



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée par

Anissa BULACH

le 15 octobre 2019

**Mise en place d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
pour la prise en charge de l'Endométriose profonde :
intérêts et pratiques au CHRU de Nancy**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur George WERYHA	Président
Madame la Professeure Valérie CROISÉ	Juge
Monsieur le Professeur Olivier MOREL	Juge
Madame le Docteur Cécile MEZAN DE MALARTIC	Juge et co-directrice de thèse
Monsieur le Docteur Mikaël AGOPIANTZ	Juge et co-directeur de thèse



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyenne

Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude
CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE -
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE -
Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc
GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles
GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François
KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU -
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François
MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ -
Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN -
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine
RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER
- Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER
- Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre
VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWÈGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Georges WERYHA

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Endocrinologie

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury. Nous vous remercions pour la qualité de vos enseignements et pour votre bienveillance durant ces quatre années d'internat.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude et notre profonde estime.

A notre Maître et Juge

Madame la Professeure Valérie CROISÉ

Professeure des Universités, Praticienne Hospitalière de Radiologie et imagerie médicale

Vous nous faites l'honneur de nous accorder votre attention en acceptant de juger notre travail et nous vous en remercions.

Nous vous prions d'accepter notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Olivier MOREL

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Gynécologie-Obstétrique

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Nous vous remercions pour la qualité de votre enseignement en Gynécologie-Obstétrique.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître, juge et co-directrice de thèse

Madame le Docteur Cécile MEZAN DE MALARTIC

Docteur de Gynécologie-Obstétrique

Vous nous avez fait l'honneur de nous proposer ce sujet de thèse et nous vous en sommes reconnaissants.

Nous tenons également à vous remercier pour votre disponibilité, votre pédagogie, votre soutien et votre bienveillance durant ce travail.

Recevez ici l'expression de notre sincère gratitude et respect.

A notre Maître, juge et co-directeur de thèse

Monsieur Mikaël AGOPIANTZ

Docteur de Gynécologie Médicale

Vous êtes également à l'origine de ce projet et nous vous en sommes reconnaissants de nous l'avoir proposé.

Vos conseils pertinents ont enrichi ce travail.

Nous avons su apprécier votre implication et vos précieux conseils à la réalisation de notre thèse.

Pour votre engagement dans la spécialité de Gynécologie Médicale.

Nous souhaitons vous exprimer notre profonde gratitude.

A l'ensemble les personnes rencontrées durant ces 4 années d'internat en Lorraine, médecins et amis, et plus particulièrement,

Au Dr Agopianz, pour ton compagnonnage tout au long de l'internat de gynécologie médicale

Aux Dr Gauchotte et Dr Zuily-Lamy, pour votre gentillesse et la qualité de votre enseignement

Aux Dr Zaccabri, Dr Morettini, Dr Dandachi, Dr Masias et Dr Routiot, pour votre gentillesse et votre disponibilité.

Aux chefs de clinique et assistants de la Maternité de Nancy, Ronan, Sophie, Matthieu, Anaïs, Claire, Charline, pour votre compagnonnage et votre enseignement.

Au Dr Mézan de Malartic, pour votre gentillesse, votre soutien et grande disponibilité, et ce, jusqu'à la dernière ligne droite.

A l'ensemble de l'équipe de Gynécologie-Obstétrique du CHR Bel Air, et aux Dr Moza, Dr Olieric, Dr Collin, Dr Ferdilus et Dr Rebstock.

Au Dr Scheffler et Dr Pépin-Minot, pour la qualité de votre enseignement et votre bienveillance envers les patientes

Au Dr Lesur, pour votre enseignement en sénologie.

A Juliette, ancienne co-interne et maintenant chef de clinique, à tous ces bons moments d'internat, pour ta bonne humeur et à ton soutien sur la dernière ligne droite.

A l'ensemble de l'équipe de Gynécologie-Obstétrique du CHR Mercy, et aux Dr Eszto, Dr Dahlhoff, Dr Bentouati, Dr Baermann, Dr Honoré, Dr Lerebours, Dr Secondé, Dr Pierret.

A Delphine, Audrey, et Hélène, pour votre bonne humeur et votre grande disponibilité sur ce semestre d'été, et à l'ensemble des **sages-femmes du CHR Mercy** pour votre grande gentillesse.

Aux Dr Quirin et Dr Bassnagel, pour votre la qualité de votre enseignement en échographie, j'appliquerai consciencieusement tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés.

A mes co-internes de gynécologie médicale :

A **Louise**, pour tous ces bons moments d'aventure et de galère passés ensemble (encore un récemment), tu as été d'une grande aide durant tout cet internat.

A **Perle**, pour ta gentillesse, à tous ces bons moments passés ensemble durant cet internat.

A **Julien**, pour ta bonne humeur et tes imitations à mourir de rire.

A **Chloé, Olivia et Tania** maintenant chefs et à **Floriane, Asma, Elena, Lauriane, Pauline**.

A mes co-internes de gynécologie-obstétrique :

A **Marine**, ma plus belle rencontre vosgienne, à tous ces bons moments passés ensemble et à ton soutien sans faille dans les moments les plus difficiles.

A **Laura**, « Métisse d'Ibiza » va me manquer, je l'avoue...

A **Anne Laure, Manon, Laure et Mathilde M**, de belles rencontres durant cet internat et de belles amitiés.

A **Rémi**, pour avoir trouvé mon surnom à toute épreuve que je tairais ici.

A **Anaïs K**, ma voisine, pour tous ces bons apéros, pour tous ces moments d'entraide.

A **Mathilde T** (belle-sœur de nom), **Alexandre P, Cécilia** (souvenir de notre course effrénée en salle de naissance), **Priscillia, Julie, Alexandre B, Jonas, Kevin, Jocelyn, Caroline B, Lucile**.

A mes co-internes de Mercy, **Marianne, Fanny, Célia, Elisa, Pauline, Laura, Anaïs K, Nelly et Éric**, ce fut un plaisir de passer ce dernier semestre à vos côtés, merci pour votre bonne humeur et votre soutien, et merci à mon sponsor de plats surgelés.

A la team Thion-Thion, parce que ce fut le meilleur semestre d'internat possible et le début de nombreuses et belles amitiés, et à notre équipe de trailers intrépides, **Martin, Fanny, Claire S, Claire P, Xavier, Julien, Chris, Sylvain, Anaïs G, Marine B, Pauline, Marine, Clémence, Hélène, Carole, Gabi, Laurie Mathilde**.

Au secrétaire de l'ICL, **Ingrid, Nathalie et Véronique**, merci pour votre gentillesse et votre grand soutien pendant le semestre d'hiver.

A **Anne Sophie**, pour ta bonne humeur contagieuse.

A mes amis Nîmois, pour ces longues années passées ensemble, pour ces souvenirs d'externat, aux soirées de folies, pour les bons moments et les moins bons, vous avez toujours été là pour moi, je vous en suis éternellement reconnaissante,

Elisabeth, Rémi, Elicia, Jennifer, Jade.

A Charlotte, mon amie d'enfance.

A la famille,

A Manou, j'espère que j'ai pu te rendre fière, de là où tu es.

A Papé, pour m'avoir toujours soutenu et d'être fière de ta petite fille.

A mes parents et, merci de m'avoir épaulé durant ces longues années d'études, d'avoir toujours été là quand j'en avais le plus besoin.

A mes frères, Yamine et Jonathan, GNEU !

A Michel et Frédérique, parrain et marraine, de m'avoir soutenu pendant toutes ces années.

A ma tante **Marie-Agnès** et mon oncle **Christophe,** et à mes cousins et cousines, **Florent, Sylvain, Lucille, Léo, Eva et Alix.**

A **Benjamin,** pour ta bienveillance, ton soutien et ton amour. Pour avoir mis des paillettes dans ma vie, et de continuer à le faire pour les années à venir.

A Misty, Hava, Kitty, et Oslo, mes petites boules de poils.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	20
I. INTRODUCTION	21
1. Définition de l'endométriose et épidémiologie	21
2. Les différentes atteintes cliniques	22
3. Les moyens diagnostiques.....	23
4. Le retard au diagnostic	24
5. Impact sur la fertilité	25
6. Les thérapeutiques disponibles.....	25
7. La RCP : objectifs et déroulement	26
8. Les centres experts	28
9. La mise en place de l'étude.....	28
II. ARTICLE	29
Résumé	30
Abstract.....	31
Introduction	32
Matériels et Méthodes	34
Population et données	34
Imagerie	34
Orientation diagnostique et thérapeutique	35
Analyses statistiques	35
Résultats.....	36
Descriptif de la RCP	36
Caractéristiques des patientes	37
Présentation clinique.....	37
Présentation radiologique.....	37
Prise en charge thérapeutique	38
Devenir des propositions de prise en charge chirurgicale et AMP	39
Discussion.....	40
Déroulé de la RCP	40
Intérêt diagnostique.....	40
Bibliographie	46
Tableaux et figure.....	50
Annexe : Fiche RCP Endométriose Lorraine standardisée en 2019.....	56
III. CONCLUSION ET PERSPECTIVES	58
BIBLIOGRAPHIE GENERALE	61

ABREVIATIONS

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

AMP : assistance médicale à la procréation

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

EBM : *evidence base medicine*

EN : échelle numérique

EPP : endométriose pelvienne profonde

EVA : échelle visuelle analogique

FIV : fécondation *in vitro*

GnRH : gonadotrophin releasing hormone

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : indice de masse corporelle

IRM : imagerie par résonance magnétique

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

SCGP : Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

TDM : tomodensitométrie

I. INTRODUCTION

1. Définition de l'endométriose et épidémiologie

L'endométriose est l'une des affections gynécologiques bénignes les plus courantes (1).

Elle est définie par la présence de tissu endométrial composé de glandes et de stroma en dehors de la cavité utérine. Trois types d'endométriose existent : l'endométriose superficielle péritonéale, l'endométriose pelvienne profonde (EPP) et l'endométriose ovarienne (endométriome).

La physiopathologie de l'endométriose est encore peu élucidée, mais l'hypothèse principale du flux rétrograde semble être le « *primum movens* » responsable du développement de cette pathologie. Cette théorie a été proposée pour la première fois en 1927 par J.A. Sampson (2). Son développement se ferait initialement via l'implantation péritonéale de tissu endométrial reflué de manière rétrograde par les trompes lors des règles.

La théorie de J.A. Sampson (2) n'explique pas toutes les localisations d'endométrioses possibles, ni la capacité différenciée au tissu endométrial à s'implanter hors de la cavité utérine qui n'apparaît que chez 10% des femmes. D'autres hypothèses ont été proposées en complément. L'endométriose précoce se développerait via des reflux rétrogrades lors de l'adolescence entraînant la propagation d'implants endométriosiques péritonéaux, avec une part génétique/épigénétique notamment concernant l'immunité et les protéines d'adhésion (3,4).

Afin d'expliquer la prolifération de ces tissus endométriosiques, des mécanismes et interactions cellulaires complexes mettant en jeu les cellules du tissu sain et les cellules endométriales ont été observées. Des processus inflammatoires impliquant des facteurs de croissances, des cytokines et des chimiokines ont été étudiés. De plus, le rôle des estrogènes dans la prolifération des cellules endométriales intra utérine semble avoir la même action que sur les cellules endométriales ectopiques, permettant ainsi leur développement en dehors de la cavité utérine (5).

La réaction inflammatoire qui en résulte aboutit à une fibrose réactionnelle.

D'autres facteurs tels que des altérations moléculaires endométriales, une prédisposition génétique, des facteurs hormonaux, une immunité altérée, une réponse inflammatoire inadéquate et des facteurs environnementaux, permettent d'expliquer la survivance et le développement du tissu endométrial ectopique (6).

