

## **Faut-il coelioscoper les adolescentes ?**

Patrick Madélenat  
Juin 2008

La difficulté de vivre avec une endométriose est admise de toutes celles qui en souffrent.

En parallèle la difficulté de son traitement est reconnue par tous ceux qui les soignent. Le retard au diagnostic est une malheureuse évidence qui ne s'améliore que bien lentement avec le temps. On chiffre trop souvent en années le délai séparant le début des troubles de l'établissement d'un diagnostic de certitude. Ainsi les circonstances où l'extension des lésions est déjà importante à cette date de première reconnaissance sont malheureusement trop fréquentes.

Il est permis de penser que les endométrioses extensives avec atteinte viscérale, rectale notamment, sont depuis quelques années en croissance exponentielle pour des raisons tenant certainement pour une part à des facteurs environnementaux encore mal cernés. Or la prise en charge de ces formes sévères de la maladie comporte des vicissitudes fréquentes en terme de difficultés opératoires, de complications chirurgicales et de séquelles parfois durables. L'altération de la réserve ovarienne, les dysfonctions vésico urétrales ou anorectales, le retentissement sur la sexualité sont monnaie courante dans le contexte d'une chirurgie, dont ceux qui s'y attaquent connaissent le caractère très souvent ingrat.

Or l'interrogatoire de ces patientes retrouve très souvent la notion d'une dysménorrhée ancienne évoluant de longue date sans qu'elle ait toujours été corrélée à l'éventualité d'une endométriose débutante. Et le regret vient alors de ne pas avoir été interventionniste à un stade où le geste chirurgical aurait pu être moins contraignant.

### **Une pratique extensive de la coelioscopie**

Faut-il pour autant soutenir le principe d'une pratique très extensive voire systématique de la coelioscopie d'inventaire chez ces jeunes patientes dysménorrhéiques ?

On ne peut répondre à cette question que par la négative. Toutefois la justification d'une telle attitude abstentionniste est difficile à soutenir du fait de l'inexistence de travaux de référence permettant de quantifier précisément le vrai problème pratique : c'est-à-dire la corrélation précise existant chez ces femmes jeunes entre l'endométriose et la dysménorrhée.

Que trouve-t-on dans la littérature médicale à ce propos ? Des estimations à prendre " avec des pincettes ". Rien ne serait pire que les interpréter au pied de la lettre :

- car il s'agit de populations sélectionnées et non tout venant, s'étant déjà vues proposer des alternatives médicales avec plus ou moins de succès,
- car le fait même de pratiquer une coelioscopie induit un biais de sélection à l'évidence corrélé à la sévérité de la symptomatologie.
- car la dispersion majeure des taux de reconnaissance de l'endométriose traduit des divergences indiscutablement liées à la qualité malheureusement variable de la recherche des lésions.

Si donc la coelioscopie systématique pour toutes les dysménorrhées de l'adolescente ou de la jeune fille n'est pas défendable, comment éviter l'insouciance malheureusement trop fréquente consistant à banaliser une douleur menstruelle dont c'est une grave erreur de l'estimer physiologique de principe.

Cet article a été remis à EndoFrance par le Pr Madélenat pour une utilisation réservée à l'association EndoFrance

## **Il y a des terrains de risque endométriosiques.**

Il est vrai qu'ils sont difficiles à cerner et plus encore à quantifier, mais ils existent ! L'antécédent familial proche (la mère, la sœur...) ou plus éloigné n'est pas exceptionnel. On n'a pas encore découvert le gène de l'endométriose mais ça viendra... Certaines malformations génitales, mais elles sont rares, ont un risque spécifique reconnu à la greffe endométriosique secondaire. Le stress dont beaucoup de patientes admettent la réalité n'est pas à négliger dans le cadre de l'endométriose comme pour beaucoup d'autres affections dont l'organicité ne fait aucun doute. Mais la discussion reste ouverte de la hiérarchie relative concernant cette situation comportementale et la maladie : le stress crée-t-il l'endométriose ou est-ce l'inverse ?

Quant aux traumatismes de l'enfance physique ou psychique dont certains ont aventurément soutenu l'idée d'une fréquence élevée chez les endométriosiques, il aurait peut-être fallu au préalable les estimer au travers de la population générale avant d'en faire inconsidérément et abusivement un antécédent habituel de l'endométriose. Les patientes endométriosiques ont globalement désapprouvé cette présentation caricaturale et excessive. Qui pourrait ne pas les comprendre ?

