond aux questions 25 et 26 du questionnaire (annexe 4).

a) Examen d'imagerie en première intention

A la question ouverte concernant l'imagerie réalisée en première intention devant une suspicion d'endométriose ;

- 50 médecins ont répondu « une échographie abdomino-pelvienne »,
- 15 médecins ont répondu « une IRM abdomino-pelvienne »
- 2 médecins ont répondu « une TDM abdominopelvienne »
- 1 médecin a répondu « une coelioscopie »
- 1 médecin a répondu qu'il ne savait pas

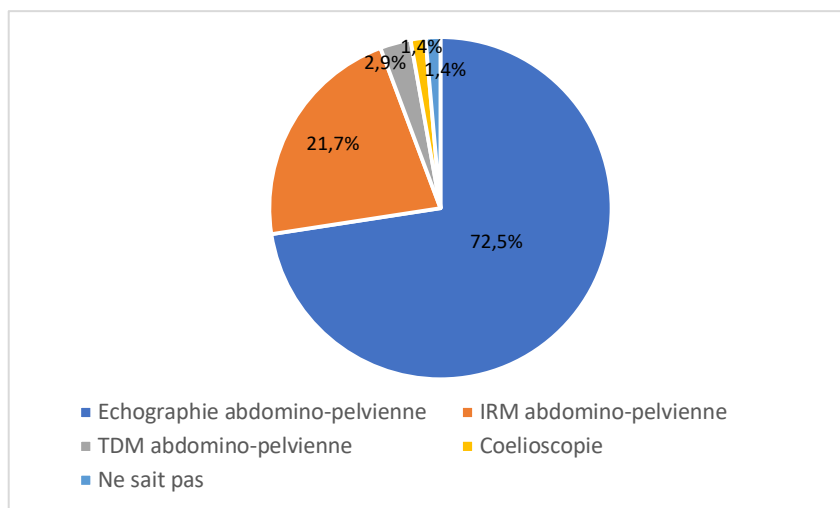


Figure XIX : Diagramme de répartition des effectifs selon le choix d'imagerie de première intention réalisée devant une suspicion d'endométriose

b) Imagerie de référence pour le diagnostic d'endométriose

A la question ouverte concernant l'imagerie réalisée en première intention devant une suspicion d'endométriose ;

- 58 médecins ont répondu « une IRM abdomino-pelvienne »
- 5 médecins ont répondu « une TDM abdominopelvienne »
- 3 médecins ont répondu « une coelioscopie »
- 1 médecin a répondu « une échographie abdomino-pelvienne »,
- 2 médecins ont répondu qu'ils ne savaient pas

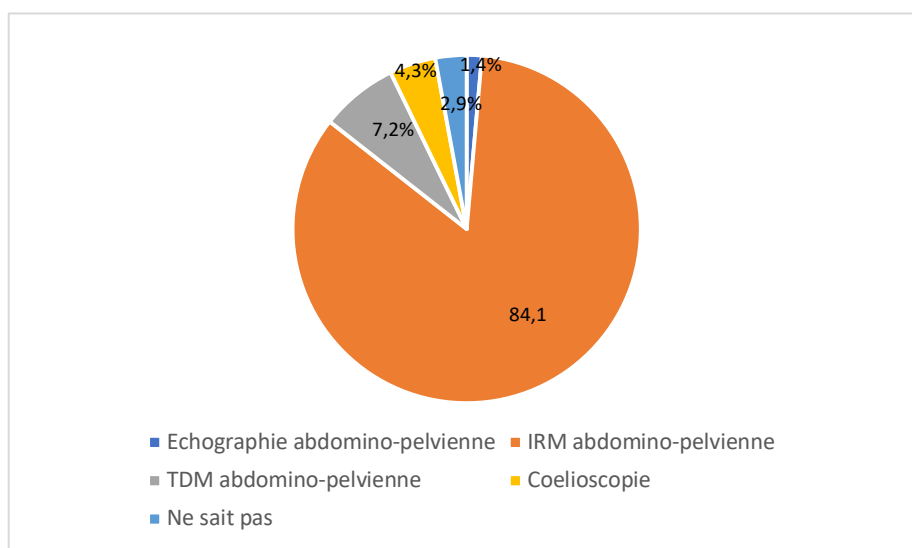


Figure XX : Diagramme de répartition des effectifs selon le choix d'imagerie de référence pour le diagnostic d'endométriose

c) En pratique

Cette partie correspond à la question 27 du questionnaire (annexe 4).

Il était demandé aux médecins la conduite tenue devant des symptômes évocateurs d'endométriose, après examen clinique. Plusieurs réponses étaient possibles.

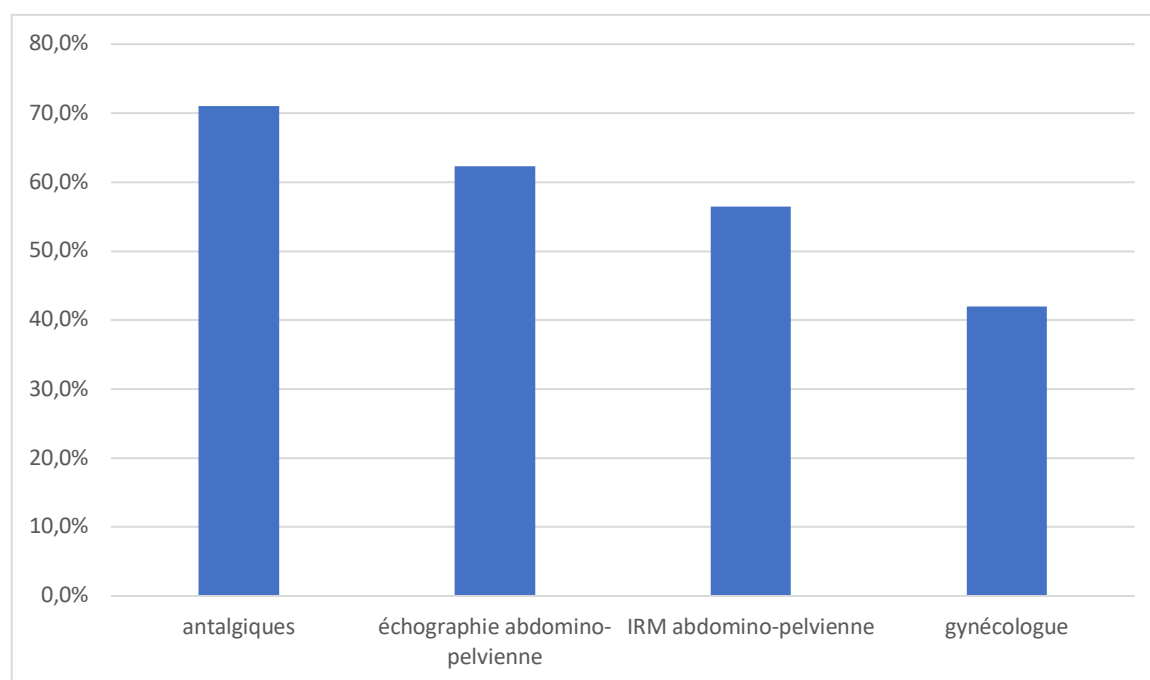


Figure XXI : Histogramme de répartition des réponses des médecins de l'échantillon sur la conduite tenue devant des symptômes évocateurs d'endométriose

L'association de réponses la plus représentée, avec 15 médecins de l'échantillon, rassemble la prescription d'une échographie et d'une IRM abdomino-pelviennes ainsi que d'antalgiques.

Cinq médecins (7,2%) ont répondu adresser directement la femme à un gynécologue d'emblée sans prescription d'imagerie ou d'antalgique.

4.4. Prescriptions thérapeutiques des médecins de notre échantillon face à une suspicion d'endométriose

Cette partie correspond à la question 28 du questionnaire (annexe 4). Plusieurs réponses étaient possibles.

