

Endométriose : à quand une place pour la biologie ?

L'endométriose : information, diagnostic, prise en charge. De nombreux défis restent à relever dans cette pathologie qui concerne pourtant 10 % des femmes en âge de procréer. L'arrivée d'un test diagnostique spécifique ne semble pourtant pas encore à l'ordre du jour.

« Il faut que la population générale et le corps médical cessent d'entretenir cette idée fausse que les femmes ont à en baver une fois par mois. » Pour le Pr Hervé Déchaud, responsable de l'équipe de médecine de la reproduction au CHU Arnaud de Villeneuve à Montpellier, le premier défi à relever en matière d'endométriose serait de ne plus banaliser les règles douloureuses. Avant d'affirmer que ces douleurs sont normales, il faut écarter l'une des principales causes de douleurs menstruelles : l'endométriose, pathologie qui se caractérise par la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Ce tissu peut se trouver sur les ovaires, les trompes de Fallope, les intestins, voire à d'autres endroits dans la cavité pelvienne et même en dehors du bassin. Ce tissu superflu crée une inflammation, d'où les douleurs et parfois la formation de tissu cicatriciel, également connu sous le terme d'adhérences, qui relie les organes entre eux, causant davantage de douleurs et d'inconfort, et responsables de nombreux cas d'infertilité.

Une femme sur dix concernée

Dans la population générale, 10 % des femmes seraient concernées par l'endométriose, une prévalence qui monte à 30 à 50 % parmi les femmes souffrant de règles douloureuses ou d'infertilité, « et à 60 % chez les femmes touchées par une infertilité dite inexplicite », ajoute le Pr Déchaud. Ces chiffres font de l'endométriose l'un des problèmes de santé les plus courants chez les femmes. Pourtant, l'étiologie de cette maladie reste méconnue et il n'existe aucun moyen non invasif de la diagnostiquer et pas davantage de la guérir, même si des traitements permettent d'agir sur ses symptômes (douleurs et/ou infertilité).



L'enjeu dans la prise en charge de l'endométriose : trouver une alternative diagnostique non invasive à la chirurgie.

Pour le gynécologue obstétricien, le premier besoin à combler concerne l'information : « Il ne faut pas s'étonner qu'un médecin qui n'a reçu que deux heures de cours sur les douleurs pelviennes pendant son cursus n'ait pas le réflexe endométriose face à des menstruations douloureuses ou abondantes. Mener une réflexion sur la formation médicale serait donc une première étape. Puis, il faut que les choses s'organisent également au niveau de la population générale. » Une association de patients, EndoFrance, a entamé ce travail d'information, mais « il s'agit encore de balbutiements ».

La coelioscopie, étape indispensable du diagnostic

Le deuxième défi concerne le diagnostic de la maladie. Aujourd'hui, celui-ci nécessite une coelioscopie couplée à des examens radiologiques : « Il faut donc soit ouvrir, soit fermer les yeux sur la douleur », schématise le Pr Déchaud. En effet, les techniques d'imagerie, telles que l'échographie et l'IRM, permettent de repérer certaines formes de la maladie, mais pas toutes. Un résultat négatif



Isabelle Lestienne-Deleze

De l'intérêt de la pluridisciplinarité

Lors d'une réunion de consensus tenue au terme du dernier congrès mondial sur l'endométriose en 2011, l'intérêt de la pluridisciplinarité est ressorti comme l'un des points majeurs de la prise en charge. « Aussi bon soit-il, un gynécologue seul ne peut pas prendre en charge correctement l'endométriose », confirme le Pr Hervé Déchaud, responsable de l'équipe de médecine de la reproduction au CHU Arnaud de Villeneuve à Montpellier. Selon les cas, radiologue, biologiste, urologue, chirurgien digestif, médecin de la douleur, psychologue ou endocrinologue doivent pouvoir participer aux décisions concernant les modalités de prise en charge. « Celles-ci doivent pouvoir être prises de façon collégiale en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) », ajoute le Pr Déchaud. Mais la généralisation de ces pratiques en France impliquerait la création de centres de référence disposant d'un plateau technique adéquat... Une idée qui n'a pas encore fait son chemin dans notre pays, contrairement à nos voisins allemands, par exemple, chez qui les cas sévères d'endométriose sont systématiquement confiés à des équipes spécialisées.