## **Alors que faire en pratique chez la jeune patiente dysménorrhéique ?**

L'examen clinique toujours, bien sûr. Mais l'âge et la virginité sont souvent un obstacle à ce principe élémentaire. L'intérêt du toucher rectal, même s'il devrait toujours être pratiqué, est modeste, car les lésions sont rarement très extensives à ce stade de l'existence. Si le toucher vaginal est possible, l'exploration attentive de l'étage sous-péritonéal est essentielle. On ne trouve que ce qu'on cherche, quel que soit l'inconfort de cette quête.

Doser le CA125 plasmatique assez rapidement. Il n'est pas très performant, c'est vrai ! Mais il est peu invasif et peu coûteux. Alors pourquoi s'en priver dans un contexte où les dépenses liées à l'exploration et au traitement risquent fort de s'alourdir ?

Demander une échographie sans aucun doute. Il est vrai que l'endomètre ovarien qui est bien reconnu par les ultra-sons est loin d'être fréquent chez ces jeunes patientes. Mais ce serait une erreur de ne pas le chercher car il n'est pas non plus exceptionnel. En outre, les performances de l'échographie moderne ne cessent de s'améliorer en ce qui concerne les localisations sous-péritonéales de l'affection. Si l'accès vaginal n'est pas possible, il faut savoir ne pas oublier l'alternative que représente l'échographie endo-rectale dont la contrainte n'est pas aussi lourde que certains l'imaginent pour ces jeunes patientes.

Penser à l'IRM sans y recourir en première intention. Nul ne conteste aujourd'hui les performances de cette exploration qui en font le " gold standard " de l'imagerie. Il faut toutefois souligner le caractère opérateur dépendant de cette exploration dans un contexte que tous les radiologues sont loin de maîtriser. Ainsi faut-il relativiser les résultats faussement négatifs de certains examens qui pourraient injustement discréditer cette imagerie performante. Toutefois sa prescription ne se défend qu'en deuxième intention lorsque les ressources de la clinique et de l'échographie ont été épuisées. En outre son indication ne devrait logiquement s'envisager qu'après l'échec vérifié de tests thérapeutiques antigonadotropes correctement choisis et prescrits.

## **La place des traitements d'épreuve**

Il appartient en effet à différents traitements d'épreuve de participer au " décryptage " de la dysménorrhée de l'adolescente, contribuant ainsi à l'élimination ou à la suspicion

Cet article a été remis à EndoFrance par le Pr Madélenat pour une utilisation réservée à l'association EndoFrance

renforcée de l'origine endométriosique du symptôme. On connaît l'escalade thérapeutique habituelle que connaissent toutes ces jeunes dysménorrhéiques.

Elle commence par les anti-inflammatoires non stéroïdiens dont on connaît l'étendue de la gamme. S'ils agissent on s'en réjouit et l'on persévère dans leur prescription. Toutefois l'endométriose dont l'hypothèse s'éloigne n'est pas formellement éliminée. S'ils échouent on passe à la marche suivante.

Les oestroprogestatifs sont ainsi le second recours dans un contexte où leur intérêt contraceptif n'est qu'une valeur ajoutée loin d'être toujours nécessaire. Ils améliorent souvent la situation sans qu'on puisse là encore en tirer des conclusions hâtives et formelles sur l'existence ou l'absence d'endométriose.

Une étape supplémentaire est représentée par les progestatifs antigonadotropes. Habituellement le standard est représenté par les Norpregnanes dont la balance en terme d'avantages et d'inconvénients est plus acceptable que celle des norstéroïdes. Trois mois d'administration continue sont une proposition consensuelle bloquant les règles. Mais d'autres schémas discontinus avec conservation du cycle menstruel ne sont pas à écarter.

Faut-il aller jusqu'à la prescription des analogues dans un contexte où la preuve formelle de l'endométriose, reposant par principe sur la cœlioscopie n'est pas établie ? C'est loin d'être certain. Les conséquences possibles de cette prescription ne serait-ce que sur l'ostéogénèse de ces jeunes filles, appellent beaucoup de réserves et la prudence est de les éviter en dehors d'un argument de certitude qu'il est toujours difficile d'avoir sans le recours à la cœlioscopie.

