08.01.2019

ENDOMETRIOSE
et
VIOLENCES SEXUELLES

Dr Violaine GUERIN
Endocrinologue et Gynécologue médicale

L'ENDOMETRIOSE : les « people » en parlent…

ENDOMÉTRIOSE

L'ENDOMETRIOSE : la presse en parle…

Ça m'intéresse

Douleurs postopératoires

Une nouvelle brochure, simple et didactique, de l'Institut UPSA de la douleur : *Douleurs après une opération, parlons-en…*

À télécharger gratuitement sur le site www.institut-upsa-douleur.org

France Psoriasis

Pour son 30e anniversaire, l'Association pour la lutte contre le psoriasis (AFLCP) devient tout simplement France Psoriasis. Un nouveau nom et une première campagne de sensibilisation (affiches, annonces presse, spots TV) à l'occasion de la 10e Journée mondiale du psoriasis, le 29 octobre. Ce jour-là, les pharmacies *Point Conseil Pso®* seront mobilisées. *En partenariat avec Abbvie.*

Ostéoporose aussi !

Pour la Journée mondiale contre l'ostéoporose, le 20 octobre, le GRIO (Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses) rappelle aux femmes le rôle essentiel de la génétique. Si votre mère s'est cassé le col du fémur, faites une ostéodensitométrie (remboursée), bougez-vous et traitez-vous préventivement. *www.grio.org*

Endométriose

douloureuse et méconnue

Les règles peuvent entraîner petits maux de ventre et lourdeurs. **L'endométriose, quant à elle, provoque de fortes douleurs et des crampes intenses à ce moment du cycle.**

Quand la muqueuse endométriale se retrouve ailleurs qu'à l'intérieur de l'utérus et s'épaissit tous les mois pour faciliter l'éventuelle nidation, il en résulte des douleurs. Normalement, s'il n'y a pas de fécondation, une partie de cette muqueuse est évacuée avec les règles. Mais une partie des cellules endométriales refluent vers le haut par les trompes, sont finalement par être réincorporées par le péritoine, membrane qui enveloppe tous les organes situés dans la cavité abdominale, à l'exception des ovaires.

• Élimination impossible

Dans certaines circonstances, ces cellules endométriales se fixent aux organes environnants (trompes, ovaires) et se multiplient. C'est l'occasion de préciser à dérouler ces fragments d'endométrie qui sont à l'origine de l'endométriose. Ayant adhérence et tissus cicatriciels deviennent douloureux sous l'influence des entrapiques sécrétés par les ovaires.

• Pathologie méconnue

L'endométriose fait au moins de douleur environ 10 % des femmes en âge de procréer au moment des règles et peut les rendre infertiles. Récemment, une enquête IPOP pour le groupe Ipsen a permis de mesurer l'impact des souffrances physiques et psychologiques sur la vie quotidienne et sexuelle de ces femmes. Et, pourtant, l'endométriose est mal connue, et les femmes pensent que ces douleurs sont normales…

• Causes encore floues

Les causes de l'endométriose restent cependant peu claires et diverses hypothèses sont avancées : génétique, auto-immunes, toxiques, environnementales ou iatrogènes.

LUCILE DAUTREMENT

Un laboratoire lance une campagne de sensibilisation « L'endométriose est une maladie parmi les autres »

Quels traitements ?

- **Médicaments.** Antalgiques (anti-douleurs) et anti-inflammatoires ou s'ils ne suffisent pas, traitements hormonaux, sauf si la femme désire être enceinte.
- **Chirurgie.** La technique de la cœlioscopie (dans ouvert) permet de confirmer le diagnostic et de commencer à traiter, par ablation des kystes, adhérences et tissus cicatriciels.
- **Hystérectomie.** C'est l'ablation de l'utérus, pour les cas les plus graves et si la femme ne veut plus avoir d'enfants.

diagnostic tardif

"J'avais peur d'être stérile…"

Pendant plus de vingt ans, Katy a supporté en silence des douleurs intolérables. Jusqu'à ce qu'un test de fertilité lui révèle qu'elle était atteinte d'endométriose.

Une maladie handicapante au quotidien

5 conseils… pour lutter contre l'endométriose

L'association utile

Un groupe sur Facebook

Soigner son foie

Une cure pour soulager les douleurs

Pour aller plus loin…

Poses vos questions

Le Monde

Sciences

L'endométriose, maladie taboue

la santé

nice-matin

Samedi 23 janvier 2016

Unis contre l'endométriose

Soins Cette maladie chronique, très complexe, toucherait une femme sur huit. Longtemps méconnue, elle mobilise (enfin) les professionnels de santé qui organisent sa prise en charge

La maladie a été découverte en 1860, mais elle est restée méconnue pendant de très nombreuses décennies. Cela fait en réalité seulement 10 ans que l'endométriose est réellement sortie de l'ombre, grâce à la mobilisation de femmes touchées par cette affection comme et qui se sont constituées en association, Endo-France[1]. Le Dr Sylvain Tassy, chirurgien gynécologue et obstétricien, en est un membre actif. Au-delà de son activité au sein d'un cabinet de groupe dédié à cette pathologie complexe et réunissant pour cela des spécialistes d'horizon divers (chirurgien viscéral, gastro-entérologue, ostéopathe et gynécologue), il « milite » pour une collaboration de toutes les structures azuréennes autour de l'endométriose. Objectif : offrir à chaque patiente du département la meilleure prise en charge, et la plus adaptée à son cas précis. À l'instar de ce qui se passe déjà pour le cancer[2]. Rencontre.

Que sait-on de l'endométriose ?

On sait qu'elle correspond au développement ectopique (à un endroit anormal) de la muqueuse de l'utérus, l'endomètre, qui se détruit au moment des règles. Ce tissu va coloniser d'autres tissus : l'abdomen en particulier, mais il peut se greffer n'importe où dans le corps. Et il va se comporter de la même manière que dans l'utérus : au moment des règles, il devient inflammatoire, et se met à saigner, déclenchant des douleurs parfois abominables, qui peuvent clouer au lit pendant des jours, empêchant même d'aller travailler.

D'autres symptômes ?

Il y en a plusieurs, mais les deux principaux restent cette douleur au moment des règles, parfois même ininterrompue tout au long du mois et /ou les problèmes de fertilité.

Pourquoi ce silence pendant des années autour de cette maladie ?

Je vais vous faire une réponse um peu brutale : misogynie basique ! Longtemps, les femmes se sont entendues répondre lorsqu'elles se plaignaient : « Madame, c'est normal que vous ayez mal pendant vos règles, soyez déjà contente d'en avoir ! »

Quand débute la maladie ?

De nombreuses hypothèses sont avancées. Cela va de l'origine embryonnaire- au moment du développement du fœtus, des cellules de l'endomètre coloniseraient d'autres tissus - jusqu'à la théorie selon laquelle l'endométriose résulterait d'un reflux des premières règles, via les trompes, vers d'autres tissus… Aucune n'est prouvée.

Le lien entre endométriose et infertilité a-t-il été établi récemment ?

Non, il est connu depuis longtemps. Mais, on l'évoque davantage depuis environ 10 ans, à la suite du développement exceptionnel du diagnostic et de la prise en charge… Je croise parfois des mamies de 80 ans qui me disent : « je n'ai pas eu d'enfants ». Et quand je leur demande pourquoi, elles me répondent : « Je n'ai pas pu. Et à l'époque, on ne savait pas pourquoi… »

Le diagnostic précoce est-il important ?

Oui, dans la mesure où une prise en charge précoce et adaptée devrait permettre d'éviter que l'on se retrouve dans la situation de ces femmes qui ont une endométriose évoluant depuis des années, qui a fait de gros dégâts dans le ventre et compromis parfois la fertilité. La prise en charge d'une petite endométriose est toujours moins délétère pour le corps que la prise en charge d'une endométriose avancée.

Cette prise en charge est-elle toujours chirurgicale ?

Non. L'intervention par cœlioscopie pour « nettoyer » ces tissus à l'intérieur du ventre n'est généralement proposée qu'en cas d'échec du traitement médical, celui-ci combinant la pilule, qui permet de bloquer un peu l'endométriose, et des médicaments contre la douleur. Mais, il est difficile de faire des généralités : chaque patiente est différente. Il n'y a pas une endométriose, mais des centaines d'endométrioses différentes, plus ou moins douloureuses, liées ou pas à une infertilité… D'où l'intérêt de centraliser la prise en charge autour d'une équipe pluridisciplinaire. Chaque dossier doit être discuté, en pensant à ce que chaque compétence peut amener.

Toutes les femmes qui ont mal doivent-elles consulter ? Si oui, n'existe-t-il pas un risque de surdiagnostic ?

Vous mettez le doigt là où ça fait mal. En tant que spécialiste, je me retrouve souvent face à des mamans qui m'amènent leur fille de 13-14ans qui ont simplement des règles douloureuses ? Il est hors de question de les opérer. On les met sous pilule. Et on surveille.

PROPOS RECUEILLIS PAR NANCY CATTAN ncattan@nicematin.fr

1. www.endofrance.org/ Contact: Région Provence Alpes Côte d'Azur: Angélique: paca@endofrance.org
2. Mercredi prochain, le Dr Tassy organisera une première RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) à la polyclinique Saint-Jean à Cagnes-sur-Mer. Plusieurs autres centres de la région (clinique Saint-George, Hôpitaux de Grasse et de Cannes) sont impliqués dans cette collaboration. Au programme: des informations sur la prise en charge quotidienne de cette maladie complexe, présentation de dossiers de patientes. Cette réunion aura lieu en collaboration avec l'association Endofrance et l'AFS des Alpes-Maritimes. Contact : tassy.secretariat@gmail.com

La chirurgie par cœlioscopie n'est généralement envisagée qu'en cas d'échec des traitements médicaux. (Photo Patrice Lapoirie)

« Il n'y a pas une, mais des centaines d'endométrioses »

Dr Sylvain Tassy
Gynécologue

la Marseillaise

BOUCHES-DU-RHÔNE

Société

Vendredi 6 mars 2015

Pascal Mourtialon et François Guillibert, chirurgiens gynécologues à la Polyclinique Rambot à Aix.