Dans cette question, en dehors des propositions sur les thérapeutiques médicamenteuses, une réponse possible était l'orientation de la femme suspecte d'endométriose vers un gynécologue. 42% des MG de notre échantillon ont coché cette réponse.

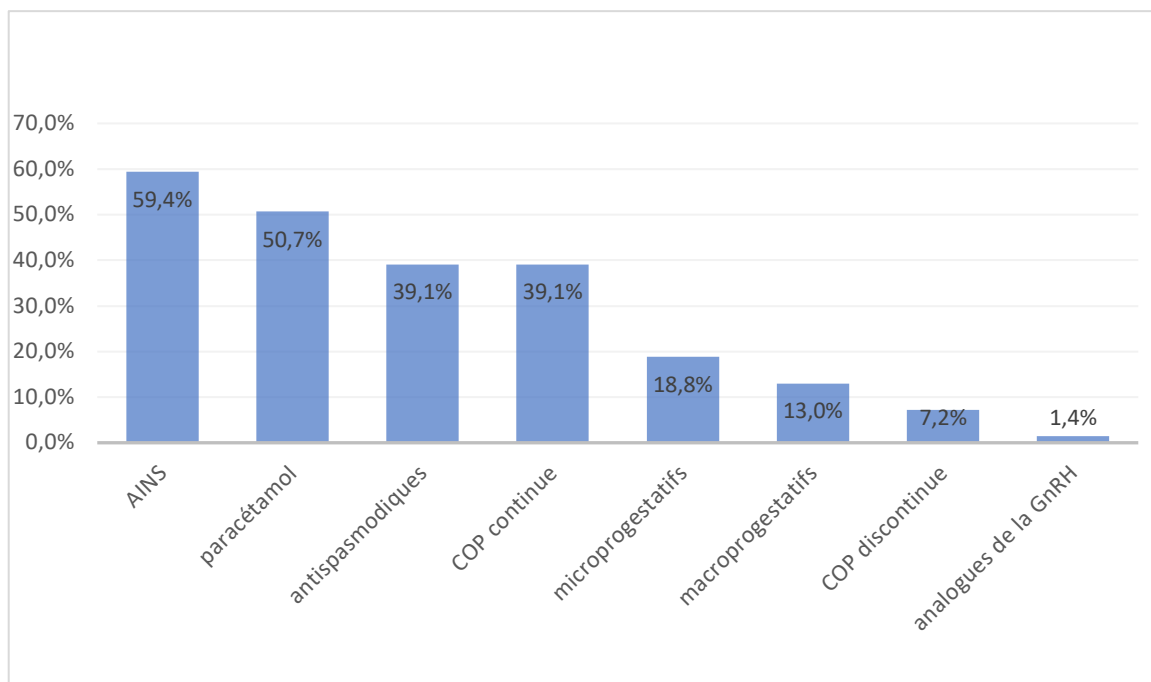


Figure XXII : Histogramme de répartition des prescriptions thérapeutiques des médecins de l'échantillon devant des symptômes évocateurs d'endométriose

On notera que 10 médecins (14,5% de l'échantillon) ont répondu ne rien prescrire du tout et adresser la femme suspecte d'endométriose directement au gynécologue.

Les traitements les plus prescrits comprennent les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le paracétamol ainsi que les antispasmodiques. 47,8% (33 médecins) ne prescrivent ainsi aucune contraception devant une suspicion d'endométriose.

Par ailleurs, les questions 29 et 30 du questionnaire (*annexe 4*) portait sur l'aménorrhée. D'abord sur l'intérêt de l'aménorrhée dans la prise en charge de l'endométriose. 82,6% des médecins généralistes de notre échantillon ont ainsi répondu qu'il fallait mettre la femme en aménorrhée dans le cadre de la prise en charge d'une endométriose.

Ensuite sur le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la mise en aménorrhée des femmes douloureuses dans le cadre d'une endométriose. 94,2% des médecins de notre échantillon ne pensent pas que l'aménorrhée prolongée (plus de 6 mois) soit dangereuse.

4.5. Orienter vers le spécialiste

Cette partie correspond aux questions 31 et 32 du questionnaire (*annexe 4*).

a) A quel moment ?

Dans le cadre d'une suspicion d'endométriose, il était demandé aux médecins généralistes à quel moment ils adressaient leur patiente au spécialiste.

- 40,6% ont répondu « d'emblée »
- 37,6% ont répondu « après imagerie et/ou traitement quel qu'en soit le résultat »
- 11,6% ont répondu « en cas d'échec du traitement »
- 10,1% ont répondu « en cas d'anomalie à l'imagerie »

b) A quel spécialiste ?

Lorsque l'avis gynécologique spécialisé est demandé,

- 52,1% des médecins de notre échantillon adressent à un gynécologue avec lequel ils ont l'habitude de travailler
- 27,5% adressent à un gynécologue spécialiste de l'endométriose
- 20,3% à un gynécologue au choix de la patiente sans préférence

V) DISCUSSION

1) Limites de l'étude

Le choix du questionnaire en ligne dans la réalisation de cette étude peut être discutable. Nous avons cherché un support simple, facile d'utilisation et qui puisse être transmis avec un minimum d'intermédiaires. L'absence d'interrogatoire en direct nous enlève le problème de neutralité du sondeur par rapport au sondé. Le recueil en ligne ne nous a cependant pas permis de contrôler si le médecin a répondu spontanément, sans effectuer de recherche.

La participation à l'étude étant basée sur le volontariat, on observe un biais de sélection ; seuls les médecins généralistes ayant accepté de répondre y ont participé. Nous ne connaissons ainsi pas le profil des médecins non répondants et les médecins ayant répondu étaient probablement plus intéressés par la gynécologie-obstétrique.

Le choix de questions majoritaires à choix simple ou multiples permettait d'obtenir des réponses rapides. Cependant, le temps consacré à ce questionnaire pouvait rester un facteur limitant dans un contexte actuel où les médecins généralistes sont déjà très sollicités.

Les questions ouvertes ont quant à elles conduit à l'interprétation des réponses qui ne rentraient pas exactement dans une case prédéfinie. Les QCM apportent cependant un biais de réponses, par leur principe même d'orientation avec un choix de réponses.

Par ailleurs, nous n'avons obtenu que 69 réponses au questionnaire, ce qui représentait un échantillon de 15% par rapport à la population totale des 458 médecins généralistes libéraux actifs installés en Vendée. Ce faible taux de réponses a entraîné des limites dans l'analyse statistique. Les résultats sont ainsi applicables à la population de l'étude et à interpréter différemment pour l'ensemble des médecins généralistes libéraux du département.

Pour les analyses uni-variées avec plusieurs groupes comparés, la présence d'un test avec un $p < 0,05$ indiquait la présence d'une différence statistiquement significative entre ces groupes. Mais cela ne permettait pas de dire lequel des groupes se démarquait. Au risque de pénaliser la p-value et de perdre en puissance, nous n'avons pas multiplié les tests.

Finalement, concernant la question de la réalisation d'une formation, nous avons simplement posé la question de la participation à une formation en gynécologie-obstétrique dans les cinq dernières années sans faire préciser le type de formation, ce qui aurait pu être intéressant. Les réponses à notre questionnaire aurait peut-être été différentes selon le type de formation ; semestre d'interne, DU de gynécologie, formation continue (FMC, groupes de pairs...),...

2) Représentativité de l'échantillon

Selon les données au premier janvier 2018 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le sex ratio des médecins généralistes (MG) vendéens reste en faveur des hommes avec 47,3% de médecins femmes [72]. Dans notre étude, nous retrouvons à l'inverse, une majorité de MG femmes avec un pourcentage de 55,1%. Cette différence pourrait s'expliquer par un plus grand intérêt pour le sujet de l'étude de la part des médecins femmes qui semblent réaliser également plus de consultations gynécologiques dans leur pratique. On peut également associer à ce résultat la sur-représentation au sein de notre échantillon des médecins de moins de 40 ans, classe d'âges à grande majorité féminine, par rapport à la moyenne départementale. Cette implication des médecins femmes se retrouvent également dans les données de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) [73].