Ainsi donc une fois la synthèse faite de cette démarche exploratoire et thérapeutique, se trouve de nouveau posée la question initiale.

### **Parmi les jeunes filles dysménorrhéiques lesquelles relèvent de la cœlioscopie, et à quel moment de leur cursus ?**

Aussi difficile que soit l'établissement d'un consensus dans un contexte où le raisonnement s'effectue souvent au cas par cas, il peut sembler légitime de proposer la cœlioscopie :

- Lorsque l'intensité de la dysménorrhée est telle qu'elle perturbe la vie personnelle familiale et sociale de la jeune patiente. L'absentéisme scolaire et le confinement au domicile en phase menstruelle sont des paramètres certes subjectifs mais d'une valeur certaine. Est-ce que la cœlioscopie est un si grand drame qu'on s'en abstienne dans ces situations extrêmes ?
- Lorsque la dysménorrhée persiste quelle que soit son importance, après que les explorations n'aient permis aucune explication et les tests thérapeutiques subi un constat d'échec. La cœlioscopie ne retrouvera pas toujours une endométriose mais elle récupérera inmanquablement un certain nombre de faux négatifs de la démarche exploratoire.
- Lorsque l'imagerie (ETG ou IRM) est en faveur d'une endométriose et qu'il semble y avoir un bénéfice à son éradication chirurgicale. La situation est ici complexe à appréhender. Quel est le bénéfice réel d'une cœlioscopie d'inventaire si le diagnostic est à priori certain ? L'exérèse chirurgicale des lésions endométriosiques à cette époque de l'existence est-elle une réelle garantie en ce qui concerne la prévention de l'évolution de la maladie? Gardons-nous de toute certitude à ce propos. La cœlioscopie dans un tel contexte est sûrement légitime, de là à dire qu'elle est indispensable...

Cet article a été remis à EndoFrance par le Pr Madélenat pour une utilisation réservée à l'association EndoFrance

- Lorsqu'il existe un doute laissant penser à d'autres hypothèses étiologiques. On pense notamment aux I.S.T de l'adolescente et de la jeune fille avec leurs conséquences possibles en terme de fertilité. La cœlioscopie est alors une arme efficace pour réorienter certains tableaux cliniques particulièrement trompeurs.
- Lorsque le contexte psycho familial dans lequel évolue le symptôme est particulièrement pressant. Tous les praticiens connaissent ces situations où le questionnement de la jeune patiente (et de sa mère...) ne se satisfait pas des réponses fournies. Il ne faut certainement pas banaliser ce que certains esprits critiques pourraient qualifier d'indications purement psychologiques. Mais parfois dans des situations hautement anxiogènes, faire une cœlioscopie " pour savoir " n'est pas forcément critiquable, à condition de ne pas en abuser... Il faudra après gérer l'aval que l'on découvre une endométriose, ou que l'on constate son absence...

### **La cœlioscopie est décidée.**

Il faut la faire. Mais il faut bien la faire. Rien n'est pire qu'une exploration de ce type dont on aurait galvaudé la pratique et les conclusions.

L'endométriose est une maladie intra péritonéale mais elle n'est pas uniquement ovarienne et tubaire. Il faut observer l'ensemble du péritoine pelvien y compris dans certains sites dissimulés (cul de sac vésico utérin, bas fond du cul de sac de Douglas, péritoine latéro pelvien juxta ovarien). Il faut connaître l'aspect polymorphe des lésions péritonéales si différentes selon leur ancienneté. Il faut savoir que tout kyste ovarien hémattique n'est pas forcément endométriosique alors que d'autres contenus liquidiens à priori peu caractéristiques de l'endométriose.

L'endométriose peut parfois concerner l'utérus. Mais il est vrai que cette localisation est exceptionnelle chez la jeune fille.

L'endométriose est une maladie parfois abdominale avec des localisations digestives (appendice, caecum, sigmoïde) ou péritonéales (gouttières pariéto coliques, coupes diaphragmatiques). La cœlioscopie est la plupart du temps effectuée par un gynécologue orienté sur le pelvis mais cette qualification ne le dispense pas d'explorer l'espace abdominal !