Santé. L'endométriose touche 10 à 20% des femmes en âge de procréer.

Une maladie aussi fréquente que méconnue

■ Débutée mardi, la semaine européenne de prévention et d'information sur l'endométriose se déroule jusqu'au 9 mars. L'occasion pour les docteurs François Guillibert et Pascal Mourtialon, chirurgiens gynécologues à la Polyclinique du Parc Rambot à Aix, d'évoquer cette maladie méconnue qui touche pourtant 10 à 20% des femmes en âge de procréer (17 à 45 ans), et de présenter un procédé innovant pour traiter cette pathologie : le « plasmajet ».

Qu'est-ce que l'endométriose ?

François Guillibert : Il s'git d'une pathologie fréquente se caractérisant par la présence de l'endomètre, qui normalement s'évacue pendant les règles et qui sert à porter les embryons. Sous l'effet des hormones, l'endomètre s'épaissit et s'évacue au niveau vaginal et par les trompes. Quand elle stagne dans le ventre, on appelle ça une endométriose. On n'en meurt pas, ça ne dégénère pas en cancer, mais ça peut être invalidant, provoquer des douleurs insupportables pendant les règles ou pendant les rapports. C'est une maladie qui a longtemps été difficile à diagnostiquer. J'ai vu aujourd'hui une femme de 46 ans qui a mal pendant ses règles depuis qu'elle a 20 ans, et à qui on a toujours dit qu'elle avait des règles douloureuses. Les médecins commencent à être bien informés, mais il y a 20 ans, quand son docteur lui a parlé de règles douloureuses, on n'avait pas d'IRM, pas de coelioscopie…

Cette maladie peut-elle être cause d'infertilité ?

FG : Ca n'est pas parce qu'on a de l'endométriose qu'on est stérile définitivement. Il y a des stades différents : un stade superficiel où l'infertilité est faible. Mais aussi des endométrioses sévères où il y a comblement complet de tout le pelvis et où les chances d'avoir des enfants sont quasiment nulles car les trompes sont bouchées. Plus l'endométriose est développée, plus ça donne des infertilités et plus c'est douloureux. Même si c'est un peu plus rare, cela peut aller jusqu'à des douleurs à la défécation et des douleurs urinaires. A ce stade, les femmes vont chez le médecin. Mais pas forcément quand elles ont mal pendant les règles: pour elles, c'est normal. Mais souffrir de ses règles jusqu'à prendre des anti-inflammatoires et ne pas pouvoir sortir de chez soi, ça n'est pas normal. De même, si les rapports sont systématiquement douloureux, il faut s'en inquiéter.

Quel est le parcours de soins de la patiente atteinte d'endométriose ?

D'abord, le médecin pose des questions sur la fréquence et la nature des douleurs. Puis, on fait une échographie vaginale. Si cet examen ne permet pas une réponse suffisante, on propose une IRM pelvienne. Si l'IRM n'est toujours pas concluante, on peut proposer une coelioscopie, qui nous donne une certitude absolue.

En quoi le plasmajet est-il une avancée dans le traitement de cette maladie ?

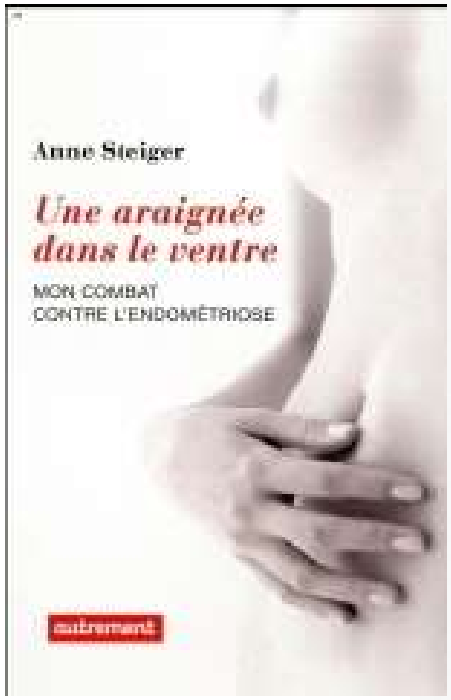
Pascal Mourtialon : les techniques et outils conventionnels qu'on avait jusqu'alors à notre disposition étaient générateurs de chaleur et la diffusion de la chaleur était à l'origine de lésions tissulaires. Quand les patientes sont jeunes, avec un désir de fertilité, il est important de pouvoir enlever le kyste d'endométriose en touchant au minimum l'ovaire et en entraînant un minimum de lésions. Or, la chaleur va entraîner une destruction de la partie ovarienne qu'on souhaite conserver. Le plasmajet nous permet, grâce à la production d'énergie sans chaleur, d'enlever le kyste sans abîmer l'ovaire et en conservant le capital folliculaire, donc la fertilité. Le gaz nous ouvre en outre, des plans de travail et nous facilite l'avancée chirurgicale. Il s'agit d'une technique récente, élaborée il y a environ 5 ans mais qui a mis du temps à se diffuser car avant de s'emparer des nouvelles techniques, il faut des publications, des arguments scientifiques pour justifier leur utilisation et montrer leur innocuité. Aujourd'hui, on sait que le plasmajet améliore la chirurgie et les résultats.

La chirurgie est-elle obligatoire ?

PM : Non, cela dépend du stade de la maladie et du parcours de la patiente. On voit passer dans notre cabinet des femmes qui ont déjà été opérées plusieurs fois alors qu'elles sont très jeunes. On sait que les chirurgies itératives sont délétères alors si on peut essayer de temporiser avec un traitement médical, on va le faire. La chirurgie apporte un confort mais intervient en dernier recours, en cas d'échec d'un traitement médicamenteux.

PROPOS RECUEILLIS PAR SABRINA GUINTINI

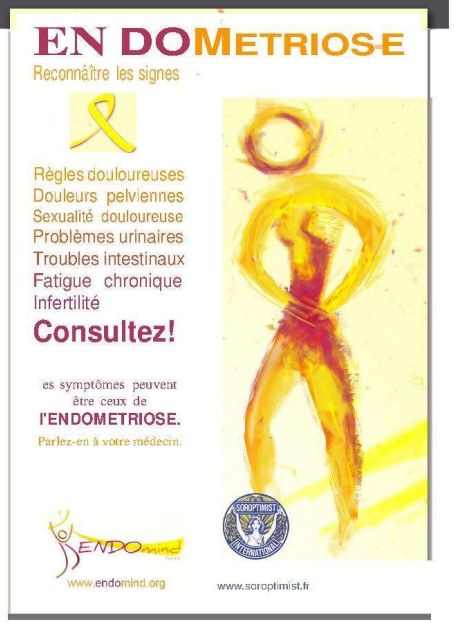
L'ENDOMETRIOSE : les patientes en parle…



Anissa, 21 ans

L'ENDOMETRIOSE : les associations de patients en parle…

Longtemps niée ou ignorée, cette maladie gynécologique qui touche 10 à 20% des femmes en âge de procréer, de la puberté à la ménopause, sort peu à peu du silence grâce au travail de sensibilisation initié par les associations de patientes ayant su utiliser les réseaux pour témoigner de leur vécu et de leur souffrance. Décrite pourtant depuis quatre mille ans, l'endométriose a fini par devenir seulement aujourd'hui un problème de santé publique, reconnu par les autorités, suite à cette mobilisation inédite de femmes, décidées à ne plus se taire souvent après plusieurs années d'errance thérapeutique.



Le Club Soroptimist de Poitiers

Jeudi 1er février 2018
à 19h30

« L'endométriose :
des douleurs de la Femme au diagnostic »,
par le Dr. Diane de MONTLAUR et le Pr. Xavier FRITEL
du CHU de Poitiers.

Au restaurant L'Atelier à Poitiers
C.C. Le Grand Large, 10 rue du Clos Marchand
Conférence suivie d'un cocktail
au profit de l'association Endomind.

Reconnaître les signes : règles douloureuses, douleurs pelviennes, sexualité douloureuse, problèmes urinaires, troubles intestinaux, fatigue chronique, infertilité.

ENDOmind
Association française d'actions pour l'endométriose

Réponse souhaitée avant le 22 janvier 2018
Auprès de Brigitte Le Nours - 7 route de Poitiers 86440 Migné-Auxances
06 89 77 50 28 - blenours@aol.com
Tarif : 15 €

EndoFrance
Association française
de lutte contre l'endométriose
Soutenir • Informer • Agir
www.endofrance.org

L'ENDOMETRIOSE : le monde médical en parle…

Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

Dans le cadre de la semaine européenne de lutte contre l'endométriose

RESENDO Réseau Ville – Hôpital Endométriose

Le Centre de l'endométriose du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph associé à RESENDO (Réseau ville-hôpital endométriose) vous invite à une **journée « portes ouvertes »**

VENDREDI 9 MARS 2018

de 9h00 à 16h30

EXPOSITION PHOTO

« Endomarch 2017 »

Avec le soutien de l'association Endomind

Dans le hall de l'hôpital
de 9h à 12h :
Accueil – stands associatifs - conférences - Exposition photo

En salle de conférence
Bâtiment Notre Dame de Bons Secours
Porte 10 – niveau -1
de 13h30 à 17h00 :
Ateliers de nutrition et de méditation – conférence

JEUDI 1ER MARS 2018
à la clinique du Val d'Ouest - Ecully
à partir de 18H30

MÉDECINE | recherche

Gynéco une piste pour traiter l'endométriose

Cette maladie fréquente chez les jeunes femmes commence à livrer ses mystères. Les gènes de susceptibilité identifiés ont été présentés lors des Journées internationales de biologie. **Une découverte qui ouvre la voie à un diagnostic précoce afin de la traiter sans tarder.**

NOTRE EXPERT
DR DANIEL VAIMAN
Directeur de recherches Inserm, responsable de l'équipe « Génomique, epigénétique et physiopathologie de la reproduction » à l'Institut Cochin (Paris)

Comme son nom l'indique, l'endométriose est une pathologie de l'endomètre, la muqueuse qui tapisse l'utérus. Sous l'influence des hormones sexuelles, ce tissu épaissit au cours du cycle, en vue d'une potentielle grossesse. Mais s'il n'y a pas eu fécondation, il se désagrège et saigne. Ce sont les règles. « Or, on estime que 90 % des femmes ont un reflux des règles, explique le Dr Daniel Vaiman. C'est-à-dire qu'au lieu de s'évacuer par l'extérieur, une partie de la couche superficielle de l'utérus remonte, via les trompes, jusque dans la cavité abdominale où elle est en général éliminée. Mais chez certaines femmes (1 sur 10), des cellules de la muqueuse utérine vont s'implanter et proliférer sur les organes de la cavité abdominale, provoquant des lésions, des adhérences et des kystes. Le premier organe rencontré est souvent l'ovaire. Parfois, les lésions peuvent ensuite toucher le vagin, le rectum, la vessie et même le côlon. Comme ces tissus sont des morceaux d'endomètre, ils réagissent comme lui sous l'influence hormonale. Ce qui déclenche différents symptômes (ses grossesses, douleurs…). »

Lecture à l'écoute d'une analyse génétique pour repérer une mutation anormale qui prédispose à l'endométriose.