La connaissance des différents mécanismes cellulaires et moléculaires a son intérêt dans le développement des thérapeutiques dans l'endométriose.

Nous nous intéresserons dans notre étude à l'endométriose pelvienne profonde (EPP) et l'endométriose ovarienne. L'EPP est définie par une infiltration péritonéale supérieure à 5 mm de profondeur (7). Ces deux types d'endométriose peuvent infiltrer les organes pelviens, avec des atteintes qui peuvent être sévères, entraînant une perte de leurs fonctions, avec un impact sur la fertilité et la qualité de vie des patientes (8).

La prévalence de l'endométriose est d'environ 10 % chez les femmes en âge de procréer, mais ce chiffre peut varier selon les études (9–12). De nombreuses études épidémiologiques ont montré que les femmes nullipares avaient un risque augmenté de développer de l'endométriose. Des études américaines et italiennes ont suggéré que les femmes qui présentaient des cycles courts et abondants avaient aussi un risque augmenté (1). Par opposition, les femmes qui utiliseraient une contraception hormonale auraient un risque diminué (1).

2. Les différentes atteintes cliniques

L'EPP est responsable d'algies pelviennes chroniques, de dysménorrhée, de dyspareunie, de troubles digestifs et urinaires à recrudescence cataméniale, d'infertilité, et peut avoir un impact sur la qualité de vie des femmes (8,13,14). Dans le cadre de l'évaluation de l'intensité de la douleur et de l'évaluation de l'efficacité antalgique d'un traitement, il est recommandé d'utiliser l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique subjective (15). Des questionnaires évaluant la qualité de vie ont été mis en place et peuvent être proposés : le questionnaire SF-36 ainsi que des questionnaires plus spécifiques (*l'Endométriosis Health Profile-30 et sa version courte l(EHP-5)*) sont validés dans l'endométriose (16).

Cependant, la manifestation des symptômes est variable d'une femme à l'autre. De plus, chez les patientes souffrant d'EPP, le seuil douloureux de tolérance est souvent plus élevé et il peut

exister des phénomènes de sensibilisation renforçant la douleur et compliquant la prise en charge des patientes (14).

Enfin, il n'existe pas de données sur la prévalence de l'endométriose asymptomatique dans la population générale.

Les localisations les plus fréquentes de l'EPP sont postérieures dans 90 % des cas, avec une atteinte digestive dans 6 à 30 %. Les atteintes antérieures représentent 5% des lésions (3).

Au niveau du compartiment postérieur, les lésions d'EPP peuvent se retrouver au niveau des ligaments utéro sacrés, du torus, de la cloison rectovaginale et du rectum ou du sigmoïde. Au niveau antérieur, des lésions vésicales ou du cul de sac vésico utérin sont décrites.

L'adénomyose est une forme particulière d'endométriose, définie par la présence de tissu endométrial au sein du muscle utérin, entraînant une hypertrophie musculaire lisse et responsable de ménorragies et d'algies pelviennes (17). L'adénomyose doit faire rechercher des atteintes endométriosiques dans la cavité pelvienne. Plusieurs types d'adénomyose existent : l'adénomyose dite focale quand un ou quelques petits foyers au sein du myomètre sont retrouvés ; l'adénomyose dite diffuse quand de nombreux foyers sont disséminés dans l'ensemble du myomètre ; et l'adénomyose externe, lorsque des lésions d'EPP dans la cavité pelvienne envahissent le myomètre de l'extérieur vers l'intérieur. Il existe également une altération de la fertilité en cas d'adénomyose (18).

3. Les moyens diagnostiques

L'examen clinique gynécologique, avec la recherche au spéculum de lésions bleutées peut permettre parfois de poser le diagnostic. Au toucher vaginal, la palpation de nodules au niveau des ligaments utéro sacrés, la reproduction des douleurs à la palpation des culs de sacs vaginaux ou la perception d'annexes fixées peuvent être retrouvées (14).

L'échographie pelvienne transvaginale est l'examen de première intention à réaliser quand une endométriose pelvienne profonde est suspectée (14).

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen de deuxième intention quand une EPP est suspectée. Elle est plus sensible mais moins spécifique que l'échographie pelvienne transvaginale pour la détection des lésions du compartiment postérieur (14). Pour la détection d'endométriose, l'IRM a une sensibilité et une spécificité supérieures à 90% (19). L'IRM 3 Tesla a une meilleure résolution spatiale que la 1.5 Tesla, mais est soumise à plus d'artefacts (20).

L'application d'un balisage vaginal et/ou rectal peut faciliter la détection de lésions profondes.

Il est également recommandé que la patiente ait une vessie semi pleine pour la visualisation des lésions du compartiment antérieur (20). Pour réduire les artefacts liés au péristaltisme digestif, l'ajout de glucagon est parfois nécessaire mais les Recommandations pour la Pratique Clinique émises par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) en 2018 ont conclu qu'il n'y avait pas de données suffisantes dans la littérature pour pouvoir valider un protocole particulier (21). L'acquisition des images se fait en pondération T2 et T1 sans et avec saturation de graisse, plan sagittal et axial, en coupes fines. L'injection de Gadolinium peut être utile.

Que ce soit pour l'échographie pelvienne transvaginale ou l'IRM, les performances augmentent avec l'expérience de l'opérateur. La courbe d'apprentissage est d'environ 40 cas d'endométriose pour l'échographie pelvienne (14). Pour cette raison, le CNGOF en 2018 a recommandé que l'échographie pelvienne soit réalisée par un échographiste référent en endométriose (14). De même, la lecture d'une IRM pelvienne (mais pas l'acquisition des images) doit être effectuée par un radiologue expérimenté.

D'autres examens complémentaires, dit de 3^{ème} intention peuvent être parfois nécessaires, principalement avant une décision de prise en charge chirurgicale de l'EPP. L'entéroIRM, le coloscanner, l'échographie endorectale, l'uroscanner peuvent apporter des éléments nouveaux pouvant permettre dans certains cas d'avoir des informations plus précises des lésions en pré chirurgical (19).

Pour finir, la place de la coelioscopie diagnostique dans le diagnostic de l'EPP peut être indiquée en cas de suspicion clinique lorsque l'ensemble des examens complémentaires réalisés par les radiologues experts sont négatifs (14,15).

4. Le retard au diagnostic

Plusieurs études ont montré un retard au diagnostic dans le diagnostic d'endométriose. En Europe, des études récentes montrent un retard au diagnostic de 10 ans en Allemagne et en Autriche, 8 ans au Royaume Uni et en Espagne, 7 ans en Norvège, de 7 à 10 ans en Italie (22,23). Quelques éléments peuvent expliquer ce retard, notamment l'apparition précoce des symptômes, la banalisation des dysménorrhées par les médecins ou l'entourage des patientes, l'utilisation de contraceptifs qui suppriment les symptômes, la méconnaissance de la maladie par les médecins traitants et spécialistes, des examens complémentaires réalisés et qui peuvent être « normaux » si effectué par des radiologues ne connaissant pas la pathologie.

Ce retard diagnostique permet à la maladie endométriosique de s'aggraver à bas bruit, générant des coûts de santé majeurs au même titre que le diabète ou l'hypertension artérielle (24).

5. Impact sur la fertilité

L'incidence de l'infertilité associée à l'endométriose peut atteindre 50 % (25). Le rôle délétère de l'EPP dans l'infertilité n'est pas clairement établi : le climat inflammatoire du pelvis peut altérer les gamètes, avoir un impact au niveau de la fécondation et créer un climat impropre à une implantation endométriale (26). La présence d'endométriome est statistiquement corrélée à une diminution de la réserve ovarienne. Il existe également un impact tubaire de l'endométriose (27). Un bilan complet de fertilité et une prise en charge dans une structure d'assistance médicale à la procréation (AMP) est souvent indispensable quand il existe un désir de grossesse (27–30). Le choix entre FIV première ou chirurgie première est encore débattue (31).

De plus, il semble que les patientes atteintes d'EPP seraient exposées à plus de complications au cours de la grossesse et de l'accouchement. La présence de lésions d'endométriose semble être responsable d'une augmentation de la morbidité au cours de la grossesse avec une augmentation de fausse couche, de grossesse extra utérine, d'hémorragies du post partum, de placenta prævia et d'accouchement prématurés (32).

6. Les thérapeutiques disponibles

Le traitement initial de l'EPP repose sur un traitement médical. Ce traitement médical comporte, outre les classiques antalgiques et anti inflammatoire non stéroïdiens (AINS), l'utilisation de traitements hormonaux. En l'absence de contre-indication, le traitement de 1^{ère} intention comprend les contraceptions oestroprogestatives en prise cyclique ou préférentiellement continue et le dispositif intra utérin au lévonorgestrel (16). En 2^{ème} intention, les microprogestatifs au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel ou le dienogest ont également montré une réduction des symptômes douloureux (16). De même l'utilisation des agonistes de la GnRH (Gonadotrophin Releasing Hormone) avec *add back* thérapie a montré une efficacité sur les dysménorrhées avec une diminution de l'EVA (12). Concernant les macroprogestatifs autres que le dienogest, les données de la littérature sont insuffisantes pour définir leur place (16) mais ils sont largement utilisés dans cette indication en France.

Le traitement chirurgical est proposé, de préférence après concertation pluri disciplinaire, lorsqu'il existe un échec du traitement médical ou lorsqu'il existe un impact sur la fertilité, si la prise en charge en assistance médicale à la procréation (AMP) n'est pas proposée en première intention ou après échec de FIV (15,33). La voie coelioscopique est recommandée (16).

Le traitement d'exérèse des lésions d'EPP doit être le plus complet possible et faire appel à des chirurgiens maîtrisant ce type de chirurgie. Dans certains cas, une chirurgie partielle peut néanmoins être discutée, en particulier dans le cadre d'une prise en charge en AMP. Ainsi, une abstention chirurgicale sur un kyste endométriosique ou une salpingectomie isolée laissant en place les lésions d'EPP dans le but d'exclure un hématosalpinx peuvent être proposées.

Différents types d'exérèse des lésions existent. La prise en charge des lésions vaginales, du torus et des ligaments utérosacrés peut conduire à une exérèse simple mais aussi à un geste plus compliqué nécessitant une urétérolyse voir une réimplantation urétérale en cas d'atteinte paramétriale, ou une dissection difficile avec risque de lésions nerveuses du plexus hypogastrique. Les lésions digestives peuvent en fonction de leur étendue nécessiter un simple shaving, une excision discoïde, une résection segmentaire avec anastomose digestive et parfois une colostomie temporaire (33–35). Les atteintes urinaires peuvent nécessiter un geste de réimplantation urétérale ou une cystectomie partielle (36). Enfin, en particulier dans le cas d'atteinte adénomusculaire, une hystérectomie peut être associée au geste chirurgical.

Lorsque l'endométriose est complexe, l'approche par voie robotique peut être pour certains une solution, permettant de faciliter la prise en charge pluridisciplinaire et facilitant probablement les gestes de dissection (37,38).

La prise en charge chirurgicale de ces patientes peut ainsi relever d'une approche pluridisciplinaire associant chirurgiens gynécologues, digestifs et urologues en concertation avec les équipes d'AMP.

7. La RCP : objectifs et déroulement

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'après la haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science (39). Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

En oncologie principalement, la RCP s'impose dans la prise en charge des patients. Un des objectifs du plan cancer 2003 était de faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une réunion de concertation autour de leur dossier. Les modalités d'organisation de la RCP sont définies par l'article D. 6124-131 du Code de la santé publique. La RCP doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes intervenant auprès des patients atteints de cancer, permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées (39).