Selon un Panel 2014-2016 de l'ORS et de l'URLM (Union Régionale des Médecins Libéraux) des Pays de La Loire, 73% des médecins généralistes de la région déclaraient réaliser au moins une consultation pour motif gynécologique par semaine, et 34% disaient avoir suivi une formation gynécologique après la fin de leurs études [73]. Au sein de notre échantillon, 93% des médecins généralistes ont déclaré réaliser au moins une consultation à thématique gynécologique par semaine et 65% avoir participé à une formation gynécologique dans les cinq dernières années. Cette différence pourrait trouver une explication dans le fait que les médecins ayant répondu à notre questionnaire étaient plus intéressés par la thématique. Par ailleurs, les chiffres initiaux sont régionaux et non pas départementaux spécifiques à la Vendée.

Au premier janvier 2018, les chiffres sur la démographie médicale des médecins vendéens sortis par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Vendée rapportaient 32,2% de médecins généralistes de 60 ans et plus, 51,9% de médecins entre 40 et 59 ans, et 15,9% de médecins de moins de 40 ans [74]. Notre échantillon se compose de 15,9% de médecins de 60 ans et plus, 49,3% de médecins entre 40 et 59 ans, et de 34,7% de médecins de moins de 40 ans. Le nombre plus élevé de jeunes médecins pourrait s'expliquer encore une fois par la proportion féminine élevée dans cette catégorie d'âges, mais aussi peut-être par plus d'intérêt chez ces médecins encore au début de leur carrière, pour cette pathologie, encore mal connues mais qui sort progressivement de l'ombre, de plus en plus médiatisée. Par ailleurs, on peut également supposer qu'ils sont plus à l'aise avec le support informatique et donc plus à même de participer à l'étude.

3) Principaux résultats de notre étude

3.1. Profil socio-démographique des médecins répondants

Au total, 69 médecins généralistes libéraux vendéens ont répondu à notre enquête. On comptait 38 femmes (55,1%) et 31 hommes (44,9%), dont 82,6% travaillaient en cabinet de groupe.

La répartition par tranche d'âges retrouvait 34,7% de médecins de moins de 40 ans, 49,3% entre 40 et 59 ans et 15,9% 60 ans et plus. Au sein de ces classes d'âges, on note une majorité féminine chez les plus jeunes avec 87,5% de femmes chez les moins de 40 ans, s'inversant chez les 60 ans et plus, avec seulement 9,10% de médecins femmes. La classe des 40-59 ans était plus équilibrée avec 47,1% de femmes.

Par ailleurs, 71% des médecins répondants ont déclaré avoir un accès facile aux consultations spécialisées de gynécologie.

3.2. Le médecin généraliste, coordinateur du parcours de soins

Le médecin généraliste représente le médecin de proximité et de premier recours. Sa place de coordinateur des soins a notamment été renforcée depuis la loi d'août 2013, instaurant la déclaration d'un médecin traitant et plaçant le médecin généraliste au centre du parcours de soins [75].

Les médecins généralistes occupent ainsi une place importante dans le suivi gynécologique des femmes, qui fait partie du champ de ses compétences médicales. En moyenne, le nombre de consultations chez le médecin généraliste pour motif gynécologique est évalué à 3,6 par femme et par an [75]. En 2016, selon une étude réalisée auprès des médecins généralistes des Pays de La Loire, 73% disaient réaliser au moins une consultation à thématique gynécologique par semaine contre 57% sur le plan national [73]. Par ailleurs, la démographie médicale actuelle rend croissante les difficultés à obtenir un rendez-vous rapide et de proximité avec un gynécologue. Ainsi, malgré leur propre carence démographique, les médecins généralistes, médecins de premier recours, devraient voir leurs activités en gynécologie-obstétrique augmenter [19, 75]. Et ceux d'autant plus en région Pays de la Loire où l'activité gynécologique des médecins généralistes est plus importante que la moyenne nationale en raison d'une densité en gynécologues évaluée en 2016 à 33% inférieure à la moyenne nationale [73]. De fait, la variation des effectifs enregistrée entre 2010 et 2019 par le CNOM, s'élève à -3,5% pour les médecins généralistes et -45,5% pour les gynécologues (obstétriciens et médicaux rassemblés) en Vendée [72].

3.3. La femme généraliste en première ligne pour dépister l'endométriose

Au sein de notre échantillon, 92,8% des médecins ont déclaré réaliser au moins une consultation à thématique gynécologique par semaine et 14,5% en réalisent même 10 ou plus. Le nombre de ces consultations gynécologiques réalisées par semaine par les MG de notre échantillon est significativement lié au sexe des médecins ($p = 0,02$), à la participation à une formation dans les cinq dernières années ($p < 0,01$) ainsi qu'à l'âge des médecins ($p < 0,01$).

Ainsi, parmi les médecins réalisant 10 consultations gynécologiques ou plus par semaine, on compte 70% de femmes. A l'inverse, les cinq médecins déclarant ne réaliser aucune consultation gynécologique sont de sexe masculin. De même, 90% des médecins réalisant 10 consultations ou plus ont suivi une formation dans les cinq ans. A l'inverse, 80% des médecins ne réalisant aucune consultation gynécologique n'en ont pas suivie. Concernant les tranches d'âges, les 40-59 ans semblent être les plus actifs en gynécologie avec plus d'un quart de ce

groupe réalisant 10 consultations ou plus à thématique gynécologique par semaine. Ils sont également les plus à l'aise face à la prise en charge des dysménorrhées. Ils représentent ainsi 90% des médecins réalisant au moins 10 consultations gynécologiques au sein de notre échantillon. Cela rejoint les résultats de la thèse de médecine générale de 2012 de Quibel [19] sur la prise en charge de l'endométriose par les médecins généralistes de Seine-Maritime, qui montraient que les médecins généralistes les plus actifs en gynécologie et également les plus à l'aise face à la prise en charge des dysménorrhées étaient les médecins de plus de 50 ans. Au vu de l'évolution démographique médicale et de la féminisation de la profession, il peut paraître surprenant de ne pas retrouver les moins de 40 ans en première position. Cela peut alors laisser supposer que la formation initiale en gynécologie n'incite pas suffisamment les jeunes médecins généralistes à pratiquer cette spécialité. Les 60 ans et plus, quant à eux, très majoritairement des hommes, sont 27,3% à ne réaliser aucune consultation, et aucun, 10 ou plus par semaine.

Si l'on se concentre plus particulièrement sur le suivi gynécologique de femmes porteuses d'endométriose, notre étude retrouve ces mêmes différences significatives. On notera cette fois-ci que plus de 95% des moins de 40 ans effectuent ce suivi contre 82% des 40-59 ans. Les médecins qui suivent 5 femmes ou plus ont cependant, à 77,8%, entre 40 et 59 ans.

Sans surprise et rejoignant en cela les constations d'autres études, nous remarquons une majorité de femmes parmi les médecins généralistes les plus actifs en gynécologie [19, 73, 76]. L'évolution démographique voit augmenter d'année en année la proportion des médecins généralistes de sexe féminin. En outre, les patientes expriment souvent une préférence à confier leur suivi gynécologique à un médecin de sexe féminin [76]. Cette féminisation de la profession pourrait ainsi avoir des conséquences positives dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. En lien avec notre sujet, cette prévisible majoration de l'activité gynécologique du médecin généraliste doit cependant aller de pair avec une compétence de ce dernier à dépister et prendre initialement en charge une endométriose. En 2016, 63% des médecins ligériens déclaraient réaliser au moins une fois par semaine une instauration ou un renouvellement de méthodes contraceptives ; occasions à ne pas manquer pour rechercher des dysménorrhées ou une endométriose [19, 73].

