

Gynécologie

Diagnostic précoce des endométrioses

RÉSUMÉ : Connue depuis longtemps, l'endométriose présente la particularité d'atteindre plus de 10 % de la population féminine en activité hormonale, d'être indépendante des races et des continents, et de continuer à être redoutée pour ses manifestations douloureuses et ses menaces pour la fertilité des femmes.

Des campagnes de sensibilisation récentes, relayées par des associations de malades, soutenues par les professionnels et renforcées par les progrès de la recherche médicale spécialisée, soulignent l'intérêt et l'importance d'en faire le diagnostic au plus tôt. La connaissance de quelques notions simples et fondamentales peut en faciliter l'application dès le premier examen médical d'une adolescente ou d'une jeune femme.



B.-F. DERREUMAUX
Cabinet de gynécologie, PARIS.

Le diagnostic précoce des endométrioses chez une jeune fille ou une jeune femme n'est pas aisé, mais il est fondamental pour anticiper une évolution vers des lésions profondes et importantes. En effet, les premiers symptômes des endométrioses graves ont débuté pendant l'adolescence, avant l'âge de 19 ans, chez un grand nombre de femmes adultes.

Clinique

Le tableau clinique est moins typique que celui de l'adulte et parfois franchement atypique, ce qui peut expliquer les retards de diagnostic.

Les signes les plus fréquents sont les dysménorrhées (primaires ou secondaires) et des douleurs abdomino-pelviennes chroniques, cycliques ou non ; douleurs aux caractéristiques variables et multiples, intermittentes ou continues, supportables ou aiguës et parfois trans-

fixiantes, pouvant aller jusqu'au malaise et à la perte de connaissance.

Les dysménorrhées primaires survenant dès les premières règles sont souvent d'une intensité redoutable et anxiogène, car fréquemment associées à des ménorragies abondantes et inquiétantes. Elles peuvent imposer une éviction scolaire de 24 à 48 heures, quelquefois renouvelée à chaque cycle, et des dispenses d'activités physiques et sportives.

Dans un article spécialisé (*Réflexions en Gynécologie Obstétrique*, nov-déc. 2016), le professeur Daraï confirme une prévalence de l'endométriose supérieure à 62 % chez des adolescentes ayant bénéficié d'une cœlioscopie diagnostique pour des douleurs pelviennes chroniques ; endométriose confirmée par biopsie et histologie.

Dans notre expérience libérale, l'association d'une dysménorrhée hyperalgique, de ménorragies abondantes et d'une éviction scolaire en période menstruelle

I Gynécologie

annonce de façon très significative l'installation d'une endométriose grave, souvent profonde, dont le diagnostic, tardif, pourrait être retardé par la prescription de traitements anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et hormonaux qui masquent le problème sans le résoudre.

Dans certains cas, les menstruations deviennent progressivement douloureuses en quelques mois. Dans quelques cas, les douleurs apparaissent plus tardivement et à distance du premier épisode de règles, parfois quelques années après. Le pronostic de ces formes semble meilleur car il est généralement associé à des atteintes superficielles, moins graves et d'évolution moins compliquée en liaison avec un syndrome dysovulatoire.

Néanmoins, il n'y a pas de forme typique caractéristique et tous les cas de figure peuvent être rencontrés, même des formes pauci-symptomatiques ou de découverte fortuite et tardive. Dans tous les cas, des règles douloureuses doivent alerter.

Si les cas cliniques les plus nombreux sont associés à des lésions péritonéales superficielles et/ou à des kystes ovariens (endométriomes), les lésions profondes sont plus rares et plus tardives, quelquefois associées à une adénomyose. Mais il n'est pas impossible de rencontrer, d'emblée, des atteintes profondes et étendues, d'installation précoce et rapide.