L'utilisation des RCP s'est propagée à d'autres spécialités non oncologiques depuis ces dernières années, notamment dans des prises en charge complexe. C'est le cas pour les maladies inflammatoires de l'intestin, l'insuffisance rénale chronique, la maladie de Lyme dernièrement mis en place au centre régional hospitalier universitaire (CRHU) de Nancy.

Les nombreuses problématiques que soulève l'endométriose dans la prise en charge ont poussé de nombreuses équipes à développer ces réunions et à proposer une expertise de cette maladie au travers de RCP régionales (40). Cette expertise permet en théorie un meilleur diagnostic radiologique, une prise en charge chirurgicale orientée pour qu'elle soit la plus complète possible (en particulier lorsque des gestes digestifs ou urinaires sont nécessaires), tout en considérant le risque sur la fertilité, le recours nécessaire à une AMP ou à une préservation de la fertilité.

La RCP en Lorraine a débuté en mars 2015, instaurée par les Drs. Cécile MEZAN DE MALARTIC et Mikaël AGOPIANTZ. Les réunions ont lieu une fois par mois sur le site de l'hôpital de Brabois du CHRU de Nancy et sont ouvertes à tous les médecins de la région souhaitant présenter le dossier de patientes suspectes d'endométriose pelvienne profonde ou complexe (prise en charge nécessitant une expertise dans un domaine particulier, en imagerie, en chirurgie ou médical).

Plusieurs spécialités sont représentées : urologues, chirurgiens digestifs, radiologues, médecins de la douleur, gynécologues et médecins de l'AMP.

8. Les centres experts

Le CNGOF, en accord avec la Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP), a constitué en 2017 une commission chargée de définir les centres experts en endométriose, afin d'optimiser la prise en charge des patientes atteintes en France (41). Ces centres d'experts ont pour objectif une meilleure prise en charge multidisciplinaire des formes sévères et complexes de l'EPP, définies par le Pr. Emile DARAI par la nécessité d'avoir recours à des spécialités médicale et chirurgicales complémentaires (42).

Les centres d'expert assureraient ainsi plusieurs missions : mission d'organisation territoriale, mission de soin globale et de recours, mission de communication et d'enseignement et mission de recherche et d'évaluation (41).

9. La mise en place de l'étude

Aucune étude n'a pour le moment évalué l'impact de la mise en place d'une RCP endométriose sur la qualité de prise en charge de l'endométriose pelvienne profonde au niveau régional. La création récente de la RCP endométriose en Lorraine pourrait servir de modèle pour évaluer ces résultats. Notre étude a pour objectif d'évaluer la mise en place de la RCP Endométriose dans la prise en charge des patientes atteintes de cette pathologie.

II. ARTICLE

Mise en place d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pour la prise en charge de l'Endométriose profonde : intérêts et pratiques au CHRU de Nancy

Establishment of a Multidisciplinary Consultation Meeting for the management of deep endometriosis : interests and practices at the University Hospital of Nancy

Anissa Bulach^{1*}, Cécile Mézan De Malartic^{2*}, Valérie Laurent³, Laurent Bresler⁴, Charlotte Patte², Juliette Boudier¹, Olivier Morel², Mikaël Agopianz^{1, 5**}

¹ Service de Gynécologie Médicale, CHRU de Nancy, Université de Lorraine, Nancy, France

² Service de Gynécologie-Obstétrique, CHRU de Nancy, Université de Lorraine, France

³ Service de Radiologie, CHRU de Nancy, Vandoeuvre-lès-Nancy, Université de Lorraine, France

⁴ Service de Chirurgie Digestive, CHRU de Nancy, Vandoeuvre-lès-Nancy, Université de Lorraine, France

⁵ Service d'Assistance Médicale à la Procréation, CHRU de Nancy, Nancy, Université de Lorraine, France

* Equal contribution

**Auteur correspondant :

Dr. Mikaël AGOPIANTZ

Service de Gynécologie Médicale, CHRU de Nancy

10, avenue Dr. Heydenreich

54 000 Nancy, France

E-mail : m.agopianz@chru-nancy.fr

Tel : +33 3 83 34 43 12

Résumé

Objectifs : L'endométriose pelvienne est une maladie fréquente et sous diagnostiquée qui concerne environ 10 % des femmes en âge de procréer. La prise en charge diagnostique et thérapeutique des formes profondes est complexe par les nombreuses atteintes possibles, la difficulté de leur prise en charge chirurgicale et leur impact sur la fertilité. Ces problématiques ont poussé de nombreuses équipes à proposer une expertise de cette maladie au travers de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Notre étude a pour objectif d'évaluer la mise en place d'une RCP Endométriose en Lorraine dans la prise en charge des patientes atteintes d'endométriose profonde ou complexe.

Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée chez l'ensemble des patientes présentées de mars 2015 à décembre 2018 à la RCP Endométriose de Lorraine au CHRU de Nancy. L'ensemble des données radiologiques et cliniques fournies sur ces fiches par le médecin demandeur et les conclusions de la RCP ont été analysées.

Résultats : 26 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire Endométriose ont été effectuées. Plusieurs spécialités étaient présentes : urologues, chirurgiens digestifs, radiologues, médecins de la douleur, gynécologues et médecins de la reproduction. La relecture de l'imagerie par résonance magnétique par le radiologue référent a permis un rattrapage diagnostique dans 22 % des cas. De nouveaux examens complémentaires ont été demandés dans 36 % des cas. À la suite du passage en RCP, l'orientation thérapeutique initiale a été modifiée dans 48% des cas.

Conclusion : La mise en place d'une RCP endométriose en Lorraine a permis un rattrapage diagnostique important ainsi qu'une nouvelle orientation thérapeutique en rapport avec la relecture des IRM pelviennes. La prise en charge complexe de l'endométriose pelvienne profonde soulève la question d'une orientation systématique de ces patientes auprès de centre expert.

Mots clés : Endométriose pelvienne profonde, réunion de concertation pluridisciplinaire, relecture, centre expert

Abstract

Objectives: Pelvic endometriosis is a common and under diagnosed disease that affects approximately 10% of women of childbearing age. The diagnostic and therapeutic management of deep forms is complex because of many extensions, the difficulty of their surgical management and their impact on fertility. These issues have pushed many teams to offer expertise in this disease through Multidisciplinary Consultation Meetings (MCM). This study aims to evaluate the implementation of MCM Endometriosis in Lorraine for the management of patients with deep or complex endometriosis.

Methods: A retrospective study was performed on all patients presented from March 2015 to December 2018 at the MCM Endometriosis of Lorraine at the University Hospital of Nancy. All radiological and clinical data provided on these forms by the requesting physician and the findings of the MCM were analyzed.

Results: 26 Multidisciplinary Consultation Meetings Endometriosis were performed. Several specialties were present: medical and surgeons gynecologists, urologists, digestive surgeons, radiologists, and reproductive specialists. The revision of MRI enabled a diagnostic catch-up in 22 % of cases. New additional examinations were requested in 36% of cases. As a result of switching to MCM, the initial therapeutic orientation was modified in 48% of cases

Conclusions: The implementation of MCM endometriosis in Lorraine has led to an important diagnostic catch-up and a new therapeutic orientation related to the replay of pelvic MRI. The complex management of deep pelvic endometriosis raises the question of systematic referral of these patients to expert centers.

Keys words: deep pelvic endometriosis, multidisciplinary collaborative meeting, replay, expert center

Introduction

L'endométriose pelvienne est une maladie fréquente et sous diagnostiquée qui concerne environ 10 % des femmes en âge de procréer (1,2). La définition diagnostique repose sur la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine (3,4). La physiopathologie n'est pas clairement définie. Cependant l'hypothèse actuellement admise est que son développement se ferait initialement via l'implantation péritonéale de tissu endométrial reflué de manière rétrograde par les trompes lors des règles (5). Des facteurs tels que des altérations moléculaires endométriales, des facteurs hormonaux, une dysimmunité, d'origine génétique et environnementale, permettent d'expliquer la survivance et le développement du tissu endométrial ectopique (6–8).

L'endométriose pelvienne profonde (EPP) est une forme évoluée d'endométriose à développement sous-péritonéal pouvant toucher tous les organes pelviens. Les localisations les plus fréquentes sont au niveau postérieur, les ligaments utéro sacrés, le torus utérin, le rectosigmoïde, le cul de sac de Douglas et la paroi vaginale postérieure, au niveau antérieur la vessie et le cul de sac vésico utérin ainsi que les paramètres et les uretères au niveau intermédiaire (9). Les signes cliniques sont principalement les dysménorrhées et les douleurs pelviennes chroniques, éventuellement associées en fonction de la localisation des implants à des dyspareunies profondes, des dyschésies douloureuses, une dysurie, ainsi que des rectorragies et d'une hématurie cataméniale (10,11). Enfin, il existe également un retentissement sur la fertilité pour 40 % des patientes et un impact sur la qualité de vie (12,13).

Le diagnostic de l'endométriose est complexe devant l'existence d'une symptomatologie aspécifique et polymorphe due aux multiples localisations possibles (14). De plus, la méconnaissance de la maladie par les praticiens, la banalisation des symptômes douloureux pendant les règles, les examens complémentaires qui ne permettent pas toujours d'établir le diagnostic, ont pour conséquence un retard diagnostique important (15–17). Ceci avec un retentissement médico-économique qui est une problématique majeure (13,18,19).

Enfin, sur le plan thérapeutique, la prise en charge tant médicale que chirurgicale, par AMP, ainsi que la prise en compte des problématiques psychologiques, sexuelles notamment dans le cadre de la douleur chronique, repose sur un maillage de praticiens multiples et souvent peu coordonnés.

Ces problématiques ont poussé quelques équipes à proposer une expertise diagnostique et thérapeutique de cette maladie au travers de RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) le plus souvent régionales (20). Cette expertise permet en théorie un meilleur diagnostic radiologique, une prise en charge chirurgicale orientée pour qu'elle soit la plus complète possible, en particulier lorsque des gestes digestifs ou urinaires sont nécessaires, tout en considérant le risque sur la fertilité, le recours nécessaire à une AMP ou à une technique de préservation de la fertilité notamment. Les premières RCP Endométriose en Lorraine ont débuté en mars 2015, instaurée par l'équipe de gynécologie de Maternité du CHRU de Nancy. Elle s'adresse à tous les cas d'endométriose pelvienne profonde ou complexe. L'objectif principal de ces réunions est de permettre une prise en charge multidisciplinaire, validée sur le plan scientifique, en prenant en compte les recommandations et d'aboutir à la standardisation des pratiques pour une prise en charge la plus optimale possible.

Aucune étude n'a pour le moment évalué l'impact de la mise en place d'une RCP endométriose sur la qualité de prise en charge de l'endométriose pelvienne profonde au niveau régional. Cette étude a pour objectif d'évaluer la mise en place de la RCP endométriose dans la prise en charge des patientes atteintes de cette maladie.

Matériels et Méthodes

Population et données

Cette étude observationnelle rétrospective a porté sur l'ensemble des fiches patientes présentées lors des sessions de la RCP endométriose de mars 2015 à décembre 2018 au sein du CHRU de Nancy. Dans un premier temps, toutes les fiches RCP discutées lors de ces réunions, disponibles sur la plateforme e-RCP ont été répertoriées (Annexe). Les fiches pour lesquelles l'imagerie n'était pas disponible au moment du passage en RCP et pour lesquelles il n'y avait pas eu de relecture IRM, n'ont pas été incluses.