Une prédisposition génétique prouvée

Pour tenter de comprendre pourquoi du tissu utérin s'implante en dehors de l'utérus chez certaines femmes, Daniel Vaiman et son équipe ont étudié 127 patientes et 317 femmes témoins. Grâce aux techniques de séquençage du ADN, ils ont découvert qu'il existait une prédisposition génétique à développer ou pas une endométriose, en particulier au niveau de l'ovaire. Forme sur laquelle ils ont surtout travaillé, car elle représente 40 % des cas. « Nous avons identifié des variants génétiques du gène DNMT1L, qui augmentent de six à sept fois le risque de développer la maladie. Mais aussi des variants protecteurs du même gène, qui diminuent le risque d'environ deux fois et demie. » D'où l'idée de proposer une analyse génétique avant la puberté, afin de pouvoir dire à la jeune fille qui a des douleurs au moment des règles si cela peut, ou non, être dû à la présence du gène modifié qui augmente le risque d'être atteinte d'endométriose ovarienne. Idem si, plus tard, elle a mal en urétrant la pilule ou si elle a des difficultés à concevoir. En cas de risque identifié, on pourrait aussi la suivre avec attention, et ne pas attendre le jour où elle aura un désir de grossesse pour vérifier s'il y a des lésions d'endométriose, mais les supprimer avant.

Peut-on pour autant proposer ce dépistage à toutes les jeunes filles ? « Cette analyse ouvre potentiellement la voie à un diagnostic précoce de la maladie et, à terme, à la mise au point d'outils thérapeutiques plus efficaces et plus ciblés, répond le chercheur.

10% des femmes en âge d'avoir des enfants sont atteintes d'endométriose, parfois sans le savoir.

DITES, DOCTEUR…

Comment en reconnaître les signes ?

Des règles douloureuses et parfois abondantes sont les principaux symptômes. Mais avoir mal pendant les règles est rarement un motif de consultation, tant on considère que c'est normal ! Et il y a tant d'autres raisons de souffrir du bas-ventre que le médecin n'évoque pas tout de suite l'endométriose. Résultat : le diagnostic attend souvent plusieurs années, durant lesquelles les lésions ont le temps de causer des dommages aux organes coloniser, dont l'infertilité. La coelioscopie avec biopsie permet d'affirmer le diagnostic. La pilule œstroprogestative en continu pour stopper la douleur et la chirurgie pour supprimer les lésions sont les traitements actuels. Si ce traitement hormonal a tendance à mettre sous silence les symptômes de la maladie, il ne ralentit pas sa progression. Quand le désir d'enfant apparaît, la femme se rend compte que cela va être compliqué. L'idéal serait de dépister l'endométriose avant qu'elle ne se déclare…

TÉMOIGNAGE

ÉLODIE, 28 ans

Une maladie à laquelle on ne pense pas assez…

À 13 ans, dès mes premières règles, j'ai eu très mal au ventre. On me disait que c'était normal, que j'étais douillette. À 17 ans, les douleurs ne sont apaisées avec la prise de la pilule. Tout s'est déposé vers 25 ans.

À chaque fois que j'avais mes règles, je saignais beaucoup. J'avais très mal au ventre et au dos, je vomissais, à tel point que j'étais obligée de cesser de travailler. Le médecin pense alors à une infection gynécologique.

Le bilan sanguin et l'analyse d'urine ne révèlent rien. À l'hôpital où je suis envoyée en urgence, une gynécologue évoque pour la première fois l'endométriose. Une maladie dont je n'avais jamais entendu parler…

CeNGEPS Centre National de Gestion des Essais de Produits de Santé

CIRENDO (Cohorte de l'inter région Nord-Ouest des femmes atteintes d'endométriose) network

1. The network

Coordinator / Manager	Pr. Horace ROMAN Professeur Universitaire, Gynécologue-obstétricien, Clinique Gynécologique et Obstétricale Centre Hospitalier Universitaire "Charles Nicolle" 76031 Rouen Phone: 02 32 88 87 54 E-mail: horace.roman@gmail.com ; Horace.Roman@chu-rouen.fr
One stop-shops (for sponsors that would like to propose a Protocol to a Network)	Pr. Horace ROMAN Professeur Universitaire, Gynécologue-obstétricien, Clinique Gynécologique et Obstétricale Centre Hospitalier Universitaire "Charles Nicolle" 76031 Rouen Phone: 02 32 88 87 54 E-mail: horace.roman@gmail.com ; Horace.Roman@chu-rouen.fr
Clinical Trial investigators	- Pr. Loïc Marpeau – CHU de Rouen, Pr. Pierre Collinet – CHU de Lille, Dr Gagneur - CHU Amiens, Dr Cheret - CHU Caen

CONFÉRENCE

L'ENDOMÉTRIOSE ET LA FERTILITÉ

Vendredi 9 mars à 19h00
CHU de Besançon
Site Jean-Minjoz

Définition, traitement médical, quoi de neuf en 2018 ?
Dr Claire TOUBIN et Dr Laurent COURTOIS
Chirurgiens gynécologues, Pôle mère-Femme, CHU de Besançon

Prise en charge de l'infertilité
Dr Aurélie BERDIN
Gynécologue AMP, Pôle mère-femme, CHU de Besançon

Place de la chirurgie
Dr Laurent COURTOIS
Chirurgien gynécologue, Pôle mère-femme, CHU de Besançon

Accueil des participants dès 18h30 - Début de la conférence à 19h00

ENTRÉE GRATUITE

EndoFrance Association française de lutte contre l'endométriose

CHRU Besançon centre hospitalier régional universitaire

INSCRIPTION OBLIGATOIRE
franchecomte@endofrance.org
www.endofrance.org

L'ENDOMETRIOSE : le monde médical publie des recherches…

Int J Clin Exp Pathol 2015;8(5):5902-5907
www.ijcep.com /ISSN:1936-2625/IJCEP0007395

Case Report

Rectal mucosal endometriosis primarily misinterpreted as adenocarcinoma: a case report and review of literature

Hui Chen, Qiuping Luo, Shaoyan Liu, Hanzhen Xiong, Qingping Jiang

Department of Pathology, The Third Affiliated Hospital, Guangzhou Medical University, Guangzhou 510150, China

Received February 27, 2015; Accepted April 15, 2015; Epub May 1, 2015; Published May 15, 2015

Abstract: Endometriosis involving intestinal mucosa is relatively uncommon. It poses a diagnostic challenge for clinicians and pathologists. We herein report a case of colonoscopic specimen revealing rectal mucosal endometriosis. A 39-year-old woman complained of red rectal bleeding and intermittent abdominal pain. Colonoscopic examination showed a rectal mass with ulceration and circum wall involvement. Biopsy was processed in the suspicious of carcinoma. Morphologically, irregular glands replaced residual colorectal ones, displayed mucin depletion, nuclear stratification and subtile subnuclear vacuoles. The stroma was full of spindle cells with abundant pink cytoplasm and unclear boundary. Due to subjectively interpreting as dysplastic glands in desmoplastic setting, primary rectal adenocarcinoma was firstly raised. Immunohistochemically, CK7, ER and CD10 identified the essence of ectopic endometrium. CK20 and CDX2 highlighted residual glands. In case of misdiagnosis, any pathologists should be aware of intestinal endometriosis for each female's colorectal biopsy, especially for that morphology not typical for primary adenocarcinoma or endometriosis. Reading slides carefully combined with a panel of immunomarkers would solv

Keywords

Introduct

Endomet
in 1860,
metrial g
ine cavity
Most vict
often ass
[2].

Endomet
has bee
However,
for both
knowledg
intestinal
been wel
scopic sp
case of
endomet
primarily

Materials

The endo
neutral b

Biology of Reproduction, 2017, 96(4), 772–779
doi:10.1093/biolre/iox014
Research Article
Advance Access Publication Date: 18 March 2017

OXFORD

Research Article

Lipidomic profiling of endometrial fluid in women with ovarian endometriosis†

Francisco Domínguez[1,2,*], Marcos Ferrando[3], Patricia Díaz-Gimeno[1,2], Fernando Quintana[3], Gemma Fernández[3], Inés Castells[3] and Carlos Simón[2,4]

[1]Fundación Instituto Valenciano de Infertilidad (FIVI), Instituto Universitario IVI (IUIVI), Paterna, Valencia, Spain; [2]INCLIVA Biomedical Research Institute, Valencia, Spain; [3]IVI Bilbao, Bilbao, Spain and [4]Igenomix, Valencia, Spain

[*]**Correspondence:** Fundación Instituto Valenciano de Infertilidad (FIVI)/INCLIVA, C/ Catedrático Agustín Escardino, 9, 46980 Paterna, Valencia, Spain. Tel: +34-96-3903305; E-mail: francisco.dominguez@ivi.es

†**Grant support:** F.D.'s participation in this work was supported by the Spanish Ministry of Economy and Competitiveness, through the Miguel Servet Programme (CP13/00075) co-founded by FEDER and Basque Country ETORGAI grant: ER-2012/00020.