3.4. Information et formation sur l'endométriose ; enjeux de santé publique

L'endométriose fait partie des maladies présentant à ce jour un des plus importants délais diagnostic, estimé entre 8 et 12 ans [2, 12]. Responsable d'importants coûts sociétaux et individuels, elle représente pourtant un enjeu de santé publique. Par une étude sur les répercussions économiques de l'endométriose en 2017, Kanj [77] retrouvait de fait un coût total s'élevant à 10 milliards par an, avec un coût annuel par femme de 7612 euros (2704 euros de coûts directs et 4908 euros indirects). Par ailleurs, il observait une diminution de 26% de la qualité de vie d'une femme porteuse d'endométriose par rapport à une personne en bonne santé. Et 51% des femmes avait rapporté que la maladie affectait leur vie professionnelle.

Il semble alors nécessaire de mettre en place une campagne de repérage précoce de l'endométriose à un stade où les problèmes rencontrés par les jeunes femmes sont encore

trop souvent banalisés. A l'image des dysménorrhées par exemple, de fait trop souvent négligées ou banalisées par la notion culturelle « qu'il est normal d'avoir mal au ventre pendant les règles » [19]. Par ailleurs, le motif de consultation « douleur » ne représenterait que 3% des motifs de consultations gynécologiques [78]. Pas toujours rapportés spontanément, les symptômes douloureux doivent ainsi être recherchés par le médecin généraliste en consultation, et cela dès l'adolescence. Or selon Quibel, 25% des médecins généralistes n'imaginent pas l'endométriose avant l'âge de 20 ans [19].

L'endométriose est une maladie encore mal connue du grand public. Un malade qui pense « être dans la norme » est cependant un malade qui ne consulte pas. On retrouve ainsi un délai médian de 18 mois entre le début des symptômes et la première consultation chez le médecin [19]. Fourquet et al. [14] rapportaient qu'avant l'intervention chirurgicale, 65% des femmes n'avaient jamais entendu parler de la maladie. L'information des patientes est primordiale. La médiatisation récente, notamment par l'intermédiaire de personnalité atteinte d'endométriose, et la création d'associations, œuvrent en ce sens mais restent encore insuffisantes. De larges campagnes d'information doivent se poursuivre pour sensibiliser les femmes et les inciter à consulter et à parler de leurs symptômes à un médecin. Par exemple, par l'intermédiaire d'affiches ou de feuillets pouvant notamment être remis lors de consultations concernant la contraception, de campagnes dans les médias, de démarches d'informations dans les établissements scolaires...

Si l'éducation des patientes est cruciale, le savoir-faire et le sentiment de compétence des MG sont déterminants. Ces derniers sont également victimes de ce manque de sensibilisation à l'endométriose. Dans notre étude, un tiers des médecins répondants se disent ainsi « pas du tout à l'aise » face à la prise en charge de l'endométriose. De même, près de 28% des médecins généralistes suivant sur le plan gynécologique des femmes porteuses d'endométriose se disent « pas du tout à l'aise » face à la prise en charge de cette pathologie, contre seulement 13,8% se disant « très à l'aise ». A l'inverse, ils sont presque 90% à se dire « à l'aise » et même 31,9% « très à l'aise » face à la prise en charge de dysménorrhées ». Elles sont largement dépistées en consultation par près de 90% des médecins. Cependant, ils ne sont qu'un peu plus de 36%, à évoquer « souvent » ou « toujours » l'endométriose devant ce symptôme rapporté par une femme en consultation. 25% des médecins de l'échantillon ne citent même pas spontanément les dysménorrhées comme symptôme cardinal de l'endométriose. La tranche des médecins de 40 à 59 ans réalisant le plus de consultations gynécologiques et les plus à l'aise dans la gestion des dysménorrhées, sont 61,7% à ne « jamais » ou seulement « parfois » évoquer l'endométriose devant ces dernières. Le symptôme évoquant le plus souvent à 62,3%, une endométriose aux médecins généralistes est l'infertilité, il est cependant par sa notion même souvent de diagnostic plus tardif dans la vie d'une femme. Les dyspareunies sont recherchées dans 70% des consultations à thématiques gynécologiques. Symptôme cardinal de l'endométriose et pas toujours faciles à aborder spontanément, elles sont ainsi importantes à rechercher à l'interrogatoire. Les connaissances des MG semblent également insuffisantes concernant les autres symptômes cataméniaux de l'endométriose, et notamment les SFU cataméniaux, les douleurs cataméniales à la défécation et les troubles cataméniaux du transit, qui au mieux, leurs évoquent une endométriose dans moins d'un tiers des cas.

Même si son manque de sensibilité, même réalisé par un spécialiste, n'en fait pas une cause principale du retard diagnostique de l'endométriose, l'examen physique reste trop insuffisamment et incomplètement réalisé par les médecins généralistes [7, 19]. Ainsi, seulement 55% des médecins de notre échantillon effectuent un examen physique englobant une palpation abdominale, un examen au spéculum ainsi qu'un toucher vaginal devant une suspicion d'endométriose. Et 10% ne réalisent même aucun examen devant une telle suspicion. Levasseur et al. [78] montrent les médecins généralistes sont conscients de leurs limites dans le domaine et demandent une amélioration de leur pratique par la Formation Médicale Continue (FMC). De fait, 25% souhaitent mieux maîtriser l'examen gynécologique et le toucher pelvien et 10% demandent même à apprendre à poser un spéculum. Ces résultats interpellent alors sur la formation initiale des médecins généralistes.

A l'image d'autres, notre étude fait ainsi ressortir l'importance de la formation du MG [19, 75, 76, 78]. La réforme du 3^e cycle des études médicales et notamment du DES de médecine générale, œuvre en ce sens en imposant un stage en santé de la femme à chaque interne [79]. Au sein de notre échantillon, 47,8% des médecins ont participé à une formation gynécologique au cours des cinq dernières années, dont une majorité de femmes (75,8%). On observe ainsi une différence statistiquement significative concernant le sexe du médecin ($p < 0,01$) avec 65,7% des femmes médecins de notre échantillon ayant réalisé une formation dans les cinq ans contre 25,8% des hommes. On retrouve également une différence statistiquement significative en lien avec l'âge des médecins ($p < 0,01$) avec 58,8% de formation chez les 40-59 ans et 54,1% chez les moins de 40 ans, contre aucun chez les 11 médecins de 60 ans et plus. Une génération pourtant probablement encore moins sensibilisée de par les données et la mise en avant très récente de l'endométriose, et plus marquée par la notion culturelle de normalité des douleurs pendant les règles. Les médecins généralistes ayant participé à une formation dans les cinq ans effectuent par ailleurs significativement plus de consultations gynécologiques par semaine ($p < 0,01$) et suivent significativement plus de femmes porteuses d'endométriose sur le plan gynécologique ($p=0,03$). Ainsi, 90% des médecins réalisant 10 consultations ou plus à thématique gynécologique par semaine, ont suivi une formation au cours des cinq dernières années. On note également que 11% des médecins n'ayant pas suivi de formation ne réalisent aucune consultation gynécologique hebdomadaire. En outre, même si on ne retrouve pas de différence statistiquement significative, il ressort que 42,4% des médecins généralistes ayant réalisé une formation se disent « très à l'aise » face à la prise en charge des dysménorrhées, contre seulement 22,2% chez ceux n'ayant pas suivi de formation dans les cinq ans. A l'inverse, seul un médecin formé (3%) se dit « pas du tout à l'aise » contre 16,7% chez les patients n'ayant pas reçu de formation. On observe par contre une différence statistiquement significative entre le sentiment de compétence des médecins face à la prise en charge de l'endométriose et la participation à une formation dans les cinq ans ($p = 0,03$). On note notamment que 42,7% des MG n'ayant pas suivi de formation se disent « pas du tout à l'aise » contre 18,2% au sein de l'autre groupe. La formation joue également un rôle important pour la fréquence d'évocation de l'endométriose devant des symptômes de la maladie lors d'une consultation à thématique gynécologique. On retrouve ainsi une différence statistiquement significative concernant la fréquence d'évocation de la maladie devant des dysménorrhées ($p = 0,01$), une infertilité ($p < 0,01$), des douleurs cataméniales à la défécation ($p = 0,04$) et des troubles cataméniaux du transit ($p = 0,03$).