Le travail de recueil s'est porté sur l'ensemble des données écrites par le médecin demandeur. Lorsque certains items n'étaient pas répertoriés, l'information était recherchée dans le dossier médical informatisé de la patiente. Un descriptif de cette population sur l'âge, la parité, l'indice de masse corporelle (IMC), l'infertilité, le statut tabagique, le type de contraception antérieure a été effectué. La prise en charge antérieure de l'endométriose, médicale et/ou chirurgicale, ainsi que le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic de l'EPP ont été analysés. Les données sur la symptomatologie de l'endométriose et l'évaluation de l'intensité de la douleur ont été recueillies : dysménorrhées, douleurs pelviennes chroniques, troubles digestifs ou urinaires, échelle numérique pour l'évaluation de la douleur. Le retentissement sur la qualité de vie a été notifié.

Imagerie

L'ensemble des examens d'imagerie dont les patientes avaient bénéficié a été revu. L'IRM pelvienne étant l'examen clé dans le diagnostic d'EPP, l'analyse s'est portée sur les localisations d'EPP décrites avant et après relecture IRM. Le taux de rattrapage IRM a été défini par le pourcentage de relecture des IRM non concordantes avec le diagnostic radiologique initial (seconde lecture infirmant le diagnostic d'EPP, retrouvant des lésions d'EPP méconnues, des lésions plus étendues, ou des lésions moins étendues qu'en première lecture).

Orientation diagnostique et thérapeutique

De même, le nombre d'examens complémentaires prescrits à la suite de la RCP, non prévus initialement par le demandeur ou les examens complémentaires proposés initialement par le demandeur mais non retenus à la suite de la RCP ont été recueillis afin d'estimer le taux de nouvelle orientation diagnostique.

Dans un deuxième temps, l'orientation de la prise en charge thérapeutique des patientes après passage en RCP a été analysée. Le taux d'adressage à une consultation spécialisée non prévue initialement, notamment en urologie, chirurgie digestive et aide médicale à la procréation (AMP) a été calculé et les discordances entre la proposition du demandeur et celle proposée par la RCP ont été notifiées. La population de patientes infertiles orientées directement en AMP ou en préservation de la fertilité (prévue ou non prévue initialement par le demandeur) a été analysée.

Analyses statistiques

Les données ont été recueillies, décrites et analysées selon les méthodes de statistiques descriptives : fréquence et pourcentages, moyennes et écart-type, sur logiciel Microsoft® Office EXCEL. Un test de McNemar avec correction de Yates a été utilisé pour comparer les variables qualitatives. Une p-value de 0.05 a été considérée comme significative. Les statistiques ont été conduites avec l'aide du logiciel R-Studio.

Résultats

Descriptif de la RCP

Sur la période de mars 2015 à décembre 2018, 26 sessions de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Endométriose Lorraine ont été effectuées. Les réunions avaient lieu une fois par mois sur le site de Brabois du CHRU de Nancy et étaient ouvertes à tous les médecins de la région souhaitant présenter le dossier de patientes suspectes ou porteuses d'endométriose pelvienne profonde ou complexe, nécessitant une expertise dans un domaine particulier, notamment en imagerie, en chirurgie ou en fertilité.

Lors de ces 26 réunions, 305 dossiers ont été présentés et ont concerné 230 patientes. Cinq patientes qui n'avaient été présentées qu'une fois et 6 fiches RCP n'ont pas été incluses car il n'y avait pas d'imagerie disponible au moment de leur présentation en RCP. Au total les résultats ont donc porté sur 294 dossiers RCP et ont concerné 225 patientes. En moyenne, les patientes étaient présentées 1,3 fois. L'évolution du nombre de présentation des dossiers depuis la mise en place de la RCP est résumée dans la Figure 1.

Les demandes de RCP ont été effectuées par un chirurgien gynécologue du CHRU dans 76,1 % des cas, par un médecin gynécologue médical et en AMP du CHRU (12,6 %), par un radiologue expert du CHRU (4,4 %), par un chirurgien digestif du CHRU (5,8 %), par un chirurgien urologue du CHRU (0,7 %) et par un gynécologue extérieur au CHRU dans 0,3 % des cas.

Lors de ces RCP étaient présents au moins un radiologue expert en endométriose, un chirurgien gynécologique et un gynécologue médical dans 100 % des cas, un médecin d'AMP dans 94,6 % des cas, un chirurgien digestif dans 43,3 % des cas, un chirurgien urologue dans 30,8 % des cas, un médecin de la douleur dans 7,4 % des cas, et un gastro-entérologue dans 4 % des cas.

Caractéristiques des patientes

Les caractéristiques générales des patientes sont résumées dans le Tableau 1. Parmi les 225 patientes, l'âge moyen était de 33,3 ans. Un traitement médical était déjà en place dans 69,8 % des cas, et les patientes étaient déjà suivies en AMP dans 14,2 % des cas. Une prise en charge chirurgicale antérieure avait déjà été réalisée dans 40,4 % des cas. Dans 14,3 % des cas, la chirurgie avait été réalisée au CHRU ; dans 49,5 % des cas cette prise en charge avait été effectuée dans un autre établissement ; et dans 36,3 % le lieu de prise en charge n'était pas mentionné.

Présentation clinique

Le diagnostic d'endométriose a été effectué pour 41,3 % des patientes dans un délai de moins d'un an après le début des symptômes, pour 27,8 % dans un délai compris entre 1 et 5 ans et pour 28,2 % des patientes, dans un délai supérieur à 5 ans. L'échelle numérique (EN) de la douleur a été rapporté pour 141 patientes et l'EN moyen sur 10 était de $6,03 \pm 2,9$. L'ensemble des symptômes présentés par les patientes sont résumés dans le Tableau 2. Seulement 4,4 % des patientes étaient asymptomatiques. Les principaux symptômes douloureux retrouvés étaient les algies pelviennes chroniques dans 81,8 % des cas (EN moyen $5,1 \pm 3,5$, $n=184/225$), les dysménorrhées dans 77,3 % des cas (EN moyen $4,8 \pm 3,6$, $n=174/225$). Quarante-huit pourcents des patientes présentaient au moins un symptôme digestif, et 19.1 % des patientes présentaient au moins un symptôme urinaire. Il existait une infertilité dans 44 % des cas et pour 47.7 % des patientes, il existait un retentissement social avec un impact sur la qualité de vie.

Présentation radiologique

Les localisations de l'atteinte endométriosique dans le compte-rendu initial chez les 225 patientes présentées à la RCP sont résumées dans le Tableau 3. Une relecture de l'IRM a été effectuée dans 100 % des cas. Dans 29,7 % des cas, l'IRM avait été effectuée dans un autre établissement autre que le CHRU. L'IRM a été jugée non interprétable dans 4,8 % des cas. Pour ces IRM, il n'y avait pas de balisage rectal et ou vaginal dans 92,8 % des cas.

La relecture de l'IRM en RCP a modifié le diagnostic radiologique initial dans 22 % des cas (Tableau 4). Ce rattrapage a essentiellement permis de retrouver de nouvelles lésions que celle décrites initialement (12,8 %), en particulier des lésions digestives dans près de 5 % des cas. Plus rarement, ce rattrapage a infirmé les lésions précédemment décrites ou a retrouvé des lésions moins importantes que celle décrites initialement. Lorsque l'IRM était réalisée à l'extérieur du CHRU, ce taux de rattrapage était de 39,5 % contre 14,7 % lorsque l'IRM était réalisée au CHRU ($p < 0,001$).

Concernant la proposition de prise en charge diagnostique par la RCP, de nouveaux examens complémentaires ont été demandés dans 36 % des cas. L'ensemble des examens complémentaires demandés est détaillé dans le Tableau 5. Lorsque le médecin demandeur avait formulé une proposition d'examen complémentaires, celle-ci a été modifiée par la RCP dans 48,5 % des cas. A la suite du passage en RCP, l'orientation diagnostique initiale a ainsi été modifiée dans 34,1 % des cas. En cas de relecture IRM non concordante, le taux de nouvelle orientation diagnostique était de 32,8 %, en cas de relecture concordante, le taux était de 34,5 % (*NS*).

Prise en charge thérapeutique

Concernant la prise en charge thérapeutique, le taux d'adressage à une consultation non prévue initialement était de 52,4 %. Dans 46,8 % des cas, les patientes étaient orientées en AMP, dans 14,3 % des cas auprès d'un chirurgien digestif, dans 9,8 % auprès d'un chirurgien urologue, dans 6,5 % des cas auprès d'un spécialiste de la médecine de la douleur, dans 2,6 % des cas auprès d'un chirurgien gynécologue, dans 1,9 % des cas auprès d'un gastro-entérologue et d'un psychologue. Dans 16,2 % des cas, les demandes d'adressage étaient multiples.

Une proposition thérapeutique a été formulée à la suite de la RCP dans 99,6 % des cas. Lorsque le médecin demandeur avait formulé une proposition de prise en charge thérapeutique, celle-ci a été modifiée dans 34,2 % des cas.

À la suite du passage en RCP, l'orientation thérapeutique initiale a été modifiée dans 48,1 % des cas ; dans 54,6 % un traitement médical avait été proposé ; dans 24,1 % une chirurgie avait été proposée et elle a été réalisée dans 15,6 % des cas. En cas de rattrapage de lecture, le taux de nouvelle orientation thérapeutique était de 59,4 %, alors qu'il était de 43,8 % hors rattrapage ($p < 0,001$).

Devenir des propositions de prise en charge chirurgicale et AMP

Une prise en charge chirurgicale a été proposée pour 123 patientes (42,8%). Parmi elles, 101 patientes ont eu une chirurgie des lésions d'EPP (35,3 %). Dans 50,5 % des cas, une chirurgie par voie robotique a été réalisée. Dans 27,8 % des cas, cette prise en charge chirurgicale a été multidisciplinaire. Parmi les prises en charge multidisciplinaires, dans 50 % des cas, un chirurgien gynécologue et digestif étaient associés, dans 14,3 % des cas, un chirurgien gynécologue et urologue étaient associés et dans 28,6 % des cas, une prise en charge tri disciplinaire a été réalisée.

Concernant la prise en charge en Assistance médicale à la Procréation, une proposition de prise en charge a été formulée dans 35,4 % des cas. Lorsque cette prise en charge a été proposée, elle a été réalisée dans 40 % des cas (37 patientes). Un dosage d'AMH était disponible pour 29,3 % des patientes présentées et pour 61,6 % des patientes infertiles. Chez les patientes infertiles, l'AMH moyen était de 2.89 ng/ml [0.44-5.34] et le CFA moyen était de 15 follicules [6-24] pour un âge moyen de 30,8 ans \pm 4,6ans.

Parmi les 36 patientes prises en charge en AMP au Centre du CHRU, 23 (64 %) ont réalisé une FIV première et 13 (36 %) ont réalisé une chirurgie première. Dans le groupe FIV première, 6 (26 %) naissances vivantes ont été constatées, dont 4 avec un protocole antagoniste et 2 avec un protocole agoniste long après en moyenne $1,3 \pm 0,8$. Dans le groupe chirurgie première, 5 (38 %) naissances vivantes ont été constatées, avec la réalisation d'un protocole antagoniste pour chacune. A noter, une grossesse spontanée dans le groupe chirurgie première après un échec de FIV post chirurgie.

Concernant la préservation de la fertilité une proposition de consultation en vue d'une PDF a été proposée par la RCP dans 5,8 % des cas et a été réalisée dans 0,7 % des cas.

Discussion

Déroulé de la RCP

La mise en place de la RCP Endométriose de Lorraine en 2015 au CHRU de Nancy a permis la discussion de la prise en charge de près de 225 patientes atteintes d'endométriose pelvienne profonde ou complexe en 3 ans. Chaque année, le nombre de réunions croît et le nombre de dossiers présentés dans chaque réunion est en constante augmentation. L'endométriose touchant plus de 10 % des femmes en âge de procréer, avec une prise en charge relevant le plus souvent de plusieurs spécialités, la RCP s'avère plus que nécessaire. Une fiche standardisée est disponible permettant de décrire l'ensemble de la symptomatologie présentées par les patientes. Seulement, plusieurs items comme l'échelle numérique de la douleur ou la consommation tabagique étaient peu rapportés sur les fiches soulevant le problème de remplissage de ces fiches.