L'endométriose se caractérise par la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Ce tissu superflu crée une inflammation, d'où les douleurs et parfois la formation de tissu cicatriciel, également connu sous le terme d'adhérences.

ne permet donc pas d'affirmer l'absence d'endométriose ou son degré de sévérité. « Quant à la coelioscopie, elle met en évidence ce qui est superficiel, mais l'on prend le risque de passer à côté d'une forme profonde si l'on n'a pas réalisé d'IRM au préalable », complète le gynécologue.

Ce diagnostic lourd et invasif limite considérablement la prise en charge de l'endométriose, d'autant que s'ajoute une autre difficulté : l'absence de corrélation entre la sévérité des symptômes et celle de la maladie. Ainsi, une endométriose légère pourra engendrer de fortes douleurs, voire une infertilité, tandis qu'une endométriose sévère pourra être sans effet sur la qualité de vie de la patiente. Le Pr Déchaud serait d'ailleurs tenté de parler d'endométrioses au pluriel, afin de distinguer les formes évolutives et actives des formes quiescentes, celles inflammatoires provoquant des douleurs permanentes, de celles asymptomatiques, etc. Quoi qu'il en soit, il faut recourir à la chirurgie pour poser un diagnostic définitif et traiter dans la foulée si celui-ci s'avère positif : « Aujourd'hui, on ne réalise plus de coelioscopie à visée uniquement diagnostique, à moins que l'on juge que l'on ne pourra pas traiter correctement au vu de ce que l'on découvre, ou qu'une partie de l'opération nécessite d'informer la patiente au préalable, par exemple en cas de besoin d'une résection rectale », explique le gynécologue.

« Le CA125 ne peut pas être considéré comme un marqueur de l'endométriose. »

en génétique progressent et ont notamment montré l'intérêt des gènes du chromosome 7, « mais nous sommes encore loin du compte », estime le spécialiste, qui estime l'avènement d'un test génétique peu probable. Des différences au niveau des biopsies de muqueuse utérine réalisées chez des femmes atteintes ou non d'endométriose suscitent davantage d'espoirs. Cependant, les résultats restent à confirmer sur des séries de meilleure qualité. L'arrivée d'un test diagnostique dans ce domaine ne se fera donc pas non plus dans les années qui viennent.

Enfin, côté biomarqueur, malheureusement aucun n'a encore été validé. Le CA125, déterminant antigénique de différenciation cœlomique reconnu par l'anticorps monoclonal OC125, qui a pourtant fait couler beaucoup d'encre à une époque, « renseigne sur le degré d'inflammation/réaction péritonéale, mais s'avère totalement aspécifique et très peu sensible par rapport à l'endométriose », souligne le Pr Déchaud. Le CA125 ne peut pas être considéré comme un marqueur de l'endométriose, il ne peut même pas servir à l'appréciation de la sévérité de la maladie. Son intérêt se limite à l'orientation du diagnostic vers une lésion néoplasique, en cas de kyste ovarien par exemple. » Par ailleurs, le spécialiste place peu d'espoirs dans la découverte d'un biomarqueur unique. L'arrivée d'un diagnostic biologique reposant sur un panel de marqueurs lui semble plus probable, mais là encore il va falloir attendre... Pour l'heure, qu'il s'agisse du diagnostic ou du suivi de la maladie, le meilleur indicateur reste la patiente (âge, désir de grossesse, douleurs, etc.) : « Quelle que soit la situation, la qualité de vie de la patiente doit être ce qui guide la prise en charge », conclut le Pr Déchaud. ■

Vers un diagnostic non invasif ?



30 à 50 % des femmes qui souffrent de règles douloureuses ou d'infertilité seraient concernées par l'endométriose.

Trouver une méthode diagnostique non invasive de l'endométriose entraînerait donc une révolution des pratiques. Mais à l'heure actuelle, les espoirs sont minces : « Il existe de nombreuses pistes mais peu aboutissent », constate Hervé Déchaud. Les recherches