Concernant la prise en charge thérapeutique, les principaux traitements prescrits par les médecins généralistes devant des symptômes d'endométriose regroupent les AINS (59,4%), le paracétamol (50,7%) et les antispasmodiques (39,1%). Dix médecins ne prescrivent aucun traitement et adressent la patiente à un gynécologue. Et 47,8% ne prescrivent aucune contraception. Alors que 82,6% d'entre eux ont répondu que la mise en aménorrhée faisait partie de la prise en charge de l'endométriose.

Concernant l'imagerie de première intention, 72,5% des médecins de notre échantillon choisissent l'échographie abdomino-pelvienne et 21,7% l'IRM abdomino-pelvienne. A propos de l'imagerie de référence pour le diagnostic d'une endométriose, seuls 3 médecins (4,3%) nomment la coelioscopie mais 84,1% l'IRM abdomino-pelvienne. On peut cependant se questionner sur un éventuel biais de langage pour cette question, les MG pensent-ils vraiment à la coelioscopie comme un examen d'imagerie ou comme un acte chirurgical et ne vont alors pas l'évoquer dans une question sur l'imagerie de référence. Par ailleurs, en raison du côté invasif de la coelioscopie, devant des symptômes évocateurs de la maladie associés à des signes d'endométriose à l'IRM, selon les dernières recommandations de l'HAS, il est possible de poser le diagnostic [5,7].

Seuls 42% des médecins traitants de notre échantillon adressent leurs patientes au gynécologue devant une suspicion d'endométriose, alors que seuls 14,4% des médecins seulement se disent « très à l'aise » dans la prise en charge de cette pathologie. La dernière question portait par ailleurs sur la sélection du spécialiste à consulter ; seuls 27,5% des médecins généralistes envoient vers un gynécologue spécialiste de l'endométriose et aucun vers un centre de référence de l'endométriose. Mais de tels centres sont-ils vraiment connus ? Hors Pugsley [2] rapporte que deux tiers des femmes ont consulté plus de trois le médecin généraliste avant le diagnostic, dont un tiers plus de 6 fois. De même, un tiers des femmes ont été adressées à deux reprises au gynécologue avant que ne soit posé le diagnostic. D'où l'importance d'orienter directement les femmes vers un praticien référent ou un centre de référence de l'endométriose. Il apparaît alors nécessaire la diffusion d'une liste de référents, spécialistes de la pathologie au niveau départemental ou régional.

Au regard de ces résultats, la diffusion en décembre 2017 par l'HAS de nouvelles recommandations sur l'endométriose avec notamment un résumé comportant les messages clés destinés aux MG, se révèle un support important d'aide à la prise en charge de cette pathologie dans le cadre du parcours en soins primaires [1].

VI) CONCLUSION

L'endométriose est une pathologie chronique fréquente avec une prévalence estimée à environ 10% parmi les femmes en âges de procréer. Bénigne, elle peut cependant être très invalidante et est responsable d'importants coûts individuels et sociétaux. Par ailleurs, malgré sa fréquence, l'endométriose est encore mal connue du grand public et des soignants, et souffre toujours aujourd'hui d'un grand retard diagnostique évalué entre 8 et 12 ans.

Le médecin généraliste représente le médecin de proximité et de premiers recours. Il est le coordinateur de soins, au centre du parcours de soins. La gynécologie-obstétrique faisant partie du champ de ses compétences médicales, il a ainsi un rôle capital dans la stratégie diagnostique précoce de l'endométriose, renforcé par la carence démographique actuelle en gynécologues et la féminisation de la profession.

Cette prévisible majoration de l'activité gynécologique du médecin généraliste doit cependant aller de pair avec une compétence de ce dernier à dépister et prendre en charge en soins primaires, une endométriose. Afin d'améliorer cette prise en charge et de diminuer le délai diagnostique de la pathologie, la formation des médecins généralistes sur l'endométriose apparaît primordiale. Les formations médicales initiale et continue en lien avec le sujet doivent ainsi être renforcées. La réforme du 3^e cycle des études médicales et notamment du DES de médecine générale, œuvre en ce sens en imposant un stage en santé de la femme à chaque interne.

Si le savoir-faire et le sentiment de compétence des médecins généralistes sont déterminants, l'éducation du grand public est également importante. De larges campagnes d'information et de prévention des femmes doivent ainsi se poursuivre afin de sensibiliser ces dernières et de les inciter à consulter plus précocement et à parler de leurs symptômes. Cela permettrait également de lutter contre la banalisation des symptômes douloureux cataméniaux. Un malade qui se pense « dans la norme » est en effet un malade qui ne consulte pas. Par ailleurs, face à ces symptômes qui peuvent ainsi ne pas être spontanément évoqués par les femmes, leur recherche active par le MG, est cruciale. Et cela dès l'adolescence. Les consultations de prévention, de dépistage ou de prescription de contraception appartenant à la pratique des MG, apparaissent ainsi comme des occasions à ne pas manquer pour rechercher des signes évocateurs d'endométriose.

Devant une pathologie encore mal connue et face à laquelle les MG ne se sentent pas encore très à l'aise, Il est important d'avoir un parcours de soins clair. Les nouvelles recommandations de l'HAS concernant l'endométriose parues en décembre 2017, œuvrent en ce sens et représentent une aide notable pour la pratique des médecins traitants avec notamment un résumé comprenant les messages clés destinés aux MG. Pour une prise en charge rapide et optimale, en évitant la multiplication des examens et des consultations, la rédaction et la diffusion d'une liste de spécialistes de l'endométriose au niveau départemental ou régional apparaît également nécessaire.

VII) BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'endométriose. Messages clés destinés au médecin généraliste. Décembre 2017 : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometrioise - messages des destines au medecin generaliste.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometrioise_-_messages_des_destines_au_medecin_generaliste.pdf)
2. Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. Br J Gen Pract 2007 ; 57 : 470-6.
3. Daraï E, Ploteau S, Ballester M, Bendifallah S. Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique. Presse Med 2017 ; 46 : 1156-65.
4. Petit E. Epidémiologie de l'endométriose. Imagerie de la Femme 2016 ; 26 : 196-8.
5. Haute autorité de santé. Prise en charge de l'endométriose. Texte des recommandations. Décembre 2017 : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometrioise - recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometrioise_-_recommandations.pdf)
6. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis : pathogenesis and treatment. Nat Rev Endocrinol 2014 ; 10 : 261-75.
7. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'endométriose. Argumentaire scientifique. Décembre 2017 (consulté en ligne) : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/pris en charge de lendometrioise - argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/pris_en_charge_de_lendometrioise_-_argumentaire.pdf)
8. Gylfason JT, Kristjansson KA, Sverrisdottir G, Jonsdottir K, Rafnsson V, Geirsson RT. Pelvic endometriosis diagnosed in an entire nation over 20 years. Am J Epidemiol 2010 ; 172 : 237-43.
9. Guinamant J, Ploteau S. Physiopathologie de l'endométriose. Colon Rectum 2016 ; 10 : 159-63.
10. Xin Gao, Jackie Outley, Marc Botteman, James Spalding, James A. Simon, Chris L. Pashos. Economic burden of endometriosis. Fertil Steril 2006 ; 86 : 1561-72.
11. Guo S-W, Wang Y. The prevalence of endometriosis in women with chronic pelvic pain. Gynecol Obstet Invest 2006 ; 62 : 121-30.