Par sa symptomatologie complexe, l'EPP doit relever d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique multidisciplinaires (21). Si les spécialités gynécologiques, AMP et chirurgicales étaient présentes dans la majorité des cas, aucun praticien sexologue ou psychologue n'a été représenté. Parmi les principaux symptômes présentés par les patientes, près de 58 % avaient une dyspareunie et chez 47.7 % des patientes, il existait un retentissement social avec un impact sur la qualité de vie, ce qui aurait pu justifier de la présence de ces praticiens (19). L'étude multicentrique prospective de *Simoens, et al* en 2012 avait montré que les patientes présentant des symptômes d'endométriose avaient une réduction de la qualité de vie de 19 % (13).

Intérêt diagnostique

Concernant le diagnostic d'endométriose, celui-ci a été effectué majoritairement avant 5 ans après le début des symptômes. Ces résultats sont plus optimistes que ceux de la littérature pour lesquels le retard diagnostique moyen est de 4 à 10 ans. *Halfield et al* ont montré dans leur analyse rétrospective aux Etats Unis et en Angleterre un délai moyen de 11,7 ans et 7,9 ans respectivement (15). D'autres études ont retrouvé des délais similaires, l'étude de *Hudelist et al* en 2012 a retrouvé un délai moyen de diagnostic de l'endométriose en Allemagne et en Autriche de 10,4 ans (16).

La différence du délai moyen retrouvé ici peut s'expliquer par un biais de sélection, l'ensemble des patientes étaient présentés par des médecins experts en endométriose dans le CHRU et le délai entre le diagnostic et la prise en charge pouvait donc en être raccourci. Une autre explication pourrait provenir du fait que l'âge du début des symptômes était peu renseigné créant un biais déclaratif.

En dehors de ce délai plus court, les caractéristiques de ces patientes ou la symptomatologie rapportée dans cette étude sont également similaires aux présentations cliniques décrites dans la littérature (22). De même, les lésions initiales présentées par les patientes étudiées sont concordantes avec les données de la littérature, en particulier concernant la localisation des lésions d'EPP majoritairement postérieures (22).

Les recommandations récentes sur la stratégie diagnostique ont placé l'échographie pelvienne comme examen de première intention essentiellement pour la recherche d'endométriose (14). En cas d'échographie pelvienne normale alors qu'il existe des symptômes douloureux évocateurs d'endométriose profonde, une échographie pelvienne de deuxième intention par un échographiste expérimenté ou la réalisation d'une IRM pelvienne est alors recommandée. Le choix a été fait pour la RCP Lorraine d'effectuer systématiquement une IRM en complément de l'échographie pelvienne, notamment afin de pouvoir effectuer une relecture par un radiologue référent en cours de RCP. L'IRM pelvienne apparaît pour la majorité des équipes comme un examen complémentaire indispensable, surtout lorsqu'une chirurgie est proposée dans les suites, permettant ainsi une cartographie complète de la maladie endométriosique avant une chirurgie (14).

L'intérêt principal de la RCP était donc la relecture de toutes les IRM pelviennes, qu'elles soient réalisées en externe ou au CHRU, permettant ainsi d'orienter le diagnostic et la thérapeutique de manière la plus optimale. Les Recommandations pour la Pratique Clinique récentes montrent l'intérêt que la lecture des clichés d'IRM soit effectuée par un radiologue expérimenté dans la pathologie (23). Dans cette étude, près de 5 % des IRM étaient jugées non probablement du fait de l'absence de balisage vaginal et/ou rectal, frein à l'interprétation des images. Pourtant, dans la littérature, il n'existe pas actuellement de protocole dédié. L'étude de *Mendez Fernandez et al*, étudiant les techniques de réalisation des IRM pelviennes, propose l'ajout de glucagon pour diminuer le péristaltisme digestif ou la mise en place de gel intra vaginal et intra rectal pour une meilleure détection des implants endométriosiques au

niveau du compartiment postérieur (24). En 2017, *l'European Society of Urogenital Radiology* (ESUR) a émis des recommandations sur la réalisation des IRM pelviennes dans le contexte d'EPP (25). L'adjonction de gel intra vaginal et ou intra rectal y apparaît seulement comme une option.

La relecture systématique des IRM pelviennes a permis de rectifier le diagnostic radiologique initial dans 22 % des cas. Ces résultats confirment l'importance de la relecture des IRM par un radiologue référent et sont des arguments de poids pour défendre l'intérêt d'une RCP endométriose (26). La relecture par des radiologues experts a permis de faire des diagnostics radiologiques de rattrapage importants et a conduit à une modification de la prise en charge des patientes avec un taux de nouvelle orientation thérapeutique finalement plus important qu'en cas de relecture concordante.

Concernant les examens de 3^{ème} intention, dans 36 % la RCP a demandé de nouveaux examens complémentaires pour préciser les différentes atteintes d'EPP avec suspicion de multifocalité. Les recommandations du CNGOF de 2018 précise qu'en cas de chirurgie d'exérèse d'endométriose complexe avec suspicion d'atteinte digestive, il est recommandé d'affirmer ou d'infirmer les lésions digestives en pré opératoire, dans le but de prévoir une prise en charge multidisciplinaire, et de diminuer la morbi-mortalité (21,23).

Orientation thérapeutique

Au-delà de l'intérêt diagnostique, la RCP semble aussi avoir un intérêt majeur dans l'orientation des examens complémentaires avec, lorsque le médecin demandeur avait formulé une proposition d'examen complémentaire, près de la moitié de ces demandes étaient modifiées, essentiellement pour l'évaluation d'atteintes digestives par coloscanner ou échographie endorectale, selon la hauteur de la lésion, en accord avec les RPC de 2018 avant un geste chirurgical digestif (14).

La prise en charge de l'EPP est complexe. *Vercellini* insiste sur la nécessité de prendre en compte les priorités des patientes quand il existe un désir de grossesse et notamment quand un traitement chirurgical est envisagé afin de leur apporter une information claire et détaillée sur les bénéfices attendus et sur les risques potentiels d'une chirurgie (27). De plus, la prise en charge globale de la patiente doit souvent faire appel à plusieurs spécialités. Pour plus de la moitié des patientes de cette étude, un adressage auprès d'un spécialiste était requis ;

principalement en AMP, en chirurgie digestive et en chirurgie urologique. La réalisation de la RCP semble aussi confirmer son intérêt dans l'orientation thérapeutique des patientes atteintes d'EPP, avec dans cette étude une modification de la thérapeutique initiale proposée dans 48 % des cas. Ces nouvelles orientations thérapeutiques étaient en majorité en faveur d'un traitement médical (51,6%) ou d'une prise en charge en AMP (36%). La discussion entre des médecins experts et de spécialités différentes a probablement permis ici d'adapter la stratégie thérapeutique de ces patientes. L'équipe de *Dell'oro et al* avait également montré cet intérêt des RCP dans la stratégie de prise en charge de l'endométriose (28).

La RCP endométriose permet de discuter de la prise en charge chirurgicale des patientes. Celle-ci n'a pas été la première option retenue puisqu'après la proposition thérapeutique émise par la RCP, une chirurgie complète ou incomplète des lésions d'EPP n'a été réalisé que dans 35,3 % des cas, la RCP permettant conformément aux recommandations qui sont d'envisager les traitements médicaux en première intention (21). Ainsi, en cas de nouvelle orientation thérapeutique, le recours au traitement médical ou l'AMP ont été les choix les plus souvent formulés. Lorsqu'une chirurgie est proposée, la RCP est l'occasion de discuter entre chirurgiens de plusieurs spécialités, ce qui s'est avéré particulièrement utile pour 27,8 % des cas, où la prise en charge chirurgicale a été multidisciplinaire. Cette multidisciplinarité s'explique par la complexité des lésions d'EPP envahissant souvent les différents organes pelviens avec un risque de complications per opératoire et post opératoires non négligeable (29–33). Le recours à une chirurgie robot assisté peut alors être une aide précieuse à l'organisation de cette chirurgie pluridisciplinaire, le choix d'utiliser la voie robotique est un choix d'équipe au sein du CHRU de Nancy mais il n'existe pas de recommandations pour la préférer à la voie coelioscopique classique dans ces indications (34,35).

La littérature, tout comme les résultats de cette étude, retrouve chez environ 40 % des femmes en âge de procréer atteintes d'endométriose une infertilité associée (10). Le dosage d'AMH est un élément pouvant être décisif dans l'orientation de ces patientes mais n'était disponible que pour 61.6 % des patientes infertiles. Par la suite, le choix entre FIV première ou chirurgie première doit s'appuyer sur des arguments solides, en prenant en compte l'âge de la patiente, la réserve ovarienne, le type d'atteinte endométriosique, ainsi que le choix de la patiente (36–38). Peu de données dans la littérature permettent de trancher entre le choix de ces deux thérapeutiques en première intention (39,40). Il n'existe pas d'études randomisées pouvant répondre à cette problématique (41). La méta-analyse de *Darai, et al* en 2016 avait montré un

taux de grossesse spontanée après résection de lésions d'EPP mais en laissant en place les lésions digestives de 26,5% [CI=14-39] et après prise en charge en AMP de 27,4% [CI=19-35] (42). Une étude avait démontré l'effet bénéfique de la chirurgie d'exérèse des lésions d'EPP digestive sur la fertilité spontanée et après AMP (43).

Enfin, concernant la préservation de la fertilité (PDF), une proposition de consultation spécifique a été proposée par la RCP dans 5,8% des cas et a été réalisé dans 0,7%. Le rôle de la RCP est aussi de prendre en compte le désir de fertilité projeté à plus long terme (41).

Conclusion et perspectives

Cette étude présente comme limite principalement le fait qu'il s'agisse d'une étude rétrospective avec un biais d'information ou erreur de classification à cause de l'incapacité d'évaluer l'exactitude des données recueillies et du manque d'exhaustivité de données. Néanmoins, peu d'études ont permis une évaluation et une analyse aussi exhaustive pour une RCP. Ce travail s'est attaché à analyser de manière précise de quelle manière la RCP Endométriose de Lorraine avait permis d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire, rapide et efficace tout en tenant compte des souhaits des patientes.

La RCP Endométriose de Lorraine a proposé à plus de 225 patientes de Lorraine entre 2015 et 2018 une prise en charge diagnostique et thérapeutique basée sur les recommandations scientifiques et en présence d'experts de spécialités différentes. Cette RCP a permis un rattrapage diagnostique et une modification de prise en charge thérapeutique importants témoignant de son intérêt. La prise en charge complexe et multidisciplinaire de l'endométriose soulève la question de la prise en charge orientée et la notion d'avis d'expert (44). Au-delà des RCP, cette amélioration de la prise en charge pourrait passer par la création de Centre Expert de l'Endométriose et par un Plan de Santé national (45,46) sur le modèle de l'expérience pilote de centre d'expert mené à Rouen (47).

Conformités aux normes éthiques :

Ce projet est un projet entrant dans le cadre législatif des recherches dites "non interventionnelles" (Article R1121-2 du CSP).

Déclaration de lien d'intérêts :

Les auteurs ne déclarent pas avoir de liens d'intérêts.