Received 5 January 2017; Revised 13 February 2017; Accepted 15 March 2017

Abstract

The proteomic content of the endometrial fluid (EF) from patients with endometriosis has been investigated, but the lipidomic profile has not been analyzed yet in detail.
This study is a comparative untargeted lipidomic analysis of human EF obtained from 35 patients (12 endometriosis and 23 controls). Global differential lipidomic profile was analyzed in both groups by ultrahigh performance liquid chromatography coupled to mass spectrometry. A total of 123 out of the 457 metabolites identified in the EF were found to be significantly differentially expressed between ovarian endometriosis (OE) versus controls. Univariate statistical analysis showed reduced levels of saturated diacylglycerols and saturated triacylglycerols in endometriosis patients. A predictive model was generated using the 123 differentially expressed metabolites. Using this model, we were able to correctly classify 86% of the samples. This study identified the lipidomic profile in the EF associated with OE, suggesting that EF analysis could be considered as a minimally invasive approach for the diagnosis of endometriosis. In conclusion, the lipidomic profile of the EF is different between samples from patients with OE and controls.

Summary Sentence

The lipidomic profile of endometrial fluid in women with endometriosis is different from controls offering a novel opportunity for the minimally invasive diagnosis of endometriosis.

Key words: endometriosis, lipidomic profile, endometrial fluid.

Introduction

Endometriosis is one of the most common reproductive disorders affecting women and is characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. The nature of this disease is heterogeneous and includes different anatomical entities such as ovarian, peritoneal, and deep infiltrating endometriosis. All of them cause in a different range pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia, painful defecation, and/or infertility [1]. While the estimated prevalence of endometriosis is 6%–10% in the general female population, an estimated 35%–50% of infertile women are affected by the disease [2].

The standard diagnosis is based on surgical inspection of the pelvic organs and histological identification. Surgical removal of ectopic endometrial lesions has been the therapeutic approach for

© The Authors 2017. Published by Oxford University Press on behalf of Society for the Study of Reproduction. All rights reserved.
For permissions, please journals.permissions@oup.com

Human Reproduction Update, Vol.20, No.5 pp. 737–747, 2014
Advanced Access publication on June 11, 2014 doi:10.1093/humupd/dmu025

human reproduction update

Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis

Jennifer Brawn[1,*], Matteo Morotti[2,3], Krina T. Zondervan[2], Christian M. Becker[2], and Katy Vincent[2]

[1]Nuffield Department of Clinical Neurosciences, University of Oxford, Oxford, UK [2]Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Oxford, Women's Centre, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK [3]Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Genoa,

Human Reproduction Update, Vol.19, No.4 pp. 406–418, 2013
Advanced Access publication on March 28, 2013 doi:10.1093/humupd/dmt010

human reproduction update

Endometriosis: hormone regulation and clinical consequences of chemotaxis and apoptosis

Fernando M. Reis[1], Felice Petraglia[2,*], and Robert N. Taylor[3]

[1]Department of Obstetrics and Gynecology, University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil [2]Department of Molecular and Developmental Medicine, Section of Obstetrics and Gynecology, University of Siena, Policlinico Santa Maria alle Scotte, Viale Bracci, 53100 Siena, Italy [3]Department of Obstetrics and Gynecology, Wake Forest School of Medicine, Winston-Salem, NC, USA

Correspondence address. Tel: +39-(0)577-586649; Fax: +39-(0)577-233454; E-mail: felice.petraglia@unisi.it

Submitted on February 3, 2012; resubmitted on December 21, 2012; accepted on January 7, 2013

Downloaded from http://humupd.oxfordjournals.org/ at Bodleian Library on

TABLE OF
- Introductio
  Endome
  Chemot
  Apoptos
- Methods
- Results
  Endocri
  Endocri
- Summary

D: The recruitment o
ology. Here, we review
na.
e searched Pubmed f
ects of hormones on
adiol has proinflammat
is. In these women, p
production and to rein
gens is to inhibit interl
ive in inducing apopto
IS: Estrogens and pr
docrine and paracrine
eling, therapeutic refra
in and infertility. A mo
trategies to diagnose
ndometriosis / endom

ished by Oxford University
mail: journals.permissions@

Hindawi Publishing Corporation
ISRN Obstetrics and Gynecology
Volume 2014, Article ID 713542, 6 pages
http://dx.doi.org/10.1155/2014/713542

Research Article

Can Platelet Indices Be New Biomarkers for Severe Endometriosis?

Sümeyra Nergiz Avcioğlu,[1] Sündüz Özlem Altinkaya,[1] Mert Küçük,[2] Selda Demircan-Sezer,[1] and Hasan Yüksel[1]

[1] *Department of Gynecology and Obstetrics, Adnan Menderes University, School of Medicine, 09100 Aydın, Turkey*
[2] *Department of Gynecology and Obstetrics, Muğla Sıtkı Koçman University, School of Medicine, 48000 Muğla, Turkey*

Correspondence should be addressed to Sümeyra Nergiz Avcioğlu; sumeyranergiz80@gmail.com

Received 25 January 2014; Accepted 27 February 2014; Published 26 March 2014

Academic Editors: S. A. El-Nashar, J.-L. Pouly, and K. Yang

Copyright © 2014 Sümeyra Nergiz Avcioğlu et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Objective. The aim of this study was to investigate whether platelet indices-mean platelet volume (MPV), platelet distribution width (PDW), and plateletcrit (PCT) would be useful as noninvasive biomarkers for determining the severity of endometriosis. *Methods.* A retrospective review of the medical charts of 164 patients diagnosed with endometriosis and who were operated on between 2001 and 2013 was performed. The stage of endometriosis was determined according to revised American Society for Reproductive Medicine criteria. *Results.* In patients with advanced endometriosis (Stages 3-4), PLT, PCT levels were found to be significantly higher and MPV, PDW values to be significantly lower when compared to initial endometriosis (Stages 1-2). In addition, there was a significant positive correlation between PLT (r: 0.800, P: 0.001) and PCT (r: 0.727, P: 0.002) and the inflammatory marker white blood cell count (WBC). *Conclusion.* Our finding may not sufficient for employing platelet indices solely in this differential diagnosis, but our finding could provide a suggestion for clinical physicians so that attention is paid to the value of platelet indices and that these may be taken into account when making decisions about the initial or advanced stages of endometriosis.

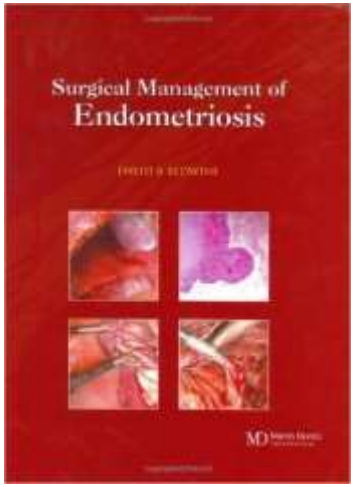
1. Introduction

Endometriosis is one of the most important benign chronic diseases affecting 6–10% of women of reproductive age, being mainly associated with pelvic pain, adhesion formation, and infertility. Endometriosis is characterized by the ectopic presence of endometrial stroma and epithelium [1, 2]. It can be classified into four stages: minimal, mild, moderate, and severe [3]. More advanced endometriosis can be deeply invasive or can present as ovarian endometriotic cysts (endometrioma) [4].

Many theories have been set forth about endometriosis. The implantation theory of Sampson, the coelomic metaplasia theory of Mayer, and the theory of induction constitute the three classic theories that attempt to explain the origin of endometriosis [5, 6]. However, classic theories have failed to establish a definitive pathogenetic mechanism for endometriosis. Recent studies addressing the matter of genetic predisposition have reported that genetic abnormalities may contribute to the development of endometriosis [7].

Besides genetics, growing evidence indicates the significant role played by immunological and inflammatory factors in the development of endometriosis [8]. In particular, chronic pelvic inflammation is a hallmark of endometriosis pathophysiology and thus inflammation is a factor that favors the development of endometriosis [9]. Also, evidence available to date indicates that immune and inflammatory factors, whether they are released by immune or peritoneal, endometrial or endometriotic cells, may play a critical role in ectopic survival, implantation, and growth of endometrial tissue [2, 10–13].

The gold standard for the diagnosis of endometriosis is laparoscopic inspection, ideally combined with histological confirmation [14]. However, instead of these invasive methods, there have been pursuits to standardize noninvasive tests for diagnosing and identifying the severity of endometriosis. Recent studies have revealed an association between platelet indices (plateletcrit (PCT), platelet distribution width (PDW), and mean platelet volume (MPV)) and the white



CrossMark

Choosing the right surgical technique for deep endometriosis: shaving, disc excision, or bowel resection?

Olivier Donnez, M.D., Ph.D.[a] and Horace Roman, M.D., Ph.D.[b]

[a] Institut du sein et de Chirurgie gynécologique d'Avignon, Polyclinique Urbain V (Elsan Group), Avignon, France, and Pôle de recherche en gynécologie, IREC Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium; and [b] Expert Center in Diagnosis and Management of Endometriosis, Department of Gynecology and Obstetrics and Research Group EA 4308 Spermatogenesis and Male Gamete Quality, Rouen University Hospital, Rouen, France

Deep endometriosis (DE) remains the most difficult endometriotic entity to treat. Medical treatment for DE can reduce symptoms but does not cure the disease, and surgical removal of the lesion is required when lesions are symptomatic, impairing bowel, urinary, sexual, and reproductive functions. Although several surgical techniques such as laparoscopic bowel resection, disc excision, and rectal shaving have been described, there is no consensus regarding the choice of technique or the timing of surgery. Our review of publications reporting results and complications of surgery for rectovaginal DE reveals a relatively higher complication rate after bowel resection compared with shaving and disc excision, especially for rectovaginal fistulas, anastomotic leakage, delayed hemorrhage, and long-term bladder catheterization. Data show that shaving is feasible even in advanced disease. The risk of immediate complications after shaving and disc excision is probably lower than after colorectal resection, allowing for better functional outcomes. The presumed higher risk of recurrence related to shaving has not been demonstrated. For these reasons, surgeons should consider rectal shaving as a first-line surgical treatment of rectovaginal DE, regardless of nodule size or association with other digestive localizations. When the result of rectal shaving is unsatisfactory (rare cases), disc excision may be performed either exclusively by laparoscopy or by using transanal staplers. Segmental resection may ultimately be reserved for advanced lesions responsible for major stenosis or for several cases of multiple nodules infiltrating the rectosigmoid junction or sigmoid colon. (Fertil Steril® 2017;108:931–42. ©2017 by American Society for Reproductive Medicine.)