D'autres symptômes peuvent être associés aux douleurs abdomino-pelviennes : douleurs digestives variées, perturbations du transit (dyschésies, diarrhées ou constipations menstruelles), cystopathies urinaires récidivantes, prurit vulvaire chronique, manifestations spasmophiles, céphalalgies, dyspareunies positionnelles (si activité sexuelle), troubles anxieux et/ou phobiques multiples, voire anxio-dépressifs. Ce regroupe-ment variable de symptômes multiples est davantage observé chez des jeunes personnes au profil plutôt maigre et sthénique avec un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à la moyenne, à compo-

sante anxieuse, mais cela n'est pas exclusif. Enfin, l'enquête familiale retrouve couramment des antécédents endométriosiques dans la famille chez une sœur, la mère, une tante ou une grand-mère ; plus exceptionnellement, des prescriptions anciennes de traitements hormonaux (Distilbène) chez une ascendante.

Tous les cas de figure sont possibles dans cette affection dont le diagnostic est compliqué par :

- le jeune âge de la patiente : la virginité de la plupart de ces adolescentes n'autorise pas le toucher vaginal ni la sonde endovaginale de l'échographe. La voie endorectale peut être proposée après accord et préparation de la jeune fille ;
- la moindre performance des explorations complémentaires en rapport avec la localisation plus volontiers superficielle des lésions initiales.

L'enquête diagnostique s'appuiera sur les résultats comparés des échographies abdomino-pelviennes, transrectales (ou endovaginales quand cela est possible), des IRM dont les résultats sont plus performants dans les localisations profondes, et des colo-scanners si nécessaire ; ces investigations seront réalisées par des praticiens spécialisés et entraînés. La confirmation histologique par cœlioscopie doit rester exceptionnelle, réservée aux cas douteux, en raison des risques adhérentiels.

Le bilan biologique habituel et thyroïdien pourra être complété par une surveillance du CA 125, utile en cas d'endométriome, et par un bilan complet de la coagulation dans l'optique d'un traitement hormonal prolongé.

■ Évolution

L'évolution de l'endométriose chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes est très variable et généralement imprévisible, corrélée aux événements émotionnels de leur vie. Si les dysménorrhées primaires sont fréquemment

associées à des atteintes profondes ou vont le devenir dans le temps, elles sont souvent liées à des lésions importantes dont le retentissement pourrait agir sur la fertilité, en particulier s'il y a eu une agression sexuelle ou si l'enfant (qu'elles ont été) a été confronté à "des attitudes inappropriées d'un adulte" (30 à 50 % des cas).

En l'absence d'événement anormal concernant la sphère sexuelle, les dysménorrhées, plus souvent de type secondaire, peuvent être reliées à un dysfonctionnement ovarien d'origine centrale, exprimé par des ovaires hyperactifs et/ou dystrophiques. Leur pronostic est plus favorable dans le temps.

■ Conduite à tenir

Il est important que, dans tout examen gynécologique d'une jeune fille ou d'une jeune femme, soient précisées la date des premières règles et les modalités de leur survenue. Des menstruations hyperalgiques ne sont pas normales. Leur découverte doit inciter :

- d'une part, à exercer une surveillance médicale et gynécologique attentive dans l'attente de dysfonctionnements ovariens futurs ou de processus endométriosiques avec leurs complications ;
- d'autre part, à se poser des questions, dont la plus simple : Pourquoi ? Pourquoi le passage pubertaire est-il, ou a-t-il été, si douloureux et si violent chez ces personnes, car les premières règles peuvent être ni douloureuses ni hémorragiques, c'est-à-dire normales dans la plupart des cas.

Que s'est-il passé dans cette période hautement symbolique pour le monde féminin ? Que s'est-il passé avant et dans la première partie de la vie de ces personnes ?

Généralement, il ne s'est pas "rien" passé. Si l'on applique la technique de "l'arbre des causes", une anamnèse rigoureuse retrouvera :

– d’une part, des événements médicaux, chirurgicaux, familiaux, sociaux souvent considérés comme banaux ou mineurs dont la survenue n’est pas toujours innocente et la répétition curieuse ;

– d’autre part, des événements souvent violents concernant le domaine du corps et du sexuel, générateurs d’états de malaise, de dysfonctionnements neurovégétatifs, de pathologies fonctionnelles variées, voire d’un état de stress chronique subaigu.