12. Arruda MS, Petta CA, Abrao MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum reprod* 2003 ; 18 : 756-9.
13. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis : costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum Reprod* 2012 ; 27 : 1292-9.
14. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A, et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil Steril* 2010 ; 93 : 2424-8.
15. Fritel X. Les formes anatomiques de l'endométriose. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007 ; 36 : 113-118.
16. Chapron C, Chopin N, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Vacher-Lavenu MC, et al. Deeply infiltrating endometriosis : pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Hum Reprod* 2006 ; 2 : 1839-45.
17. Bricou A, Batt RE, Chapron C. Peritoneal fluid flow influences anatomical distribution of endometriotic lesions : why Sampson seems to be right. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008 ; 138 : 127-34.
18. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis : pathogenetic implications of the anatomic distribution. *Obstet Gynecol* 1986 ; 67 : 335-8.
19. Quibel A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose par les médecins généralistes de Seine-Maritime. Thèse Med : Université de Rouen. 2 avr 2012 ; Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00709837>
20. Daraï E, Rouzier R, Dubernard G. Extraits des mises à jour en gynécologie médicale. *Fertilité et endométriose. CNGOF* 2006 ; 185-200.
21. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol* 1927 ; 14 : 422-69.
22. Darrow SL, Vena JE, Batt RE, Zielesny MA, Michalek AM, Selman S. Menstrual cycle characteristics and the risk of endometriosis. *Epidemiology* 1993 ; 4 : 135-42.
23. Tosti C, Pinzauti S, Santulli P, Chapron C, Petraglia F. Pathogenetic Mechanisms of Deep Infiltrating Endometriosis. *Reprod Sci* 2015 ; 22 : 1053-9.
24. Seli E et al. Pathogenesis of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003 ; 30 : 41-61.

25. Nnoaham KE, Webster P, Kumbang J, Kennedy SH, Zondervan KT. Is early age at menarche a risk factor for endometriosis? A systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Fertil Steril* 2012 ; 98 : 702-12.
26. Vercellini P, De Giorgi O, Aimi G, Panazza S, Uglietti A, Crosignani PG. Menstrual characteristics in women with and without endometriosis. *Obstet Gynecol* 1997 ; 90 : 264-8.
27. Wei M, Cheng Y, Bu H, Zhao Y, Zhao W. Length of Menstrual Cycle and Risk of Endometriosis : a Meta-Analysis of 11 Case-Control Studies. *Medicine* 2016 ; 95 : 2922-27.
28. Candiani GB, Danesino V, Gastaldi A, Parazzini F, Ferraroni M. Reproductive and menstrual factors and risk of peritoneal and ovarian endometriosis. *Fertil Steril* 1991 ; 56 : 230-4.
29. Hemmings R, Rivard M, Olive DL, Poliquin-Fleury J, Gagné D, Hugo P, et al. Evaluation of risk factors associated with endometriosis. *Fertil Steril* 2004 ; 81 : 1513-21.
30. Parazzini F, Cipriani S, Bravi F, Pelucchi C, Chiaffarino F, Ricci E, et al. A metaanalysis on alcohol consumption and risk of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2013 ; 209 : 106-15.
31. Bravi F, Parazzini F, Cipriani S, Chiaffarino F, Ricci E, Chiantera V, et al. Tobacco smoking and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014 ; 4 : e006325.
32. Chiaffarino F, Bravi F, Cipriani S, Parazzini F, Ricci E, Vigano P, et al. Coffee and caffeine intake and risk of endometriosis: a meta-analysis. *Eur J Nutr* 2014 ; 53 : 1573-9.
33. Stefansson H, Geirsson RT, Steinthorsdottir V, Jonsson H, Manolescu A, Kong A, et al. Genetic factors contribute to the risk of developing endometriosis. *Hum Reprod* 2002 ; 17 : 555-9.
34. Treloar SA, O'Connor DT, O'Connor VM, Martin NG. Genetic influences on endometriosis in an Australian twin sample. *Fertil Steril* 1999 ; 71 : 701-10.
35. Saha R, Pettersson HJ, Svedberg P, Olovsson M, Bergqvist A, Marions L, et al. Heritability of endometriosis. *Fertil Steril* 2015 ; 104 : 947-52.
36. Buck Louis GM, Peterson CM, Chen Z, Croughan M, Sundaram R, Stanford J, et al. Bisphenol A and phthalates and endometriosis : natural History, diagnosis and outcomes study. *Fertil Steril* 2013 ; 100 : 162-69.
37. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'endométriose, démarche diagnostique et traitement médical. Décembre 2017 : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018->

38. Panel P, Renouvel F. Management of endometriosis: clinical and biological assessment. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007 ; 36 : 119-28.
39. Terrosi P, Graesslin O. Endométriose : du signe clinique au diagnostic. Med Ther Med Reprod Gynecol Endocrinol 2007 ; 9 : 21-34.
40. CNGOF. Orientation diagnostique devant une douleur pelvienne aiguë. Endométriose. 2016 ; 11 : 116-126.
41. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. Hum Reprod 2005 ; 11 : 595-606.
42. Nasir L, Bope E. Management of pelvic pain from dysmenorrhea or endometriosis. J Am Board Fam Pract 2004 ; 17 : 43-47.
43. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Breart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril 2002 ; 78 : 719-26.
44. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Breart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. Hum Reprod 2003 ; 18 : 760-6.
45. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L, Consortium WE, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. Hum Reprod 2013 ; 28 : 2677-85.
46. De Graaff AA, Van Lankveld J, Smits LJ, Van Beek JJ, Dunselman GA. Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. Hum Reprod 2016 ; 31 : 2577-86.
47. Vercellini P, Somigliana E, Buggio L, Barbara G, Frattaruolo MP, Fedele L. "I can't get no satisfaction": deep dyspareunia and sexual functioning in women with rectovaginal endometriosis. Fertil Steril 2012 ; 98 : 1503-11.
48. The practice committee of the American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and infertility. Fertil Steril 2004 ; 81 : 1441-6.

49. Gayet V, De Ziegler D, Borghèse B, Aubriot FX, Chapron C. Endométriose et infertilité. Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain. Springer Paris 2011 ; 315-23.
50. Ozkan S, Murk W, Arici A. Endometriosis and infertility: epidemiology and evidence- based treatments. Ann N Y Acad Sci 2008 ; 1127 : 92-100.
51. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Crosignani PG. Surgery for endometriosis- associated infertility: a pragmatic approach. Hum Reprod 2009 ; 24 : 254-69.
52. Roman H, Ness J, Suciù N, Bridoux V, Gourcerol G, Leroi AM, et al. Are digestive symptoms in women presenting with pelvic endometriosis specific to lesion localizations ? A preliminary prospective study. Hum Reprod 2012 ; 27 : 3440-9.
53. Collinet P, et al. Management of endometriosis of the urinary tract. Gynecol Obstet Fertil 2006 ; 34 : 347-352.
54. Parant O, Soulie M, Tollon C, Monrozies X. Endométriose urétérale et vésicale : à propos d'une observation. Prog Urol 1999 ; 9 : 522-527.
55. Panel P, Huchon C, Estrade-Huchon S, Le Tohic A, Fritel X, Fauconnier A. Bladder symptoms and urodynamic observations of patients with endometriosis confirmed by laparoscopy. Int Urogynecol J 2016 ; 27 : 445-51.
56. Channabasavaiah AD, Joseph JV. Thoracic endometriosis: revisiting the association between clinical presentation and thoracic pathology based on thoracoscopic findings in 110 patients. Medicine (Baltimore) 2010 ; 89 : 183-8.
57. Possover M, Chiantera V. Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve: a report of three patients. Fertil Steril 2007 ; 87 : 417-19.
58. Selvi Dogan F, Cottenet J, Douvier S, Sagot P. Quality of life after deep pelvic endometriosis surgery: Evaluation of a French version of the EHP-30. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016 ; 45 : 249-56.
59. Renouvel F, Fauconnier A, Pilkington H, Panel P. Linguistic adaptation of the endometriosis health profile 5: EHP 5. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009 ; 38 : 404-10.
60. Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. Acta Obstet Gynecol Scand 2006 ; 85 : 88-92.