Key Words: Deep endometriosis, surgery, shaving, disc excision, bowel resection

Discuss: You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at https://www.fertstertdialog.com/users/16110-fertility-and-sterility/posts/19987-24762

Endometriosis is one of the most frequently encountered benign gynecological diseases, known to occur in 7%–10% of women of reproductive age (1). It is well established that three different forms of endometriosis can coexist in the pelvis: peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and deep endometriosis (DE) of the rectovaginal septum (2). Most rectovaginal DE lesions originate from the posterior part of the cervix and secondarily infiltrate the anterior wall of the rectum (3, 4).

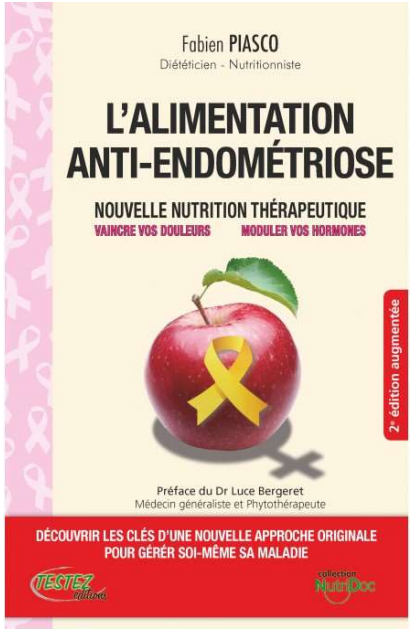
Medical treatment of rectovaginal DE can reduce the symptoms but does not cure the disease and is often associated with side effects such as erratic bleeding, weight gain, decreased libido, and headache (5). Pregnancy does not seem to prevent disease progression (6), and resection of rectovaginal DE seems to improve fertility outcomes (3, 7). Moreover, among pregnant women with endometriosis, rectovaginal DE is associated with prematurity, hospitalization, and low birthweight (8, 9). Surgical removal of rectovaginal DE lesions is required when lesions are symptomatic, impairing bowel, urinary, sexual, and reproductive functions. Although several surgical techniques such as laparoscopic bowel resection, disc excision, or rectal shaving have been described, there is no consensus regarding the choice of technique or when surgery should be proposed.

Although infiltration up to the rectal mucosa and invasion of >50% of the circumference have been suggested as an indication for bowel resection (10, 11), this remains a subject of debate (3, 4, 12). In their review of the literature, Meuleman et al. reported that out of 3,894 patients, 71% underwent bowel resection, 10% had disc excision, and only 17% were treated with so-called superficial surgery (13). Conversely, in a more recent survey enrolling 1,135 patients

Received July 31, 2017; revised September 3, 2017; accepted September 5, 2017.
O.D. has nothing to disclose. H.R. received personal fees for involvement in a masterclass from Plasmasurgical.
Reprint requests: Olivier Donnez, M.D., Ph.D., Institut du Sein et de Chirurgie Gynécologique, d'Avignon, Polyclinique Urbain V (Groupe Elsan), Chemin du Pont des Deux Eaux 95, Avignon F-84000, France (E-mail: pr.olivier.donnez@gmail.com).

Fertility and Sterility® Vol. 108, No. 6, December 2017 0015-0282/536.00
Copyright ©2017 American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc.
https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.09.006

L'ENDOMETRIOSE : du commerce en est fait…



L'ENDOMETRIOSE : certains questionnent

Progestatifs, agonistes de la GnRH, inhibiteurs de l'aromatase, modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes, modulateurs sélectifs du récepteur de la progestérone, anti-TNF-α, inhibiteurs des métalloprotéases matricielles, inhibiteurs de l'angiogenèse, immunomodulateurs, inhibiteurs COX-2, …

L'ENDOMETRIOSE : les « autorités » font des recommandations

International Federation of Gynecology and Obstetrics

Endometriosis: Medical and Surgical Management of Pain and Infertility (2016)

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose (décembre 2017)

Ces recommandations ont été élaborées par la HAS et le CNGOF.
L'endométriose reste une maladie parfois mal repérée, dont la prise en charge est souvent insuffisamment coordonnée pouvant conduire à un retard diagnostic.
L'objectif de ces recommandations est de pouvoir proposer à chaque patiente un parcours de soins homogène, coordonné et optimal, avec comme facteur clé l'information des patientes. Les recommandations abordent chaque étape de la prise en charge du diagnostic aux traitements et les situations d'infertilité liées à l'endométriose. Le cas particulier de l'adénomyose a été exclu de ces recommandations.
Ces nouvelles recommandations mettent l'accent sur la nécessité d'une approche diagnostique pluriprofessionnelle adaptée, des modalités de traitement individualisées, une prise en charge spécialisée par des équipes pluridisciplinaires, avec le souci permanent d'apporter à chaque étape une information complète aux patientes.

L'ENDOMETRIOSE : un problème mondial de santé publique

« La prévalence de l'endométriose chez les patientes présentant des algies pelviennes chroniques varie de 2 à 74 % selon les études… »

Rapport HAS

L'ENDOMÉTRIOSE EN CHIFFRES

Entre 2 et 4 millions de femmes concernées en France* – au total 180 millions de femmes

> Le délai de diagnostic moyen est de 7 ans en France.

> Les femmes atteintes ont une qualité de vie inférieure de 20 % par rapport à une personne avec le meilleur état de santé possible**

> En France l'endométriose coûterait 9,5 milliards d'euros /an** (coûts directs médicaux + coûts indirects de perte de productivité)

> L'endométriose représente environ 21 000 hospitalisations par an en France

base données INSEE 2013 / **données issues de l'étude ENDOCOST de 2009 sur 10 pays conduite par la fondation mondiale de recherche sur l'endométriose / * statistiques MCO de l'ATIH 2010*

LES SYMPTÔMES DE L'ENDOMÉTRIOSE

> Règles douloureuses (dysménorrhée), douleurs pelviennes (pour 80 % des femmes atteintes)

> Règles hémorragiques, saignements anarchiques

> Douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunie)

> Troubles digestifs

> Fatigue chronique

> Infertilité (pour 30 à 40 % des femmes atteintes)

C’est quoi l’endométriose ?

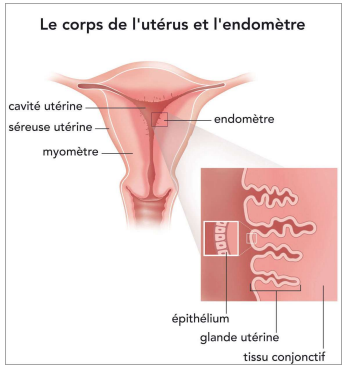
DEFINITION

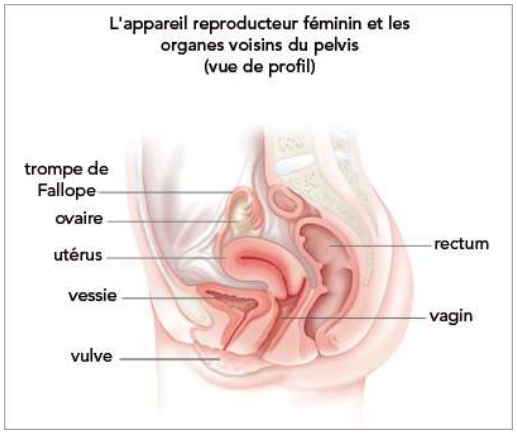
L'endométriose est une maladie caractérisée par la présence de muqueuse endométriale (qui normalement tapisse l'utérus) à un autre endroit que la cavité utérine.

On distingue :

- l'**adénomyose**, présence de tissu endométrial dans le myomètre (composante musculaire de l'utérus)
- l'**endométriose superficielle** (péritonéale)
- l'**endométriome ovarien**
- l'**endométriose pelvienne profonde** (sous-péritonéale)
  elle peut toucher les ligaments utéro-sacrés, le cul-de-sac vaginal postérieur, la vessie, les uretères et tube digestif (rectum, jonction recto-sigmoïdienne, appendice)
- l'endométriose abdominale, diaphragmatique
- l'endométriose thoracique (pneumothorax, hémoptysie, hémothorax)
- l'endométriose parenchymateuse et pariétale (cicatrice de césarienne)