Bibliographie

1. Chapron C, Lang J-H, Leng J-H, Zhou Y, Zhang X, Xue M, et al. Factors and Regional Differences Associated with Endometriosis: A Multi-Country, Case–Control Study. *Adv Ther.* 2016;33:1385-407.
2. Eisenberg VH, Weil C, Chodick G, Shalev V. Epidemiology of endometriosis: a large population-based database study from a healthcare provider with 2 million members. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2018;125(1):55-62.
3. Farquhar C. Endometriosis. *BMJ.* 1 févr 2007;334(7587):249-53.
4. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 avr 2004;18(2):177-200.
5. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol.* 1 janv 1927;14(4):422-69.
6. Hirsch M, Duffy JMN, Barker C, Hummelshoj L, Johnson NP, Mol B, et al. Protocol for developing, disseminating and implementing a core outcome set for endometriosis. *BMJ Open.* 1 déc 2016;6(12):e013998.
7. Nisolle M, Alvarez M-L, Colombo M, Foidart J-M. Pathogénèse de l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 sept 2007;35(9):898-903.
8. Zhang T, De Carolis C, Man GCW, Wang CC. The link between immunity, autoimmunity and endometriosis: a literature update. *Autoimmun Rev.* 1 oct 2018;17(10):945-55.
9. Gordts S, Koninckx P, Brosens I. Pathogenesis of deep endometriosis. *Fertil Steril.* 1 déc 2017;108(6):872-885.e1.
10. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2014 [cité 15 nov 2018];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009590.pub2/abstract>
11. Dunselman G a. J, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 1 mars 2014;29(3):400-12.
12. d'Argent EM, Cohen J, Chauffour C, Pouly JL, Boujenah J, Poncelet C, et al. Endométriose profonde et infertilité, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Wwwem-Premiumcomdatarevues24687189unassignS2468718918300382 [Internet].* 14 mars 2018 [cité 21 août 2019]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1203389/resultatrecherche/5>
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 Oxf Engl.* mai 2012;27(5):1292-9.

14. Fauconnier A, Borghese B, Huchon C, Thomassin-Naggara I, Philip C-A, Gauthier T, et al. Épidémiologie et stratégie diagnostique, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):223-30.
15. Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Hum Reprod*. 1 avr 1996;11(4):878-80.
16. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod*. 1 déc 2012;27(12):3412-6.
17. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1 juill 2003;82(7):649-53.
18. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol*. 1 avr 2019;220(4):354.e1-354.e12.
19. Denouel A, Fauconnier A, Torre A. Attentes des femmes atteintes d'endométriose : quelle information apporter ? RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):214-22.
20. reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf
21. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, et al. [Management of endometriosis: CNGOF-HAS practice guidelines (short version)]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 14 mars 2018;
22. Kuznetsov L, Dworzynski K, Davies M, Overton C. Diagnosis and management of endometriosis: summary of NICE guidance. *BMJ*. 6 sept 2017;j3935.
23. Thomassin-Naggara I, Bendifallah S, Rousset P, Bazot M, Ballester M, Darai E. Performances et critères de qualité de l'IRM, du colo-scanner, de l'entéro IRM/CT pour le diagnostic d'endométriose pelvienne, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):177-84.
24. Méndez Fernández R, Barrera Ortega J. Magnetic resonance imaging of pelvic endometriosis. *Radiol Engl Ed*. juill 2017;59(4):286-96.
25. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A, et al. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol*. 2017;27(7):2765-75.
26. Bolze PA, Descargues P, Poilblanc M, Cotte E, Sesques A, Paparel P, et al. Apport de la réunion de concertation pluridisciplinaire à la pertinence du diagnostic et du traitement de l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv 2019;47(1):3-10.
27. Vercellini P. Introduction: Management of endometriosis: moving toward a problem-oriented and patient-centered approach. *Fertil Steril*. 1 oct 2015;104(4):761-3.

28. Dell'oro M, Collinet P, Robin G, Rubod C. Réunion de concertation pluridisciplinaire de l'endométriose pelvienne profonde : intérêts et modalités de fonctionnement. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 janv 2013;41(1):58-64.
29. Abrão MS, Petraglia F, Falcone T, Keckstein J, Osuga Y, Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the recto-sigmoid: critical factors to consider before management. *Hum Reprod Update.* 1 mai 2015;21(3):329-39.
30. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Penninckx F, Vergote I, et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update.* 1 mai 2011;17(3):311-26.
31. Roman H. A national snapshot of the surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum and colon in France in 2015: A multicenter series of 1135 cases. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 1 févr 2017;46(2):159-65.
32. Sibiude J, Santulli P, Marcellin L, Borghese B, Dousset B, Chapron C. Association of History of Surgery for Endometriosis With Severity of Deeply Infiltrating Endometriosis. *Obstet Gynecol.* oct 2014;124(4):709.
33. Nyangoh Timoh K, Ballester M, Bendifallah S, Fauconnier A, Darai E. Fertility outcomes after laparoscopic partial bladder resection for deep endometriosis: Retrospective analysis from two expert centres and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* janv 2018;220:12-7.
34. Morelli L, Perutelli A, Palmeri M, Guadagni S, Mariniello MD, Di Franco G, et al. Robot-assisted surgery for the radical treatment of deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement: short- and mid-term surgical and functional outcomes. *Int J Colorectal Dis.* 1 mars 2016;31(3):643-52.
35. Poujois J, Mézan De Malartic C, Callec R, Bresler L, Hubert N, Judlin P, et al. Deep infiltrating endometriosis: Interest of the robotic approach for a fledgling team. *J Endometr Pelvic Pain Disord.* 1 sept 2019;11(3):152-7.
36. d'Argent EM, Coutant C, Ballester M, Dessolle L, Bazot M, Antoine J-M, et al. Results of first in vitro fertilization cycle in women with colorectal endometriosis compared with those with tubal or male factor infertility. *Fertil Steril.* 1 nov 2010;94(6):2441-3.
37. Bourdon M, Santulli P, Marcellin L, Lamau MC, Maignien C, Chapron C. Infertilité et endométriose digestive : faut-il opérer ? [Wwwem-Premiumcomdatarevues24687189unassignS246871891730171X](http://www.em.premium.com/revues/24687189/unassign/S246871891730171X) [Internet]. 30 août 2017 [cité 21 août 2019]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1138123/resultatrecherche/8>
38. Cohen J, Mathieu d'Argent E, Selleret L, Antoine J-M, Chabbert-Buffet N, Bendifallah S, et al. Endométriose profonde et fertilité. *Presse Médicale.* 1 déc 2017;46(12, Part 1):1184-91.
39. Ferrier C, Roman H, Alzahrani Y, d'Argent EM, Bendifallah S, Marty N, et al. Fertility outcomes in women experiencing severe complications after surgery for colorectal endometriosis. *Hum Reprod.* 1 mars 2018;33(3):411-5.

40. Saavalainen L, Heikinheimo O, Tiitinen A, Härkki P. Deep infiltrating endometriosis affecting the urinary tract—surgical treatment and fertility outcomes in 2004–2013. *Gynecol Surg.* 2016;13(4):435-44.
41. Roman H. Endometriosis surgery and preservation of fertility, what surgeons should know. *J Visc Surg.* 1 juin 2018;155:S31-6.
42. Daraï E, Cohen J, Ballester M. Colorectal endometriosis and fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 févr 2017;209:86-94.
43. Stepniewska A, Pomini P, Bruni F, Mereu L, Ruffo G, Ceccaroni M, et al. Laparoscopic treatment of bowel endometriosis in infertile women. *Hum Reprod.* 1 juill 2009;24(7):1619-25.
44. Daraï E, Bendifallah S, Chabbert-Bufferet N, Golfier F. Arguments pour la création de centres experts en endométriose. *Presse Médicale.* 1 déc 2017;46(12, Part 1):1218-22.
45. Chanavaz-Lacheray I, Daraï E, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P, et al. Définition des centres experts en endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 mars 2018;46(3):376-82.
46. D'Hooghe T, Forman A. European Accreditation of Endometriosis Centers of Expertise. *Gynecol Obstet Invest.* 2013;76(1):1-3.
47. Roman H, Chanavaz-Lacheray I. Le Centre expert de diagnostic et de prise en charge multidisciplinaire de l'endométriose de Rouen : une expérience pilote française. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 juill 2018;46(7):563-9.

Tableaux et figure

Tableau 1 : Caractéristiques générales des patientes présentées à la RCP endométriose en Lorraine

Caractéristiques		Patientes incluses n=225	%
Age moyen (ans, moyenne±écartype)		33,3 [15-59]	
IMC (kg/m ² , moyenne±écartype)		23,6±5,2	
Tabac		57	37,2%
Gestité	0	111	49,7%
	>=1	112	49,8%
Parité	0	133	59,6%
	1	45	20,1%
	2	42	18,8%
	>=3	11	4,9%
Antécédent familial d'EPP		9	4%
Prise en charge chirurgicale antérieure		91	40,4%
Contraception antérieure			
	<i>Pilule oestroprogestative</i>	94	48,7%
	<i>Macroprogestatifs</i>	51	26,4%
	<i>Pilule microprogestative</i>	48	24,8%
	<i>DIU au lévonorgestrel</i>	22	11,3%
	<i>DIU cuivre</i>	11	5,7%
	<i>Agoniste GnRH</i>	2	1%
	<i>Stérilisation tubaire</i>	2	1%
	<i>Implant contraceptif</i>	1	0,5%
	<i>Dispositif Essure</i>	1	0,5%
	<i>Aucune</i>	37	19,1%

DIU = dispositif intra-utérin, EN = échelle numérique, EPP = endométriose pelvienne profonde, IMC = indice de masse corporelle

Tableau 2 : Présentation clinique des patientes présentées à la RCP endométriose en Lorraine

Présentation clinique	n=225	%
Dysménorrhée	174	77,3%
<i>EN moyen/10 (±écart-type)</i>	<i>4,8±3,6</i>	
Algies pelviennes chroniques	184	81,8%
<i>EN moyen/10 (±écart-type)</i>	<i>5,1±3,5</i>	
Dyspareunie	130	57,8%
Symptomatologie digestive	108	48%
<i>Troubles du transit</i>	<i>61</i>	<i>27,1%</i>
<i>Ténesme</i>	<i>53</i>	<i>23,6%</i>
<i>Rectorragies</i>	<i>19</i>	<i>8,4%</i>
<i>Hématémèse</i>	<i>1</i>	<i>0,4%</i>
Symptomatologie urinaire	43	19,1%
<i>Hématurie</i>	<i>5</i>	<i>2,2%</i>
<i>Troubles urinaires</i>	<i>40</i>	<i>17,8%</i>
Pneumothorax cataménial	1	0,4%
Infertilité	99	44%
Asymptomatique	10	4,4%

EN = échelle numérique

Tableau 3 : Localisations initiales de l'EPP parmi les 225 patientes présentées à la RCP endométriose en Lorraine

Localisations initiales	n=225	%
EPP postérieure	166	73,7%
<i>Ligament utéro sacré</i>	92	40,9%
<i>Torus uterinum</i>	119	52,9%
<i>Cloison recto vaginale</i>	35	16%
<i>Recto sigmoïde</i>	111	49,0%
<i>Atteinte pariétale</i>	28	12,4%
EPP antérieure	28	12,4%
<i>Cul de sac sans atteinte pariétale</i>	12	5,3%
<i>Atteinte vésicale</i>	16	7,1%
Atteinte latérale	7	3,1%
Endométriome	100	44,4%
Adénomyose	73	32,4%
<i>Diffuse</i>	28	12,4%
<i>Focale</i>	27	12%
<i>Externe</i>	11	4,9%
Autres		
<i>Hématosalpinx</i>	9	4%
<i>Cicatrice de césarienne / hystérectomie</i>	3	1,3%