Si les souvenirs de la jeune patiente ne sont pas toujours très précis, la lecture de son carnet de santé ou la mémoire familiale (la mère) permettent de retrouver, dans la première partie de l’enfance, une fréquence inhabituelle des pathologies ORL (rhinopharyngites, rhinites, angines, otites) à répétition et leurs conséquences (adénoïdectomie, amygdalectomies), des douleurs abdominales et digestives répétitives et leurs sanctions chirurgicales appendiculaires. Tous ces événements médicaux semblent banaux et mineurs, mais ils doivent attirer l’attention par leur répétition malgré les différents traitements, car ils surviennent dans la phase d’élaboration de l’immunité de l’enfant et témoignent de réactions immunitaires mal adaptées, probablement en rapport avec des situations de stress prolongées ou répétées.

Dans la deuxième partie de l’enfance de ces jeunes filles, on peut retrouver des situations de violences (physiques, familiales, sociales, éducatives) et des “incidents” ou des “accidents” à caractère sexuel dans 30 à 50 % des cas. Le souvenir de ces événements peut être masqué ou modifié par des processus de refoulement efficaces, parfois par des réactions d’évitement ou des mécanismes de dissociation ne laissant qu’un sentiment de malaise désagréable et difficile à décrire, favorisant des troubles de l’attention et des comportements particuliers d’évitement ou de retrait, d’hypercontrôle ou d’hypervigilance.

Ces événements sont graves car ils créent un traumatisme physique renforcé par

un traumatisme psychique chez l’enfant pendant la période de construction de sa personnalité. Le psycho-traumatisme génère un état de stress post-traumatique avec des conséquences préoccupantes pour le fonctionnement futur du système nerveux, entretenu par l’activation de la mémoire traumatique de la personne.

La répétition des violences renforce l’état de stress post-traumatique (PTSD type 2), facilite les troubles de personnalité (“*je ne sais pas qui je suis*”) et génère un état d’alerte permanent avec une hyperactivité neurovégétative inappropriée, des troubles anxieux (oppressions, angoisses, phobies, obsessions, troubles du sommeil et de la concentration), une vulnérabilité psychologique avec mauvaise estime de soi, des difficultés sociales et relationnelles ; ensemble d’éléments pouvant fragiliser, ultérieurement, la personne face aux prédateurs de la société et instruisant un état d’alerte intérieur permanent, épuisant et pathogène.

Le sentiment de sécurité est fondamental pour permettre un développement psychomoteur harmonieux dans la première partie de la vie d’un enfant car il lui permet de jouer (de bouger), de rêver (de penser) et de se projeter dans l’avenir. Ce sentiment est toujours gravement menacé par les violences physiques et sexuelles, mais aussi par certains événements psycho-émotionnels de la vie.

L’hyperactivité centrale est très marquée chez les enfants dits HP (à haut potentiel, ou ex-enfants surdoués) qui représentent 2 % de la population générale, mais qui regroupent plus de 5 à 6 % des dossiers d’endométriose que nous avons examinés. Cette observation n’est pas anodine car la compréhension du fonctionnement hyperactif, hypersensible et hyperréactif de ces enfants pourrait contribuer à mieux cerner les raisons de leur plus grande exposition à l’endométriose et les échecs des traitements médicaux ou chirurgicaux habituels, seulement symptomatiques. Ces quelques éléments permettront,

peut-être, de mieux saisir les enjeux de la puberté et les raisons qui transforment cet événement, célébré par des cérémonies rituelles dans le passé et dans quelques sociétés traditionnelles, en un passage redoutable inaugurant une relation difficile avec le féminin et une vie de femme compliquée.

Cela permet aussi de comprendre l’efficacité relative et temporaire des traitements médicaux et chirurgicaux classiques. Ceux-ci, traitant principalement les symptômes, ne prennent pas en compte les origines des différents dysfonctionnements progressifs et prolongés, et/ou des événements traumatiques physiques et psychiques auxquels la jeune personne a pu être confrontée pendant les premières années de sa vie.

La complexité et l’importance des facteurs susceptibles d’intervenir dans la genèse d’une endométriose rendent souhaitable que la prise en charge de ces patientes soit organisée au sein d’équipes pluridisciplinaires spécialisées. Celles-ci devraient pouvoir regrouper des gynécologues médicaux, des chirurgiens et des psychothérapeutes d’expérience formés aux techniques comportementales, aux connaissances psychanalytiques et au développement psychomoteur de l’enfance et de l’adolescence.