61. Koninckx PR, Meuleman C, Oosterlynck D, Cornillie FJ. Diagnosis of deep endometriosis by clinical examination during menstruation and plasma CA-125 concentration. *Fertil Steril* 1996 ; 65 : 280-7.
62. Riazi H, Tehranian N, Ziaei S, Mohammadi E, Hajizadeh E, Montazeri A. Clinical diagnosis of pelvic endometriosis: a scoping review. *BMC women's health* 2015 ; 15 : 39-50.
63. Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Hoshiai H, Terakawa N. Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo- controlled, double-blind, randomized trial. *Fertil Steril* 2008 ; 90 : 1583-8.
64. Taniguchi F, Enatsu A, Ota I, Toda T, Arata K, Harada T. Effects of low dose oral contraceptive pill containing drospirenone/ethinylestradiol in patients with endometrioma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015 ; 191 : 116-20.
65. Mabrouk M, Solfrini S, Frasca C, Del Forno S, Montanari G, Ferrini G, et al. A new oral contraceptive regimen for endometriosis management: preliminary experience with 24/4-daydrospirenone/ethinylestradiol 3 mg/20 mcg. *Gynecol Endocrinol* 2012 ; 28 : 451-4.
66. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril* 2001 ; 75 : 485-8.
67. Walch K, Unfried G, Huber J, Kurz C, van Trotsenburg M, Pernicka E, Wenzl R. Implanon versus medroxyprogesterone acetate: effects on pain scores in patients with symptomatic endometriosis : a pilot study. *Contraception* 2009 ; 79 : 29-34.
68. Roman H, Sanguin S, Puscasiu L. Traitement médical de l'endométriose : pas une simple option, mais une obligation. *Gynecol Obstet Fertil* 2012 ; 40 : 320-25.
69. Vercellini P, Trespidi L, Colombo A, Vendola N, Marchini M, Crosignani PG. A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil Steril* 1993 ; 60 : 75-9.
70. Bergqvist A, Bergh T, Hogstrom L, Mattsson S, Nordenskjold F, Rasmussen C. Effects of triptorelin versus placebo on the symptoms of endometriosis. *Fertil Steril* 1998 ; 69 : 702-8.
71. Geoffron S, Legendre G, Daraï E, Chabbert-Buffet N. Traitement médical de l'endométriose : prise en charge de la douleur et de l'évolution des lésions par traitement hormonal et perspectives thérapeutiques. *Presse Med* 2017 ; 12 : 1199-211.
72. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale au premier janvier 2018. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

73. ORS Pays de La Loire, URLM Pays de La Loire. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de La Loire. Panel d'Observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 2016 ; 15.
74. Branthomme E. Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Vendée. Démographie des médecins généralistes et spécialistes sur la Vendée au 1^{er} janvier 2018.
75. Cretin-Ben Hayoun F. Facteurs déterminants le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. Thèse Med : Université Pierre et Marie Curie (Paris). 3 juin 2014.
76. Ricordeau A. Parcours de soins et métrorragies au premier trimestre de la grossesse : évaluation par les médecins généralistes de Vendée. Thèse Med : Université de Nantes. 29 mai 2018.
77. Kanj O. Evaluation économique de la prise en charge de l'endométriose. Thèse Med : Université de Clermont Auvergne. 2017.
78. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. The gynaecological work by GPs in Brittany. Sante Publique. 2005 ; 17 : 109-19.
79. ISNAR IMG. Réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes. Avril 2017.

VIII) ANNEXES

Annexe 1 : Le score de l'American Society for Reproductive Medicine révisé (r-ASRM) de l'endométriiose

1 - Lésions péritonéales		
Superficielles	Profondes	
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	6
2 - Lésions ovariennes		
Ovaire droit	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
Ovaire gauche	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
3 - Adhérences		
Ovaire droit	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Ovaire gauche	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe droite	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
Trompe gauche	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhérent sur toute la circonférence), compter 16		
4 - Oblitération du Douglas		
Partielle	4	
Totale	40	
Stade de l'endométriiose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriiose minime	1 - 5
Stade II	endométriiose modérée	6 - 15
Stade III	endométriiose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriiose sévère	> 41

Annexe 2 : Classification FOATI modifiée GEE (groupe d'étude pour l'endométriose)

FACTEURS	0	1	2	3
F (foyer - péritoine) diamètre cumulé	Sans lésion	< 1 cm	1 - 5	> 5 cm
O (endométriome ovarien) mensuration par échographie ou autre imagerie	Sans lésion	< 1 cm	1 - 5 cm	> 5 cm ou bilatéral
A (adhérences) avant toute lyse	Sans lésion	Mobilité trompe et ovaire conservée	Conservation partielle mobilité trompe et/ou ovaire	Absence mobilité trompe et/ou ovaire
RVS (recto-vaginal septum ou espace)	Sans lésion	Lésion isolée de l'espace	Lésion de l'espace + lésion urinaire : 2 U ou + lésion rectale : 2 R	Lésion de l'espace + lésion urinaire + lésion rectale
T (trompe-HSG ou autre)	Sans lésion	Occlusion partielle (proximale ou distale)	Occlusion totale d'un côté +/- Occ. partielle de l'autre	Occlusion totale, bilatérale et permanente ou lésions multifocales de la paroi même à perméabilité conservée
I (inflammation)	+ : aspect visuel : prédominance des lésions rouges, exsudatives, hypervascularisation- ---- histologie ? ---- biologie : marqueur ? - : absence de cet aspect inflammatoire			
Histologie : F : + - x F... O... A... T... I... O : + - x RVS... A : + - x T : + - x RVS. : + - x				

Annexe 3 : Endometriosis Health Profile-5 (EHP-5) en version française

Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois, du fait de votre endométriose...					
PARTIE 1					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?					
Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?					
Avez-vous eu des changements d'humeur ?					
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?					
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changé ?					
PARTIE 2					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs ?					
Avez-vous trouvé difficile de s'occuper de votre (vos) enfant(s) ?					
Vous êtes-vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?					
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?					
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					
Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants ou d'autres enfants ?					

Annexe 4 : Questionnaire Web

1) Vous êtes :

- un homme
- une femme

2) Vous avez :

- moins de 30 ans
- entre 30 et 39 ans
- entre 40 et 59 ans
- 60 ans et plus

3) Exercez-vous :

- en cabinet seul ?
- en cabinet de groupe ?

4) Avez-vous un accès facile aux consultations gynécologiques pour vos patientes ? :

- oui
- non

5) Avez-vous suivi une formation gynécologique au cours des 5 dernières années ? :

- oui
- non

6) Combien de femmes voyez-vous pour une consultation gynécologique par semaine ? :

- aucune
- entre 1 et 9
- 10 ou plus

7) Combien de patientes porteuses d'une endométriose suivez-vous sur le plan gynécologique ? :

- aucune
- entre 1 et 4
- 5 ou plus

8) Vous sentez-vous à l'aise face à la prise en charge d'une dysménorrhée ? :

- pas du tout à l'aise
- un peu à l'aise
- très à l'aise

9) Vous sentez-vous à l'aise face à la prise en charge d'une endométriose ? :

- pas du tout à l'aise
- un peu à l'aise
- très à l'aise

10) A combien estimez-vous la prévalence de l'endométriose ? :

- environ 5%
- environ 10%
- environ 20%
- environ 50%

11) Pouvez-vous citer 3 symptômes cardinaux de l'endométriose ? :

-

12) Dans le cadre d'une consultation à thématique gynécologique, recherchez-vous chez une femme réglée une dysménorrhée ? :

- oui
- non
- je ne fais pas de consultation gynécologique.