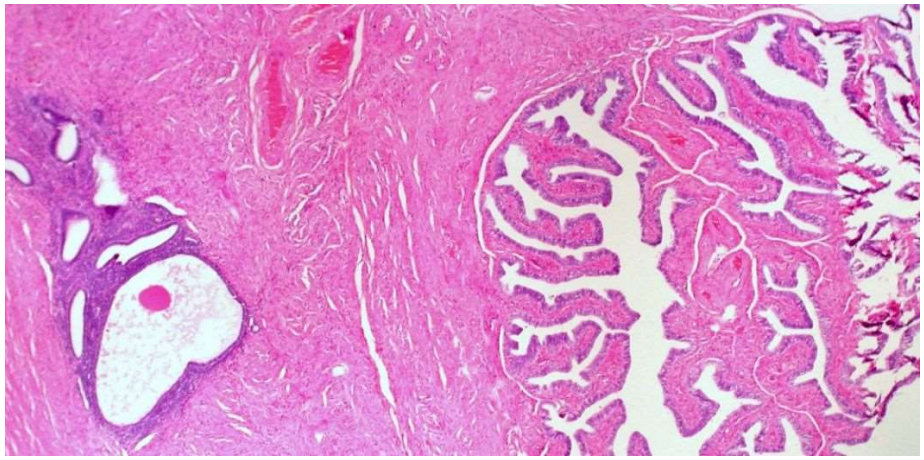
Les lésions peuvent être multifocales

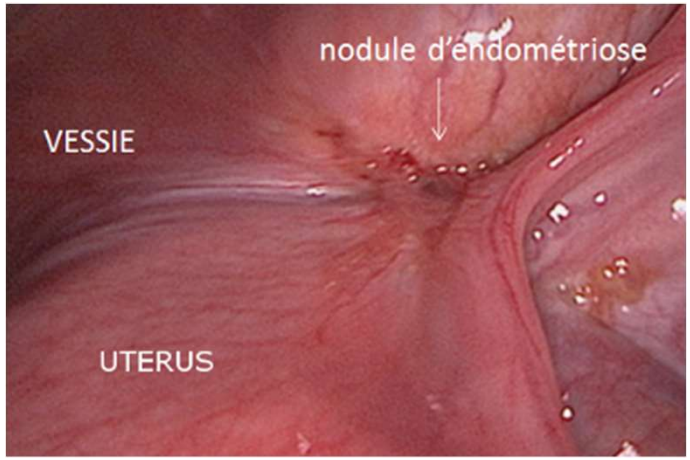




Images Institut National du Cancer

UN DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE

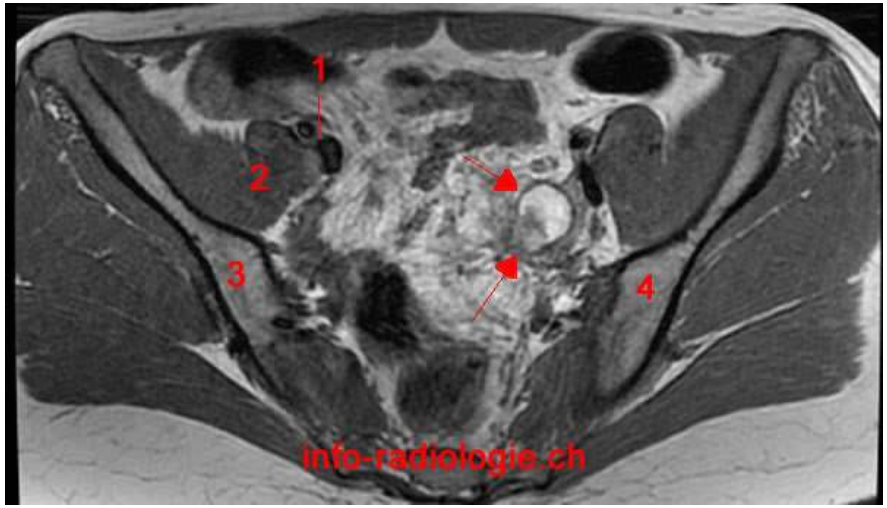




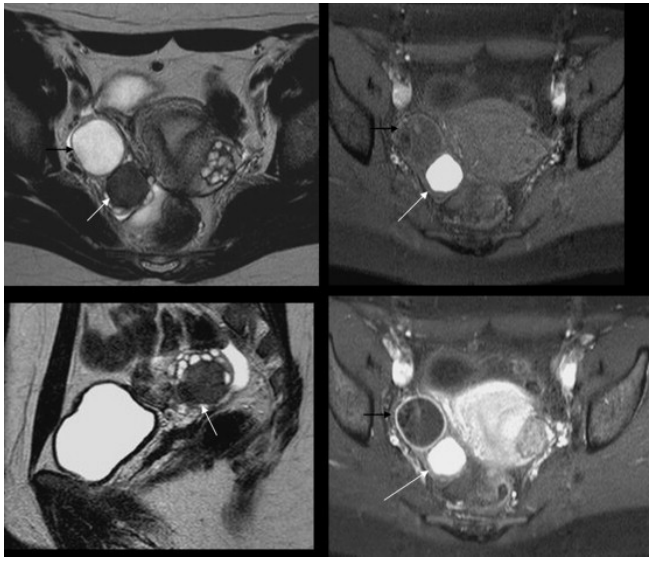
Endométriose dans une trompe de Fallope

Opérateur dépendant +++

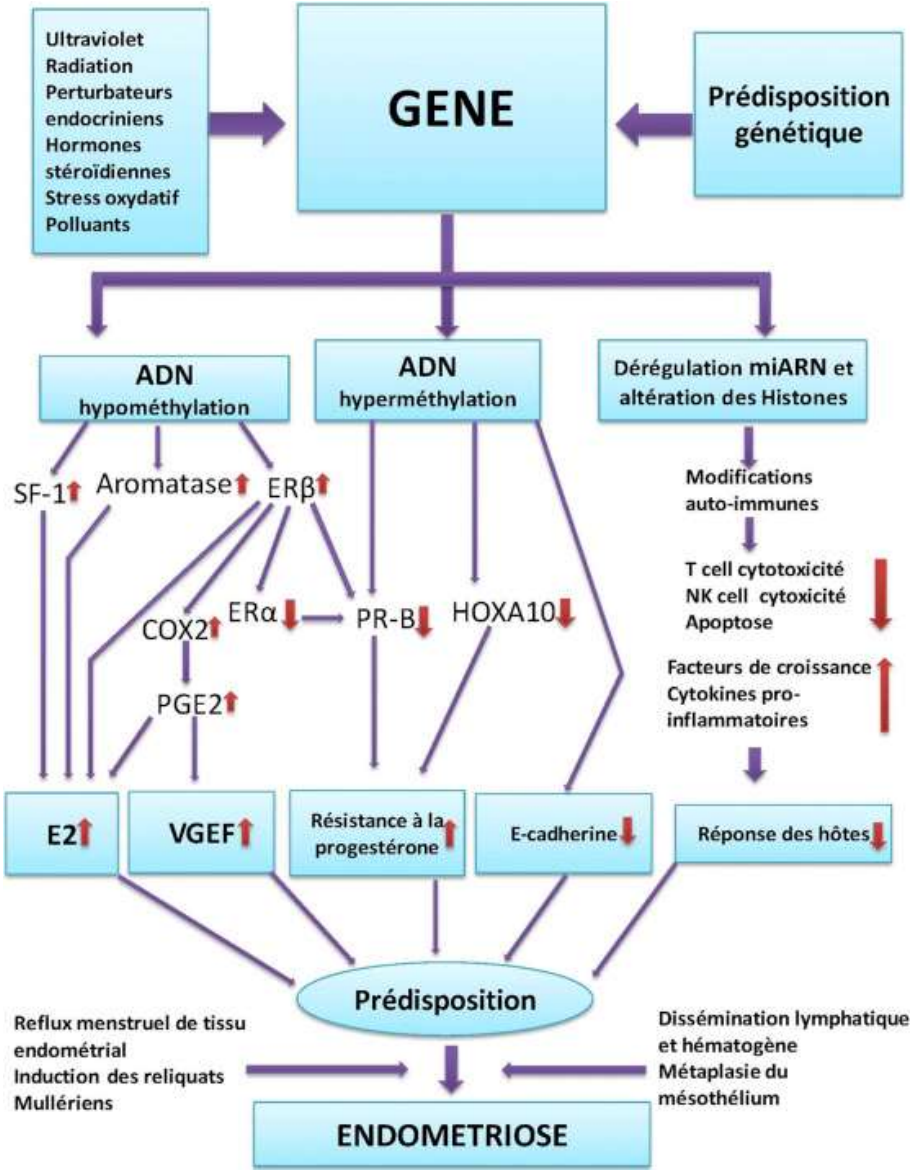
UN DIAGNOSTIC ECHOGRAPHIQUE ET/OU IRM



Endométriose urétérale



PHYSIOPATHOLOGIE : quelles explications ?



Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique
Emile Daraï et al.
La Presse médicale Volume 46, Issue 12, Part 1, December 2017, Pages 1156-1165

« Le rôle du reflux menstruel dans la physiopathologie de l'endométriose est majeur. C'est la seule théorie permettant à ce jour d'expliquer la répartition asymétrique des lésions, qui prédominent dans le compartiment postérieur du pelvis et à sa partie gauche (NP3). Tous les facteurs favorisant le reflux menstruel augmentent le risque d'endométriose (ménarche précoce, cycles courts, hyperménorrhée, ménorragie, etc.) (NP2). Sur le plan moléculaire, l'inflammation et la biosynthèse des hormones stéroïdiennes sont les deux mécanismes principaux favorisant l'implantation et la croissance des lésions. »

Rapport HAS

« L'endométriose c'est multifactoriel »

TABLEAU CLINIQUE

- Endométrioses « silencieuses »

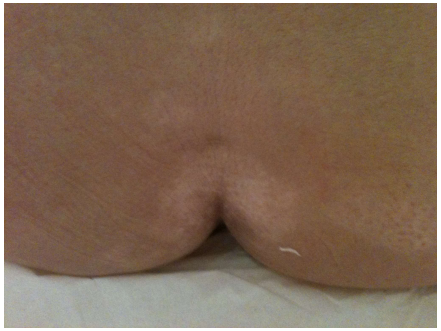
  MAIS de nombreuses femmes considèrent qu'il est normal d'avoir des règles douloureuses et n'en parlent pas

- Des syndromes algiques (cycliques +++ ou chroniques)
  - Douleurs pelviennes
  - Dysménorrhée (douleurs au moment des règles)
  - Dyspareunie (douleurs au moment des rapports sexuels)
  - Douleurs ovulatoires
  - Dyschésie, dysurie (lésions rectales et urinaires)
- Des problématiques de stérilité
- Des signes fonctionnels en rapport avec des lésions plus rares

Taches bleutées sur le col de l'utérus
Fréquente élévation du CA125
Qualité de vie altérée
Augmentation du nombre de consultations, hospitalisations, …

Endométriose et violences sexuelles

Un tabou ?