L'endométriose est de plus en plus souvent à notre époque une maladie sous péritonéale concernant notamment l'espace recto vaginal. L'exploration soignée du relief des utero sacrés, de la face postérieure de l'isthme utérin et du cul de sac postérieur vaginal se doivent d'être systématiques. Le doute doit conduire à l'ouverture du péritoine rétro-vaginal pour compléter un bilan qui méconnaît malheureusement trop souvent ces lésions inaccessibles à une observation sommaire limitée à l'espace intra péritonéal. Voici le cahier des charges que devrait respecter tout coeliochirurgien prenant en charge une patiente suspecte d'endométriose.

La biopsie des lésions est un complément indispensable car le diagnostic d'une affection qui engage aussi lourdement l'avenir de ces jeunes patientes ne saurait se limiter à l'aspect macroscopique des lésions. Enfin lorsque la cœlioscopie n'a pas affirmé l'endométriose que l'on pouvait espérer (ou craindre...), il ne faut pas oublier que l'on a proposé à une jeune fille une exploration contraignante et reprendre le bilan anatomique en envisageant d'autres hypothèses, ce qui doit figurer dans le compte-rendu même au titre d'une recherche négative.

### **Conclusion**

Cet article a été remis à EndoFrance par le Pr Madélenat pour une utilisation réservée à l'association EndoFrance

Certes la dysménorrhée de la jeune fille est une situation fréquente et souvent physiologique.

Toutefois la banaliser de manière systématique est une erreur dont les conséquences peuvent être lourdes. La coélioscopie est une exploration contraignante mais son bénéfice est parfois considérable. Dans le souci de reconnaître et de traiter les endométrioses débutantes il faut trouver une juste mesure dans l'indication de cette exploration chez les jeunes filles douloureuses.

Le respect de certains principes en terme d'exploration et de traitement médical devrait permettre un équilibre raisonnable entre le souhait d'éviter des interventions inutiles et celui de mettre un terme à une incertitude diagnostique souvent beaucoup trop prolongée.

Il reste lorsque la coélioscopie a été effectuée et qu'elle a permis la découverte (et le traitement ...) d'une endométriose à prévenir ce qui constitue la crainte habituelle de ces jeunes patientes et de leur entourage : la survenue d'une récurrence. On aurait grand tort de la croire inéluctable, mais il serait aussi innocent de l'estimer impossible. L'endométriose est une maladie hormono-dépendante liée à la sécrétion oestrogénique des ovaires. Le principe général, en dehors du désir de grossesse bien sûr, est de freiner le fonctionnement ovarien. Les oestroprogestatifs contraceptifs remplissant ce rôle, certains progestatifs faiblement dosés et dénués d'effets secondaires gênants également.

Moins l'ovaire d'une endométriosique fonctionne, moins les lésions évoluent. Moins une endométriosique a de règles, mieux elle se porte.

Ainsi donc est-il légitime de proposer un freinage ovarien au long cours chez ces jeunes patientes en surveillant la tolérance clinique et biologique de ces prescriptions. Mais il faut savoir que le risque zéro en matière de récurrence endométriosique ne peut jamais être affirmé, et savoir aussi qu'il faudra bien un jour interrompre le traitement ne serait-ce qu'en raison d'un désir de grossesse... Nous savons toutefois à notre époque combien ce projet est souvent différé !

*Conflits d'intérêts : l'auteur n'a pas transmis de conflits d'intérêts concernant les données diffusées dans cet article ou publiées dans la référence citée*

## **Bibliographie**

Dysmenorrhea in adolescents. Diagnosis and treatment.  
Linda French.  
Pediatr Drugs 2008; 10 (1): 1-7. 1174-5878/08/0001-0001/S48.00/0.

Mini Review: Dysmenorrhea in adolescents and young adults: Etiology and management.  
Zeev Harel,MD  
J. Pediatr Adolesc Gynecol (2006) 19:363-371.

Dysmenorrhea in Adolescents.  
Zeev Harel.  
Annals of the New York Academy of Sciences. 1135: 185-195 (2008). Doi:  
10.1196/annals.1429.007.

Adolescent endometriosis : Diagnostis and treatment approaches.  
Marc R. Laufer, MD, Joseph Sanfilippo, MD, MBA, and Gillian Rose, MD, MBBS, MRCOG  
J. Pediatr Adolesc Gynecol (2003) 16:S3-S11.

Cet article a été remis à EndoFrance par le Pr Madélenat pour une utilisation réservée à l'association EndoFrance

Adolescent pelvic pain.

Joseph S. Sanfilippo.

Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Vol 17, No.1,pp.93-101,2003.