13) Dans le cadre d'une consultation à thématique gynécologique, recherchez-vous chez une femme réglée des dyspareunies ? :

- oui
- non
- je ne fais pas de consultation gynécologique.

14) Dans le cadre d'une consultation à thématique gynécologique, recherchez-vous chez une femme réglée des troubles de la fertilité ? :

- oui
- non
- je ne fais pas de consultation gynécologique.

15) Dans le cadre d'une consultation à thématique gynécologique, recherchez-vous chez une femme réglée des algies pelviennes chronique ? :

- oui
- non
- je ne fais pas de consultation gynécologique.

16) Pensez-vous à l'endométriose devant une dysménorrhée ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

17) Pensez-vous à l'endométriose devant des dyspareunies profondes ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

18) Pensez-vous à l'endométriose devant des douleurs abdominopelviennes chroniques chez une femme ?

- jamais

- parfois
- souvent
- toujours

19) Pensez-vous à l'endométriose devant une infertilité chez une femme ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

20) Pensez-vous à une endométriose devant des douleurs cataméniales à la défécation chez une femme ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

21) Pensez-vous à l'endométriose devant des troubles cataméniaux du transit chez une femme ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

22) Pensez-vous à une endométriose devant des cystalgies cataméniales à urine claire chez une femme ?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

23) Vous suspectez une endométriose (plusieurs réponses possibles) :

- Vous ne réalisez pas d'examen physique spécifique.
- Vous réalisez un toucher vaginal.
- Vous réalisez un toucher rectal.
- Vous réalisez un examen au spéculum.
- Vous réalisez une palpation abdominale.

24) Devant une suspicion d'endométriose vous réalisez l'examen gynécologique :

- en période per-menstruelle ?
- en période inter-menstruelle ?
- indifférent ?
- Vous ne faites pas d'examen gynécologique.

25) Quelle imagerie recommandez-vous en première intention devant une suspicion d'endométriose ?

-

26) A votre avis, quelle est l'imagerie de référence pour le diagnostic d'une endométriose ?

-

27) Devant des symptômes évocateurs d'endométriose, après examen gynécologique, que faites-vous ? (plusieurs réponses possibles) :

- Vous prescrivez une échographie pelvienne.
- Vous prescrivez une IRM pelvienne.
- Vous prescrivez des antalgiques.
- Vous adressez d'emblée la patiente à un gynécologue.

28) Dans la cadre de symptômes d'endométriose, que prescrivez-vous ? (plusieurs réponses possibles) :

- du paracétamol
- des antispasmodiques
- des AINS
- une contraception oestroprogestative continue
- une contraception oestroprogestative discontinue
- des analogues de la GnRH
- des macroprogestatifs
- des microprogestatifs
- Rien, je l'adresse à un gynécologue.

29) Pensez-vous qu'il faille mettre une patiente en aménorrhée dans la prise en charge de l'endométriose ?

- oui
- non

30) Pensez-vous que l'aménorrhée prolongée (plus de 6 mois) soit dangereuse ?

- oui
- non

31) Dans le cadre d'une suspicion d'endométriose, vous adressez votre patiente à un spécialiste :

- d'emblée ?
- en cas d'échec du traitement ?
- en cas d'anomalie à l'imagerie ?
- après imagerie et/ou traitement quel qu'en soit le résultat ?

32) Vous demandez un avis spécialisé :

- à un gynécologue spécialiste de l'endométriose ?
- à un gynécologue avec lequel vous avez l'habitude de travailler ?
- sans préférence, au choix de la patiente ?
- en centre de référence de l'endométriose ?

Annexe 5 : Email adressé aux médecins généralistes

Docteur,

Interne en médecine générale, je commence ma dernière année de DES. Pour ma thèse, j'ai fait le choix de travailler sur un sujet récurrent chez de nombreuses patientes, à savoir l'endométriose. Le thème exact de mon étude porte sur le diagnostic primaire de l'endométriose par les médecins généralistes en Vendée.

Je vais ainsi avoir besoin de la contribution de l'ensemble des médecins généralistes exerçant en Vendée, et pour se faire je vous transmets le questionnaire ci-joint. Cette enquête est évidemment anonyme et pour faciliter votre contribution les questions sont essentiellement des QCM.

Il s'agit d'un QCM en ligne dont voici le lien :

[http://webquest.fr/?m=39926 le-diagnostic-primaire-de-l-endometriose](http://webquest.fr/?m=39926_le-diagnostic-primaire-de-l-endometriose)

Avec mes très sincères remerciements à tous ceux qui vont prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire de manière très spontanée, et selon vos pratiques, bien évidemment sans effectuer de recherche... Il s'agit tout simplement d'évaluer le plus fidèlement possible les pratiques actuelles en Vendée sur une pathologie au cœur de l'actualité.

Amandine LEBOEUF

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

Vu, le Président du Jury, Professeur R. SENAND

Vu, le Directeur de Thèse, Docteur G. DUCARME

Vu, le Doyen de la Faculté,

RESUME

-Objectif : L'endométriose est une pathologie chronique fréquente avec une prévalence estimée à 10% au sein de la population féminine, responsable d'importants coûts individuels et sociétaux. Son délai diagnostique en moyenne entre 8 et 12 ans, reste cependant l'un des plus importants pour une pathologie courante. L'objectif de l'étude était d'analyser les connaissances et pratiques des médecins généralistes vendéens concernant le dépistage et la prise en charge initiale en soins primaires de l'endométriose.

-Matériels et méthodes : Une étude descriptive observationnelle réalisée par auto-questionnaires a été menée auprès des médecins généralistes libéraux de Vendée de décembre 2017 à août 2018. Le questionnaire était anonyme et se divisait en trois parties, sous forme de QCM et de questions libres. Une analyse descriptive a initialement été réalisée. Les tests statistiques ensuite utilisés comprenaient les tests du Khi 2 et de Fisher. Le seuil de significativité était fixé à 5%. Les réponses libres ont été intégrées dans un second temps.

-Résultats : Ainsi, 69 médecins ont répondu au questionnaire. Les médecins de l'échantillon avaient une activité relativement importante en gynécologie-obstétrique, les plus actifs regroupant les femmes et la tranche des 40-59 ans. Le nombre de consultations gynécologiques effectuées par semaine étaient significativement lié au sexe ($p=0,02$), à l'âge ($p<0,01$) et à la participation à une formation gynécologique dans les cinq dernières années ($p<0,01$). Dans notre étude, près de 90% des médecins se disaient à l'aise face à la prise en charge de dysménorrhées mais seulement 36% disaient évoquer « souvent » ou « toujours » l'endométriose devant ce symptôme. La formation gynécologique dans les cinq ans avait un impact sur la fréquence d'évocation de l'endométriose devant différents symptômes de la maladie ainsi que sur le sentiment de compétence des médecins généralistes face à la prise en charge de cette pathologie ($p=0,03$). La réalisation d'une formation gynécologique dans les cinq ans concernait une majorité de médecins femmes (75,8%) et retrouvait une différence significative concernant l'âge ($p<0,01$) avec notamment 58,8% des 40-59 ans et 54,1% des moins de 40 ans.

-Conclusion : Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le diagnostic précoce de l'endométriose, renforcée par la féminisation de la profession ainsi que par la carence démographique en gynécologues. La formation du médecin généraliste a une importante répercussion sur la prise en charge initiale de la pathologie. Une meilleure formation des médecins généralistes avec un réseau de soins plus développé associés à un renforcement de la sensibilisation des femmes permettraient une meilleure prise en charge initiale et notamment une réduction du délai diagnostique de l'endométriose.

MOTS-CLES

ENDOMETRIOSE - MEDECIN GENERALISTE - DIAGNOSTIC - SOINS PRIMAIRES - FORMATION