DES RECOUPEMENTS NON FAITS

LES DOULEURS PELVIENNES

Étude américaine effectuée chez 103 femmes

(Chandler et coll. Pain Med 2006)

Fréquence des douleurs pelviennes	
Pas de violence sexuelle	22 %
Violences sexuelles sans viol	26 %
Violences sexuelles avec viol	70 %

LES FIBROMES DE L'UTÉRUS

Cohorte de 5 900 femmes afro-américaines âgées de 21 à 69 ans suivies tous les 2 ans depuis 1995 (Black Women's Health Study)

1 506 cas de fibrome

(Wise et coll. Am J Obstet Gynecol 2013)

Augmentation du risque de survenue d'un fibrome		
Survenue de la violence :	Enfance	Âge adulte
Violence sexuelle	34 %	3 %

DES ÉTUDES AUX LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

en matière de violence sexuelle

- L'étude contrôlée, prospective, multicentrique, randomisée, en double aveugle, n'est ni éthique, ni réalisable…
- Il n'y a pas toujours de distinction entre les différents types de violences (physique, psychologique, sexuelle, enfant négligé).
- Les définitions et modes de recueil des informations concernant la violence sexuelle sont hétérogènes.
- Beaucoup d'études sont transversales et rétrospectives (biais liés à la mémoire des répondants) ;
- Les échantillons cliniques sont souvent petits ou non représentatifs de la population générale (étudiantes, femmes noires, infirmières, …), ce qui limite la généralisation des résultats.
- Absence d'analyses statistiques multivariées prenant en compte tous les facteurs qui entrent en jeu dans l'apparition d'une maladie (notamment les facteurs socio-économiques et socio-démographiques).
- Le nombre d'études prospectives est en augmentation.
- Le suivi de l'évolution des pathologies avec un traitement étiologique de la cause (soin des violences sexuelles) doit être à l'avenir un élément clé de l'évaluation.

CAS CLINIQUE 1 - IL « SUFFIT » DE POSER LES BONNES QUESTIONS

2016

42 ans, enseignante spécialisée pour enfants ayant des troubles des apprentissages

Antécédents médicaux
Retard de croissance dans l'enfance
Dysorthographie en CP
Syndrome d'Ehler-Danlos
Thyroïdite de Hashimoto
Calcul du méât urétéral

Antécédents gynécologiques
Règles douloureuses, mycoses récidivantes - A été sous Androcur® + Provames®
Pas de grossesse
2013 Diagnostic d'endométriose

Autres Antécédents « pertinents » dans un contexte de violence sexuelle
Cauchemar récurrent de l'enfance : « je tombais dans un trou noir qui m'aspirait »
Idées suicidaires fréquentes
Mère « un peu psychotique » et intrusive
Tante maternelle alcoolique et dépressive
Grand-père maternel alcoolique
Mort par suicide du frère de la grand-mère maternelle

Viols par le grand-père maternel - INCESTE
Était gardée par les grands-parents maternels les dimanches et vacances d'été
Amnésie jusqu'à l'âge de 25 ans
En parle à sa mère vers 30 ans :
« je m'en doutais »

Utrogestan® (progestérone)
Soin/VS

CAS CLINIQUE 2 - IL « SUFFIT » DE POSER LES BONNES QUESTIONS

2018

25 ans, master 2 de philosophie juridique

Antécédents médicaux
Troubles du comportement alimentaire anorexie/boulimie
Algies généralisées, douleurs sacrum

Antécédents gynécologiques
Règles douloureuses, condylomes, mycoses
Syndrome prémenstruel
2018 Diagnostic d'endométriose

Autres Antécédents « pertinents » dans un contexte de violence sexuelle
Dépression, idées suicidaires
Addiction drogues
Inceste lignée maternelle à la fin du 18e siècle, nombreux mariages consanguins

A l'âge de 3 ans, la mère emmène faire des prélèvements gynécologiques (« j'ai sur-réagi »)
A 7 ans viol par un ami de la famille
A 7 ans « jeu du docteur » avec un cousin paternel âgé de 8 ans ½ - INCESTE
Plusieurs re-victimation à l'âge adulte

Cérazette® (désogestrel)
Soin/VS

CAS CLINIQUE 3 - IL « SUFFIT » DE POSER LES BONNES QUESTIONS

2017

42 ans, commerçante

Antécédents médicaux
Acouphènes à l'âge de 15 ans
Chirurgie du genou D à 33 ans

Antécédents gynécologiques
Règles douloureuses
2 grossesses, la 1ère avec diabète gestationnel + ayant nécessité une révision utérine
2012 Cure de polype utérin et diagnostic d'adénomyose

Autres Antécédents « pertinents » dans un contexte de violence sexuelle
Idées suicidaires à partir de l'adolescence
Mère agressée sexuellement par un voisin à l'âge de 10 ans (alcoolique, cancer de la mandibule, pathologie ovarienne)
Père décédé d'un suicide par pendaison, doute sur le fait qu'il ait été victime
Père « assez libre », « tous à poil dans la piscine », « père parti après le divorce avec une professionnelle du sexe »

De l'âge de 5 ans à 7 ans viols par un ami de la famille
Viol vers 7-8 ans par un voisin de 16 ans
« Jeux » entre cousins-cousines
Massage du pelvis par un « médecin ésotérique »
Viol par un petit ami

→ Utrogestan® (progestérone)
Soin/VS

CAS CLINIQUE 4 - IL « SUFFIT » DE POSER LES BONNES QUESTIONS

2018

42 ans, assistante de direction bilingue

Antécédents médicaux
Dépression traitée par médicaments

Antécédents gynécologiques
Cycles irréguliers, règles douloureuses et hémorragiques
Pas d'enfant
2015 Endométriose – lésion utéro-sacrée Douleurs lèvres et marge anale

Autres Antécédents « pertinents » dans un contexte de violence sexuelle
Idées suicidaires dès l'âge de 6 ans, 1 tentative de suicide
Mère : « elle est partie j'avais 10 ans »
Père schizophrène, décédé à 42 ans d'un cancer du poumon, elle avait 16 ans
Violences paternelles physiques et morales dont privation de nourriture et actes de torture par le père
Un frère, parti dans une secte

Sensation de viol dans l'enfance « ma mère m'a dit qu'à 4 ans à la plage j'étais revenue en disant j'ai mal à la zézette »
Attouchements maternels
Un homme psychiatre qui la suit comme patiente lui fait des propositions sexuelles

→ Utrogestan® (progestérone)
Soin/VS

CAS CLINIQUE 5 - IL « SUFFIT » DE POSER LES BONNES QUESTIONS

2018

40 ans, employée de banque

Antécédents médicaux
Nausées et fausses routes fréquentes
Bruxisme traité par gouttière
Fibromyalgie
Hypothyroïdie sur goitre multinodulaire
Dépressions traitées par médicaments

Antécédents gynécologiques
Règles douloureuses (ratait l'école) – contraception dès l'âge de 11 ans
Mycoses récidivantes
3 grossesses dont 1 IVG et 1 gémellaire (tous enfants nés par FIV)
1996, 1998, 1999 Traitement chirurgical d'une endométriose

Autres Antécédents « pertinents » dans un contexte de violence sexuelle
Idées suicidaires depuis 2018, 1 tentative de suicide médicamenteuse
Addictions : tabac, alcool, cannabis
Frère avec ectopie testiculaire, a eu une fille avec sperme de donneur

Viols par oncle maternel de l'âge de 8 à 10 ans (fellations, pénétrations digitales)
Viols conjugaux

Utrogestan® (progestérone)
Soin/VS

CAS CLINIQUE 6 - IL « SUFFIT » DE POSER LES BONNES QUESTIONS

2017

49 ans, professeur d'économie

Antécédents médicaux
Bouton de fièvre à répétition
Appareil dentaire dès l'âge de 3 ans
Toxoplasmose oculaire à l'âge de 10 ans
Acné péribuccale
Hypothyroïdie non auto-immune

Antécédents gynécologiques
Règles douloureuses, syndrome prémenstruel
Candidoses et herpès récidivants
Fibromes
4 grossesses dont 1 fausse couche spontanée – 1ère grossesse par FIV
3 enfants nés par césarienne (souffrance fœtale, HTA, diabète gestationnel, herpès génital)
1998 Diagnostic d'endométriose

Autres Antécédents « pertinents » dans un contexte de violence sexuelle
Idées suicidaires en 2000 et 2014

De l'âge de 6 à 8 ans, attouchements par le père (« je n'ai pas saigné lors de mon premier rapport) + fellations

→ Utrogestan® (progestérone)
Soin/VS

CAS CLINIQUE 7 - IL « SUFFIT » DE POSER LES BONNES QUESTIONS

2010

43 ans, comptable

Antécédents médicaux
Dépression traitée par médicaments
Herpès oculaire
Thyroïdite de Hashimoto avec atteinte nodulaire

Antécédents gynécologiques
Syndrome prémenstruel
Mycoses à répétition
Fibromes
2 grossesses dont 1 enfant de plus de 4 kg
2014 Diagnostic d'adénomyose

Autres Antécédents « pertinents » dans un contexte de violence sexuelle
Deux enfants violés par le mari de leur nounou
Tous grands-parents décédés jeunes et peu de contacts intra-familiaux
Une tante maternelle décédée d'un cancer des ovaires, l'autre d'un cancer du sein
Une sœur souffre de sclérose en plaques

Touche pipi avec un garçon du même âge en primaire

Lutéran® (acétate de chlormadinone)
Soin/VS

VIOLENCE SEXUELLE DANS L'ENFANCE ET RISQUE D'ENDOMETRIOSE

Early life abuse and risk of endometriosis. Harris HR et al.
Hum Reprod 2018, Sep 1, 33(9): 1657-1668

OBJET DE L'ETUDE : Y A T-IL UN LIEN ENTRE VIOLENCE PHYSIQUE ET SEXUELLE DANS L'ENFANCE OU L'ADOLESCENCE, ET UNE ENDOMETRIOSE CONFIRMEE PAR LAPAROSCOPIE ?

PREAMBULE

De nombreuses études ont montré qu'il existait une association entre antécédents de violence physique et sexuelle et douleurs pelviennes chroniques. A ce stade, une seule étude avec diagnostic laparoscopique avait recherché un tel lien et ne l'avait pas trouvé.