■ Orientations thérapeutiques

Outre l’usage ponctuel des antalgiques et des AINS non cortisoniques, dans l’attente de l’autorisation d’autres molécules, il est licite de proposer un traitement hormonal (estroprogestatifs plutôt que progestatifs) faiblement mais suffisamment dosé pour bloquer l’axe hypothalamo-hypophysaire, en continu sur une période à déterminer en fonction des résultats biologiques et de la surveillance échographique régulière. Le recours à la chirurgie doit être exceptionnel et réservé aux formes hyperalgiques, résistant aux différents traitements médicaux, en raison des

Gynécologie

POINTS FORTS

- L'association d'une dysménorrhée primaire hyperalgique, de ménorragies abondantes et d'une éviction scolaire en période menstruelle annonce de façon très significative l'installation d'une endométriose grave, souvent profonde.
- Il convient de toujours s'interroger sur les raisons pour lesquelles le passage pubertaire est, ou a été, si douloureux et si violent.
- Les dysménorrhées primaires sont souvent liées à des lésions importantes dont le retentissement pourrait agir sur la fertilité, en particulier s'il y a eu une agression sexuelle ou si l'enfant (que ces jeunes femmes ont été) a été confronté à "des attitudes inappropriées de la part d'un adulte".
- Des menstruations hyperalgiques ne sont pas normales.
- Il est licite de proposer un traitement hormonal (estroprogestatifs plutôt que progestatifs) faiblement mais suffisamment dosé pour bloquer l'axe hypothalamo-hypophysaire, en continu sur une période à déterminer en fonction des résultats biologiques et de la surveillance échographique régulière.
- Le "processus endométriosique" s'intègre, peut-être, dans un dysfonctionnement plus général du système immunitaire de la personne.

séquelles adhérentielles, ou en cas d'inaccessibilité au travail psychologique.

Ce temps thérapeutique peut être mis à profit pour initialiser l'accompagnement psychologique de ces jeunes personnes. Ce programme est fondamental pour les aider à verbaliser et à comprendre les difficultés auxquelles elles ont été confrontées aux périodes de l'enfance et de l'adolescence, à parler des événements émotionnellement violents, voire traumatisants, qu'elles ont pu connaître et réfléchir sur les avantages inconscients et paradoxaux de cette affection. Profitant de la période de mise au repos de l'axe hypothalamo-hypophysaire induit par le traitement médical, le travail de parole permet d'initialiser une "cicatrisation" progressive de la mémoire traumatique des souffrances physiques et des traumatismes psychiques, fréquemment présents dans l'histoire des endométrioses graves. Un travail rigou-

reux et prolongé peut leur permettre de restaurer la construction de leur Moi, de rétablir ou de renforcer la confiance en elles-mêmes, de consolider leur identité physique et psychique, et de rétablir des relations apaisées avec leur féminin.

La coordination des traitements médicaux classiques et des soins psychologiques appropriés permet de stabiliser efficacement ou de réduire significativement les lésions organiques, et de limiter les recours à la chirurgie.

L'acceptation par le corps médical que les endométrioses puissent commencer très tôt dans la vie des jeunes filles et des jeunes femmes devrait favoriser l'application de mesures préventives simples : – faire préciser la date et les modalités des premières règles au moment du premier examen médical ou du premier examen gynécologique. Des antécédents dysménorrhéiques devraient inciter à

une surveillance attentive et prolongée, à conseiller un bilan de dépistage au moindre doute ;

– s'intéresser à tous les antécédents médicaux et chirurgicaux de l'enfance, ainsi qu'aux différents événements traumatiques connus, personnels et familiaux (élaboration d'un questionnaire spécialisé, évaluant le risque endométriosique) ;

– développer et renforcer l'information de tous les adolescents concernant l'anatomie et la biologie du corps pendant leur scolarité ;

– soutenir l'activité des associations non confessionnelles d'adultes investis dans l'éducation affective et relationnelle des jeunes (type Cycloshow) et les associations de malades spécialisées (type Endofrance, Ensemble contre l'Endométriose, MEMS) ;

– rappeler fermement que des règles douloureuses, ce n'est pas normal et que des règles normales, c'est cela qui est normal. C'est "cette norme qui doit rester la règle".