EPP = endométriose pelvienne profonde

Tableau 4 : Evaluation des rattrapages de lecture en IRM lors de la RCP endométriose en Lorraine

Relecture IRM en RCP	n=290	%
Nouvelles lésions décrites	37	12,8%
<i>Adénomyose</i>	9	3,1%
<i>Endométriome</i>	9	3,1%
<i>EPP antérieure</i>	1	0,3%
<i>EPP postérieure</i>		
<i>Non digestives</i>	7	2,4%
<i>Digestives</i>	13	4,5%
Lésions infirmées	18	6,2%
<i>Dont Diagnostic d'EPP écartée</i>	8	2,8%
Lésions moins étendues	9	3,1%

EPP = endométriose pelvienne profonde, IRM : imagerie par résonance magnétique

Tableau 5 : Descriptif des examens complémentaires demandés après discussion à la RCP Endométriose en Lorraine

Bilan complémentaire proposé par la RCP	106	36%
Explorations pelviennes		
<i>IRM pelvienne (nouvelle)</i>	19	18%
<i>Coelioscopie diagnostique</i>	11	10,4%
<i>Echographie pelvienne</i>	6	5,7%
Explorations digestives		
<i>Coloscanner</i>	53	50%
<i>Echographie endorectale</i>	36	34%
<i>Rectosigmoidoscopie</i>	12	11,3%
<i>IRM anale</i>	1	1%
<i>Gastroscopie/coloscopie</i>	1	1%
Explorations urinaires		
<i>Cystoscopie</i>	11	10,4%
<i>Uroscanner</i>	5	4,8%
<i>Echographie des voies urinaires</i>	1	1%
Autres		
<i>TDM thoraco-abdomino-pelvien</i>	1	1%
<i>TDM thoracique</i>	1	1%

TDM : tomodensitométrie, IRM : imagerie par résonance magnétique

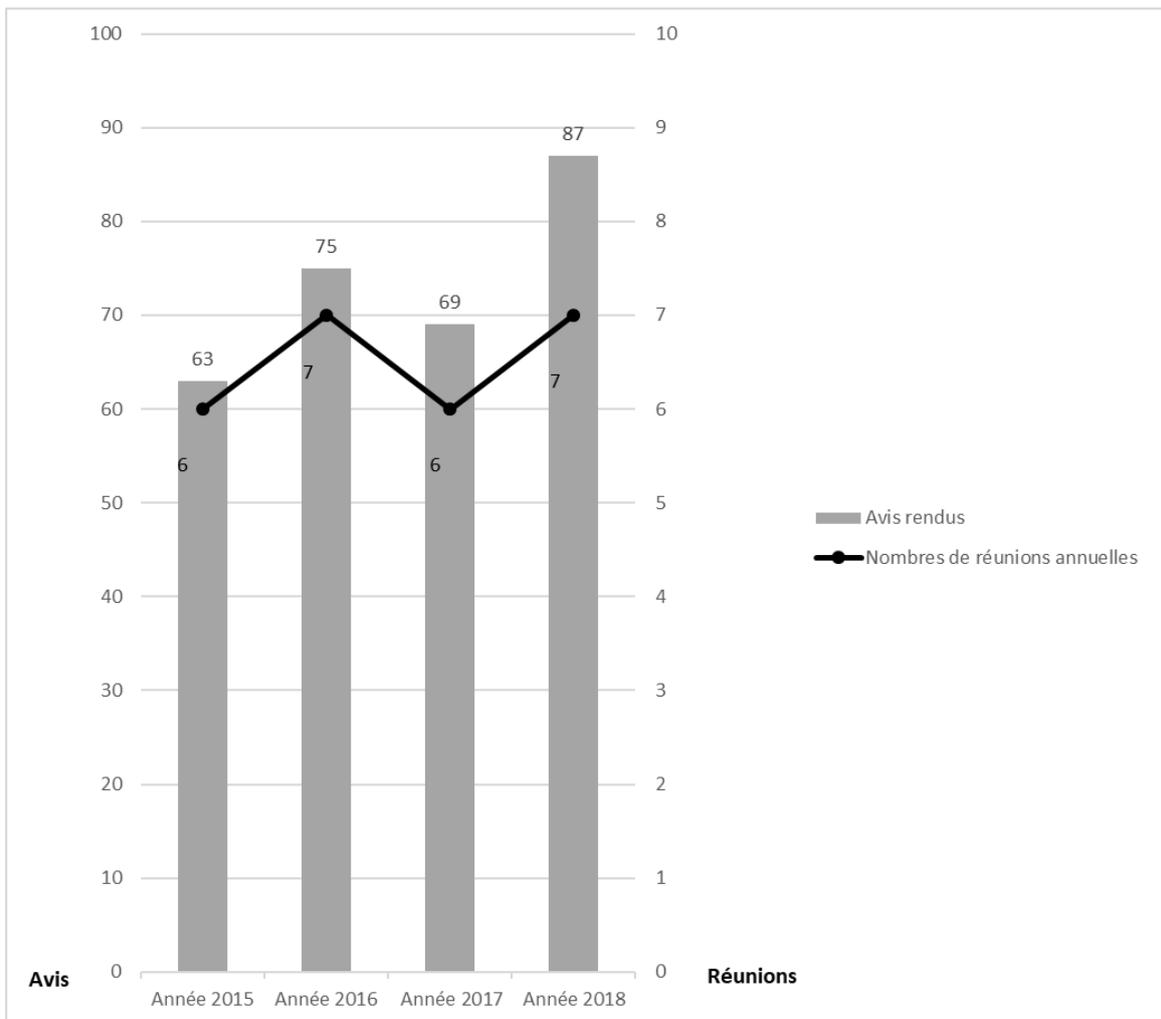


Figure 1 : Evolution annuelle du nombre de réunions et d’avis rendus par la RCP Endométriose en Lorraine

Annexe : Fiche RCP Endométriose Lorraine standardisée en 2019

	XXXX XXXX - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Changer de patient
Nom de naissance	Genre	Date de naissance		
XXXX	Féminin	<input type="text"/>		

[Historique](#) : aucune autre fiche RCP n'existe pour ce patient.

Antécédents

Antécédents (généraux - gynéco)

Gestité - Parité

Contexte

Infertilité Oui Non

Désir de grossesse Oui Non

Algies pelviennes chroniques Oui Non

Sexualité

Aspects psychologiques

Histoire de la maladie

Histoire de la maladie

Thérapeutique

Traitement actuel

Prise en charge antérieure

Symptomatologie

Dysménorrhée Oui Non

Dyspareunie Oui Non

Signes urinaires Oui Non

Signes digestifs Oui Non

Examen clinique

Examen clinique

B *I* U  

Bilan de la réserve ovarienne

AMH ng/ml

Attention : si unité de départ en pmol/L, diviser par 7 pour obtenir en ng/ml.

CFA totale

Imagerie

Echographie pelvienne

IRM pelvienne

Autres imageries

Question posée

Question pour la RCP

Enregistrer le brouillon

Envoyer la demande

⚠ Le formulaire contient des erreurs ou des champs obligatoires non renseignés.

III. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La mise en place de la RCP Endométriose de Lorraine en 2015 au CHRU de Nancy a permis la discussion de la prise en charge de près de 225 patientes atteintes d'endométriose pelvienne profonde ou complexe en 3 ans. La fiche standardisée disponible depuis la création de cette RCP monocentrique permet de décrire l'ensemble de la symptomatologie présentée par les patientes. Cependant, notre étude a montré un taux de données manquantes important pour certains items souvent nécessaires à la prise en charge thérapeutique comme l'échelle numérique de la douleur, la consommation tabagique, le désir de grossesse et le dosage d'AMH. On a ainsi pu envisager, en s'appuyant sur le modèle des RCP oncologiques, des items obligatoires à remplir, au moment de l'enregistrement de la fiche, dans le but d'une meilleure connaissance de la patiente et de sa pathologie. Une réflexion peut être également faite sur la meilleure diffusion de cette RCP aux différents praticiens de la région, sachant qu'un seul médecin hors CHU a fait une demande sur la plateforme RCP endométriose.

Par sa symptomatologie complexe, l'EPP doit relever d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique multidisciplinaires (15). Notre étude a également montré qu'il existait un faible taux de représentation de certaines spécialités pourtant nécessaire à la prise en charge de ces patientes comme un sexologue et psychologue. Une meilleure représentation de ces spécialités serait probablement profitable à la tenue de ces RCP en considérant que chez 47.70% des patientes, il existait un retentissement social avec un impact sur la qualité de vie (43). L'étude de *Simoens. et al* en 2012 avait montré à partir d'une étude multicentrique prospective que les patientes présentant des symptômes d'endométriose avaient une réduction de la qualité de vie de 19 % (8).

L'IRM pelvienne est un examen complémentaire indispensable, surtout lorsqu'une chirurgie est proposée dans les suites, permettant ainsi une cartographie complète de la maladie endométriosique (19). Le choix a été fait pour la RCP endométriose de Lorraine d'effectuer systématiquement une IRM pelvienne notamment afin de pouvoir réaliser une relecture par un radiologue référent en cours de RCP. Notre étude a permis de montrer que la relecture des IRM pelvienne redressait le diagnostic dans 22 % des cas et dans près de la moitié des cas, une nouvelle orientation thérapeutique a été réalisé. Ces résultats sont des arguments de poids pour défendre l'intérêt de notre RCP en endométriose.

Dans la quasi-totalité des IRM jugées non interprétables, il n'y avait eu pas de balisage rectal

et ou vaginal. Le choix de notre équipe de radiologue se porte sur l'adjonction de balisage, l'absence de gel vaginal et rectal semblant être un frein pour l'interprétation des images. Pourtant, lorsque l'on regarde attentivement la littérature, il n'existe pas à l'heure actuelle de protocole de réalisation des IRM pelviennes clairement défini. En 2017, *l'European Society of Urogenital Radiology* (ESUR) a émis des recommandations sur la réalisation des IRM pelviennes dans le contexte d'EPP (21). L'adjonction de gel intra vaginal et ou intra rectal y apparaît alors comme une option. Une réflexion pourrait être menée entre praticiens prescripteurs et radiologues pour que ce balisage soit plus largement effectué.

En plus de la qualité initiale de l'IRM, c'est également l'expertise et l'échange des médecins participants lors de la RCP qui permet d'orienter la prise en charge (44). L'EPP étant une pathologie complexe, sa prise en charge thérapeutique relève le plus souvent d'une discussion multidisciplinaire auprès de praticiens experts de l'endométriose. Après la proposition thérapeutique émise par la RCP, une chirurgie complète des lésions d'EPP a été réalisée dans 35,3 % des cas, et dans 27,8% des cas, la prise en charge chirurgicale était multidisciplinaire. Pour diminuer le risque de complications, le choix de la technique chirurgicale est discuté en RCP. Lorsque la prise en charge relève de plusieurs spécialités chirurgicales, la discussion en RCP permet d'envisager la chirurgie avec un maximum de sécurité.

Ainsi, la prise en charge complexe de l'endométriose soulève la question de la prise en charge orientée et la notion d'avis d'expert (42). En effet, au-delà des RCP, cette amélioration de la prise en charge pourrait passer par la création de Centre Expert de l'Endométriose et par un Plan de Santé national (45). L'EPP étant une maladie chronique, au même titre que le diabète ou l'hypertension artérielle, il serait nécessaire de mettre en place un véritable Parcours de Soins. Il s'agirait alors de permettre une meilleure formation des professionnels de santé, de développer la recherche clinique et fondamentale, de permettre la coordination des professionnels de santé, de diffuser l'information au grand public et finalement de permettre un accès aux soins plus facile aux patientes. La création de RCP régionales reste la clé de voûte de ces projets. L'expérience pilote de centre d'expert mené à Rouen a contribué à améliorer la prise en charge des patientes et a entraîné une augmentation de l'activité en parallèle à une demande croissante des patientes en Normandie (46).