METHODOLOGIE

Etude de cohorte prospective chez 60 595 femmes préménopausées suivies entre 1989 et 2013 (Nurses' Heath Study) ayant rempli en 2001 un questionnaire sur leurs antécédents de violence.

En 2001, sur les 68 376 participantes ayant répondu (75%) : 33 **% avaient déclaré avoir été victimes de violences sexuelles avant 18 ans (et 54 % de violences physiques).**

3 394 cas d'endométriose ont fait l'objet d'un diagnostic laparoscopique.

PRINCIPAUX RESULTATS

Le risque d'endométriose a été retrouvé augmenté chez les femmes ayant vécu

- des agressions physiques graves (RR = 1.20; 95% CI = 1.06, 1.37)
- des agressions sexuelles (RR = 1.49; 95% CI = 1.24, 1.79)
- 79% d'augmentation du risque chez les femmes rapportant des agressions multiples et chroniques (95% CI = 1.44, 2.22).
- L'association antécédents de violences et endométriose étant encore supérieur chez les femmes présentant une infertilité.

BIAIS ETUDIES

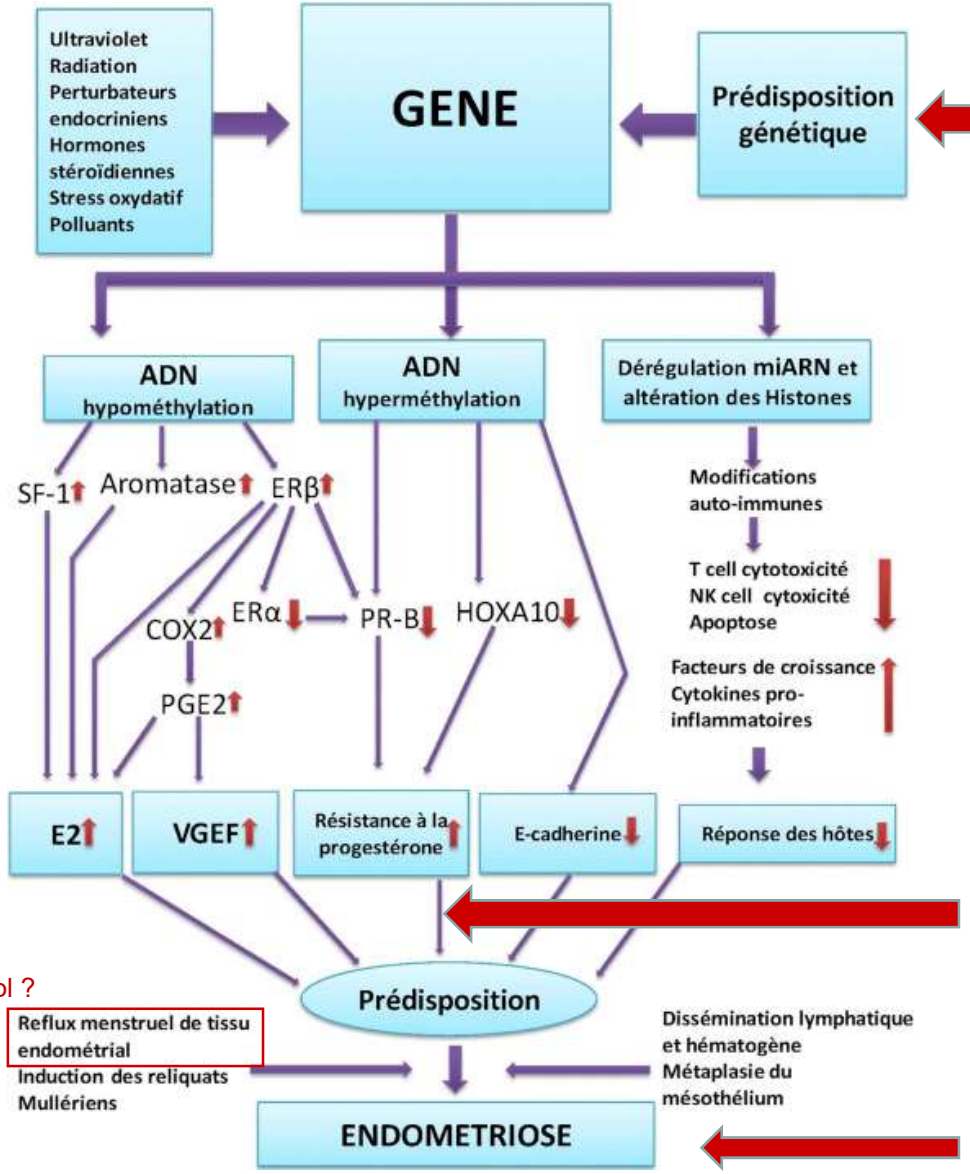
Données enregistrées avant 2001 (mais résultats identiques cohorte avant/après questionnaire de 2001 sur les antécédents de violence)
Impact du questionnaire de 2001 et de la conscientisation de liens potentiels

REPONSE DE L'ETUDE

Des antécédents de violence physique et sexuelle dans l'enfance sont associés à un plus grand risque de survenue d'endométriose.

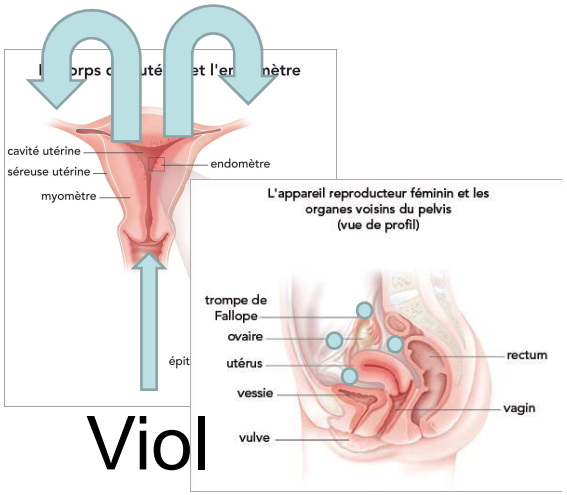
PHYSIOPATHOLOGIE : un autre regard ?

Daraï et al.
La Presse médicale
2017, 46 (12), Part 1
1156-1165



Des questions à se poser ?

Inceste
et modifications épigénétiques ?



Viol

Insuffisance lutéale
et Violence Sexuelle
Fibromes et Violence sexuelle

Symbolique de l'effraction de viol ?

Antécédents
de Violence Sexuelle

Prendre en charge de façon adaptée les femmes souffrant d'endométriose qui s'avèrent victimes de violences sexuelles

IMPORTANCE de L'OUVERTURE DE LA PAROLE et DU DEPISTAGE POUR FAIRE LES LIENS

par le médecin référent,
les gynécologues et les sages-femmes

Avez-vous vécu dans votre vie des violences

- physiques ?
- morales ?
- sexuelles ?

et les infirmières scolaires…

ATTENTION A NE PAS AJOUTER DE VIOLENCE

- Toute la problématique de dépister ces femmes à risque dont beaucoup n'arrivent pas jusqu'à la consultation de gynécologie
- Etre le moins invasif possible +++
- Antalgiser
- Attendre le bon moment pour chaque geste

Attention
aux touchers pelviens TV, TR…
aux échographies par voie endo-vaginale non expliquées aux patientes
aux endoscopies : hystéro-, cysto-, colo-, coelio- …
aux fréquents états de claustrophobie lors des IRM
aux poses de stérilet (choc vagal, dissociation)

SOIGNER DE FACON PERTINENTE

- Traiter de façon étiologique

  Le soin des antécédents de violences sexuelles est central avec, entre autres, des thérapies psycho-corporelles.
- Antalgiser : AINS, antalgiques, techniques de relaxation, acupuncture, …
- Bloquer le cycle quand nécessaire
- Eviter la chirurgie au maximum et les traitements aux effets indésirables lourds

REVISER LES RECOMMANDATIONS HAS AUX MEDECINS GENERALISTES

« Pas de dépistage de l'endométriose dans la population générale. »

« Pas de dépistage dans des populations à risque augmenté, que ce soit sur des facteurs génétiques (endométriose chez une apparentée) ou sur des facteurs de risque menstruels (volume menstruel augmenté, cycles courts, premières règles précoces). »

« Pas nécessaire de rechercher une endométriose en cas de dysménorrhée isolée et contrôlée par une contraception hormonale, sans autre symptôme douloureux ni souhait de grossesse immédiat. »

« Les traitements hormonaux en première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont :
● la contraception par œstroprogestatifs ;
● le SIU au LNG à 52 mg.
Les traitements hormonaux de deuxième intention sont :
● la contraception microprogestative orale au désogestrel ;
● l'implant à l'étonogestrel ;
● les GnRHa en association à une add-back thérapie ;
● le diénogest. »

400 pages

Aucun questionnement préconisé
sur des antécédents de violence sexuelle

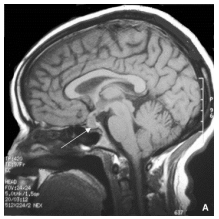
Des recommandations thérapeutiques qui questionnent
le traitement de première intention devrait être de la progestérone
ou des progestatifs correctement dosés
ET
le soin des antécédents de violence sexuelle

CONCLUSION

Le corps parle par là où il a souffert +++.

Le corps parle de plus en plus fort quand on ne l'écoute pas.

Penser systématiquement à l'endométriose devant des syndromes algiques pelviens chroniques et en faire le dépistage.



Devant tout diagnostic d'endométriose rechercher des antécédents de violence sexuelle et, en leur absence, se poser aussi la question d'une amnésie traumatique.

En cas d'antécédent de violence sexuelle, le traitement de l'endométriose doit recourir à la progestérone ou aux progestatifs de première intention et en continu + la mise en place d'un parcours de soins des violences sexuelles.

Une endométriose secondaire à des antécédents de violence sexuelle peut guérir définitivement.

Il ne devrait pas être autorisé de recourir à la Procréation Médicalement Assistée sans avoir posé la question d'antécédents de violence sexuelle aux femmes comme aux hommes.

Et si on levait un tabou ?

Merci de votre attention