Conclusion

Les enjeux d'un diagnostic précoce d'endométriose sont importants car il est possible d'espérer limiter et peut-être d'éviter l'évolution habituelle de cette affection vers des lésions profondes (sources de douleurs chroniques invalidantes), vers des difficultés variées de la reproduction (dysfertilité, hypofertilité, infertilité), et beaucoup plus tardivement vers des ménopauses fréquemment compliquées par des problèmes ostéoporotiques et par quelques pathologies sévères à connotation auto-immune.

L'association des expériences hospitalières et libérales devrait permettre de mieux cerner cette pathologie qui pourrait être considérée comme l'expression, pendant la période hormonale de la femme, d'un processus évolutif susceptible, parfois, de puiser ses racines pendant l'enfance, en rapport avec des accidents ou des dysfonc-

tionnements graves à certains stades de la construction du système psychique de l'individu. Il en résulterait une hyperactivité prolongée et inadéquate de l'axe hypothalamo-hypophysaire, du système musculaire et du système limbique amygdalien, en rapport avec la biologie du stress.

Le "processus endométriosique" s'intègre, peut-être, dans un dysfonctionnement plus général du système immunitaire de la personne, favorisé par des altérations de la relation au lien maternel et au féminin, des facteurs exogènes et épigénétiques, évoluant du dysfonctionnel à l'organique, de l'aigu au chronique, et pouvant se prolonger avant et pendant la ménopause par d'autres pathologies dysimmunitaires fréquemment associées. Son dépistage précoce présente un intérêt humain et économique, aisément applicable par quelques mesures de bon sens.

POUR EN SAVOIR PLUS

1. AFSSAPS. Recommandations - Endométriose. 30/12/2005.
2. AUDEBERT A. L'endométriose de l'adolescence. 2002 (Web).
3. BELAISCH J. L'endométriose. Masson, 2003.
4. BELAISCH J. Endométriose et psychologie. 2003. Endofrance.org/belaisch.html.
5. BELAISCH, ALLARD JP. Endométriose et vécu de l'adolescence. *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 2006;34: 242-247.
6. BOWLBY J, Attachement et perte. PUF, 2002.
7. BROWNE A, FINKELHOR D. Impact of Child sexual abuse. A review of research. *Psychol Bull*, 1986;99:66-77.
8. CABON P. « Aspects biologiques et psycho-sociaux du stress ». Enseignement Université Paris Descartes. 2012. philippe.cabon@parisdescartes.fr
9. CNGOF. Prise en charge de l'endométriose. 2006. [http : www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr)
10. CROCQ L. Clinique de la névrose traumatique. *Journal des psychologues*, 2003;211:53-58.
11. DALIGAN L. Les effets de la violence sur les femmes. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2001;1:175-177.
12. DARAI E. FMC-UPMC. « Optimiser le diagnostic des endométrioses symptomatiques ». Mars 2016.
13. DERREUMAUX BF. « Endométrioses et psycho-traumatismes ». D.U. Paris Descartes. Sept. 2012.
14. DERREUMAUX BF. « Endométrioses et souffrances psychiques ». D.U. Pitié-Salpêtrière. Sept. 2014.
15. Dossier Endométriose. *La lettre du gynécologue*, 2010;351.
16. HEIM C NEWPORT DJ, HEIT S *et al.* Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 2000;284:592-597.
17. MAYENGA JM. Prise en charge de l'endométriose chez l'adolescente. *Abstract Gynécologie*, mai 2006.
18. MIMOUN S. Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique. Flammarion, 1999.
19. SALMONA M. Le livre noir des violences sexuelles. Dunod, 2016.
20. SPITZ RA. De la naissance à la parole. PUF, 1968.
21. STORA JB. Quand le corps prend la relève. Odile Jacob, 1997.
22. TRON F. Maladies auto-immunes. L'Harmattan, 2016.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.