Les Recommandations de bonne pratique émises en décembre 2017 par le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France) tendent vers ces objectifs. Une commission en 2017 a été chargée de définir les centres experts (41). L'objectif principal est de

permettre une amélioration du diagnostic et de la prise en charge des patientes atteintes. Cette amélioration passe par une meilleure formation des professionnels de santé, de développer la recherche clinique, une coordination entre les différents acteurs et de permettre une homogénéisation des pratiques. Le CHRU de Nancy s'inscrit dans une volonté de développement d'un centre d'expert de l'endométriose de Lorraine, au vu de l'activité croissante de la RCP Endométriose en Lorraine.

Pour conclure, le développement des RCP permet de proposer aux patientes une prise en charge complète guidée sur les dernières recommandations thérapeutiques. Une discussion collégiale avec des experts en endométriose est nécessaire en cas d'endométriose complexe. La stratégie thérapeutique doit s'articuler autour des souhaits des patientes et prendre en compte le désir de grossesse lorsqu'il est présent. Le développement des centres d'expert permet de répondre à ces objectifs.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

1. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 avr 2004;18(2):177-200.
2. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol.* 1 janv 1927;14(4):422-69.
3. Gordts S, Koninckx P, Brosens I. Pathogenesis of deep endometriosis. *Fertil Steril.* 1 déc 2017;108(6):872-885.e1.
4. Hirsch M, Duffy JMN, Barker C, Hummelshoj L, Johnson NP, Mol B, et al. Protocol for developing, disseminating and implementing a core outcome set for endometriosis. *BMJ Open.* 1 déc 2016;6(12):e013998.
5. Zhang T, De Carolis C, Man GCW, Wang CC. The link between immunity, autoimmunity and endometriosis: a literature update. *Autoimmun Rev.* 1 oct 2018;17(10):945-55.
6. Nisolle M, Alvarez M-L, Colombo M, Foidart J-M. Pathogenèse de l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 sept 2007;35(9):898-903.
7. Farquhar C. Endometriosis. *BMJ.* 1 févr 2007;334(7587):249-53.
8. 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 Oxf Engl.* mai 2012;27(5):1292-9.
9. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2014 [cité 15 nov 2018];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009590.pub2/abstract>
10. Chapron C, Lang J-H, Leng J-H, Zhou Y, Zhang X, Xue M, et al. Factors and Regional Differences Associated with Endometriosis: A Multi-Country, Case–Control Study. *Adv Ther.* 2016;33:1385-407.
11. Eisenberg VH, Weil C, Chodick G, Shalev V. Epidemiology of endometriosis: a large population-based database study from a healthcare provider with 2 million members. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2018;125(1):55-62.
12. Kuznetsov L, Dworzynski K, Davies M, Overton C. Diagnosis and management of endometriosis: summary of NICE guidance. *BMJ.* 6 sept 2017;j3935.
13. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol.* 1 avr 2019;220(4):354.e1-354.e12.
14. Fauconnier A, Borghese B, Huchon C, Thomassin-Naggara I, Philip C-A, Gauthier T, et al. Épidémiologie et stratégie diagnostique, RPC Endométriose CNGOF–HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 mars 2018;46(3):223-30.

15. Dunselman G a. J, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 1 mars 2014;29(3):400-12.
16. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, et al. [Management of endometriosis: CNGOF-HAS practice guidelines (short version)]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 14 mars 2018;
17. Levy G, Dehaene A, Laurent N, Lernout M, Collinet P, Lucot J-P, et al. Mise au point sur l'adénomyose. /data/revues/22115706/v94i1/S2211570612004663/ [Internet]. 10 janv 2013 [cité 28 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/780494>
18. Maheshwari A, Gurunath S, Fatima F, Bhattacharya S. Adenomyosis and subfertility: a systematic review of prevalence, diagnosis, treatment and fertility outcomes. *Hum Reprod Update.* 1 juill 2012;18(4):374-92.
19. Thomassin-Naggara I, Bendifallah S, Rousset P, Bazot M, Ballester M, Darai E. Performances et critères de qualité de l'IRM, du colo-scanner, de l'entéro IRM/CT pour le diagnostic d'endométriose pelvienne, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 mars 2018;46(3):177-84.
20. Méndez Fernández R, Barrera Ortega J. Magnetic resonance imaging of pelvic endometriosis. *Radiol Engl Ed.* juill 2017;59(4):286-96.
21. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A, et al. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol.* 2017;27(7):2765-75.
22. Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Hum Reprod.* 1 avr 1996;11(4):878-80.
23. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod.* 1 déc 2012;27(12):3412-6.
24. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1 juill 2003;82(7):649-53.
25. d'Argent EM, Coutant C, Ballester M, Dessolle L, Bazot M, Antoine J-M, et al. Results of first in vitro fertilization cycle in women with colorectal endometriosis compared with those with tubal or male factor infertility. *Fertil Steril.* 1 nov 2010;94(6):2441-3.
26. d'Argent EM, Cohen J, Chauffour C, Pouly JL, Boujenah J, Poncelet C, et al. Endométriose profonde et infertilité, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Wwwem-Premiumcomdatarevues24687189unassignS2468718918300382* [Internet]. 14 mars 2018 [cité 21 août 2019]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1203389/resultatrecherche/5>
27. Cohen J, Mathieu d'Argent E, Salleret L, Antoine J-M, Chabbert-Buffet N, Bendifallah S, et al. Endométriose profonde et fertilité. *Presse Médicale.* 1 déc 2017;46(12, Part 1):1184-91.

28. Daraï E, Cohen J, Ballester M. Colorectal endometriosis and fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 févr 2017;209:86-94.
29. Ferrier C, Roman H, Alzahrani Y, d'Argent EM, Bendifallah S, Marty N, et al. Fertility outcomes in women experiencing severe complications after surgery for colorectal endometriosis. *Hum Reprod.* 1 mars 2018;33(3):411-5.
30. Roman H. Endometriosis surgery and preservation of fertility, what surgeons should know. *J Visc Surg.* 1 juin 2018;155:S31-6.
31. Bourdon M, Santulli P, Marcellin L, Lamau MC, Maignien C, Chapron C. Infertilité et endométriose digestive : faut-il opérer ?
Wwwem-Premiumcomdatarevues24687189unassignS246871891730171X [Internet]. 30 août 2017 [cité 21 août 2019]; Disponible sur:
<http://www.em.premium.com/article/1138123/resultatrecherche/8>
32. Harada T, Taniguchi F, Onishi K, Kurozawa Y, Hayashi K, Harada T. Obstetrical Complications in Women with Endometriosis: A Cohort Study in Japan. *PLoS ONE* [Internet]. 22 déc 2016 [cité 15 nov 2018];11(12). Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5179019/>
33. Abrão MS, Petraglia F, Falcone T, Keckstein J, Osuga Y, Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the recto-sigmoid: critical factors to consider before management. *Hum Reprod Update.* 1 mai 2015;21(3):329-39.
34. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Penninckx F, Vergote I, et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update.* 1 mai 2011;17(3):311-26.
35. Roman H. A national snapshot of the surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum and colon in France in 2015: A multicenter series of 1135 cases. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 1 févr 2017;46(2):159-65.
36. Saavalainen L, Heikinheimo O, Tiitinen A, Härkki P. Deep infiltrating endometriosis affecting the urinary tract—surgical treatment and fertility outcomes in 2004–2013. *Gynecol Surg.* 2016;13(4):435-44.
37. Morelli L, Perutelli A, Palmeri M, Guadagni S, Mariniello MD, Di Franco G, et al. Robot-assisted surgery for the radical treatment of deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement: short- and mid-term surgical and functional outcomes. *Int J Colorectal Dis.* 1 mars 2016;31(3):643-52.
38. Poujois J, Mézan De Malartic C, Callec R, Bresler L, Hubert N, Judlin P, et al. Deep infiltrating endometriosis: Interest of the robotic approach for a fledgling team. *J Endometr Pelvic Pain Disord.* 1 sept 2019;11(3):152-7.
39. reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf

40. Dell'oro M, Collinet P, Robin G, Rubod C. Réunion de concertation pluridisciplinaire de l'endométriose pelvienne profonde : intérêts et modalités de fonctionnement. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 janv 2013;41(1):58-64.
41. Chanavaz-Lacheray I, Darai E, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P, et al. Définition des centres experts en endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):376-82.
42. Darai E, Bendifallah S, Chabbert-Buffet N, Golfier F. Arguments pour la création de centres experts en endométriose. *Presse Médicale*. 1 déc 2017;46(12, Part 1):1218-22.
43. Denouel A, Fauconnier A, Torre A. Attentes des femmes atteintes d'endométriose : quelle information apporter ? RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):214-22.
44. Bolze PA, Descargues P, Poilblanc M, Cotte E, Sesques A, Paparel P, et al. Apport de la réunion de concertation pluridisciplinaire à la pertinence du diagnostic et du traitement de l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv 2019;47(1):3-10.
45. D'Hooghe T, Forman A. European Accreditation of Endometriosis Centers of Expertise. *Gynecol Obstet Invest*. 2013;76(1):1-3.
46. Roman H, Chanavaz-Lacheray I. Le Centre expert de diagnostic et de prise en charge multidisciplinaire de l'endométriose de Rouen : une expérience pilote française. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 juill 2018;46(7):563-9.

RESUME DE LA THESE

Objectifs : L'endométriose pelvienne est une maladie fréquente et sous diagnostiquée qui concerne environ 10 % des femmes en âge de procréer. La prise en charge diagnostique et thérapeutique des formes profondes est complexe par les nombreuses atteintes possibles, la difficulté de leur prise en charge chirurgicale et leur impact sur la fertilité. Ces problématiques ont poussé de nombreuses équipes à proposer une expertise de cette maladie au travers de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Notre étude a pour objectif d'évaluer la mise en place d'une RCP Endométriose en Lorraine dans la prise en charge des patientes atteintes d'endométriose profonde ou complexe.

Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée chez l'ensemble des patientes présentées de mars 2015 à décembre 2018 à la RCP Endométriose de Lorraine au CHRU de Nancy. L'ensemble des données radiologiques et cliniques fournies sur ces fiches par le médecin demandeur et les conclusions de la RCP ont été analysées.

Résultats : 26 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire Endométriose ont été effectuées. Plusieurs spécialités étaient présentes : urologues, chirurgiens digestifs, radiologues, médecins de la douleur, gynécologues et médecins de la reproduction. La relecture de l'imagerie par résonance magnétique par le radiologue référent a permis un rattrapage diagnostique dans 22 % des cas. De nouveaux examens complémentaires ont été demandés dans 36 % des cas. À la suite du passage en RCP, l'orientation thérapeutique initiale a été modifiée dans 48% des cas.

Conclusion : La mise en place d'une RCP endométriose en Lorraine a permis un rattrapage diagnostique important ainsi qu'une nouvelle orientation thérapeutique en rapport avec la relecture des IRM pelviennes. La prise en charge complexe de l'endométriose pelvienne profonde soulève la question d'une orientation systématique de ces patientes auprès de centre expert.

TITRE EN ANGLAIS : Establishment of a Multidisciplinary Consultation Meeting for the management of deep endometriosis: interests and practices at the University Hospital of Nancy

THESE : MEDECINE – GYNECOLOGIE MEDICALE – ANNEE 2019

MOTES CLES : Endométriose pelvienne profonde, réunions de concertation pluridisciplinaire, relecture, centre expert

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
