

*Explique-moi*

# L'Endométriose

Destiné aux patients ET aux professionnels



Réalisé par

Enzo Brignano Ostéopathe D.O.

23 avenue Victoria 83400 hyères

[enzobrignano.osteopathe@gmail.com](mailto:enzobrignano.osteopathe@gmail.com)

# Sommaire

- **Qu'est que l'endométriose ?**
- **Quelle est l'origine de la maladie ?**
- **Qu'est-ce que l'adénomiose ?**
- **quels sont les stades de la maladie ?**
- **Quels sont les symptômes ?**
- **Pourquoi les symptômes apparaissent ?**
- **Comment le diagnostiquer ?**
- **Que faire pour les soulager ?**
- **Que dit la science ?**
- **Sources**
- **Présentation**



Vous trouverez dans ce livret des informations en bleu pour les explications destinées aux patients, avec un vocabulaire moins médical.

Et vous trouverez en rouge les informations plus complexes, destinées aux professionnels du monde médical.

# Qu'est que l'endométriose ?

L'endométriose est une maladie gynécologique qui touche une personne menstruée sur 10.

68% des personnes atteintes ont entre 25 et 49 ans.

On note que le risque est plus élevée chez les femmes qui ont des règles précoces, (avant 12 ans), des cycles menstruels courts, ou encore avec des règles abondantes.

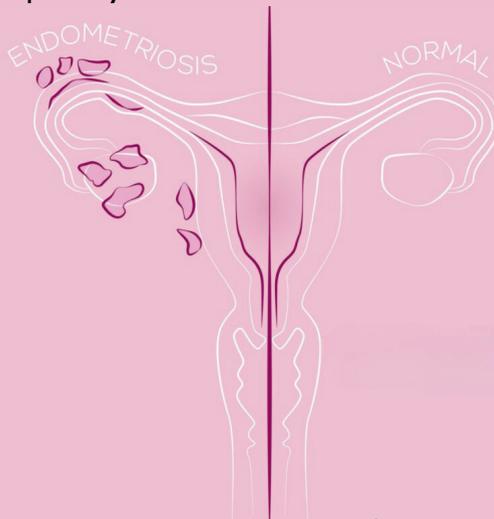
Aussi, l'indice de masse corporelle est un facteur puisque les femmes avec un IMC faible ou un petit poids de naissance voient leur risque de développer une endométriose augmenter.



On dit qu'il y a une endométriose lorsque l'on trouve du tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de la cavité utérine, c'est ce que l'on appelle des « lésions ». Autrement dit, on trouve du tissu fonctionnant comme la muqueuse utérine autour de l'utérus, sur les ovaires, ou dans le sac abdominal, au contact des organes digestifs, voire même dans la cavité thoracique au contact des poumons par exemple

La muqueuse utérine, sous l'influence des hormones, s'épaissit et desquame ce qui donne les menstruations lors de chaque cycle.

Le tissu endométriosique subit les mêmes changements avec cette influence hormonale, et lors de chaque cycle, ce tissu aussi se développe et saigne.



# Quelle est l'origine de la maladie ?

L'origine est encore très mal comprise par la communauté scientifique et plusieurs hypothèses sont évoquées.

L'hypothèse principale est celle des menstruations rétrogrades. Cela veut simplement dire que le sang des menstruations, passe en petite partie par les trompes et se retrouve en dehors de la cavité utérine, donc dans l'abdomen, au contact des autres organes et du péritoine (le sac dans lequel sont les organes abdominaux). Le sang est composé en partie de cellules de l'endomètre. Ces cellules peuvent s'implanter et générer des lésions endométriosiques, provoquant inflammations et adhérences.



Cependant, ce n'est pas la seule cause car les cliniciens estiment à 90% les femmes qui présentent des saignement rétrogrades et seulement 10% déclarent une endométriose.

Parmi les autres facteurs nous pouvons compter les prédisposition génétiques, des anomalies du système immunitaire laissant s'implanter les cellules endométriose.

Un dysfonctionnement du système immunitaire est suspecté car plusieurs altération ont déjà pu être décrites comme une inflammation chronique, présence accrue de Lymphocyte T régulateurs, macrophages altérés...

En revanche on ne sait pas encore si la maladie est à l'origine de ces modifications ou si ces modifications immunitaires sont facteurs d'apparitions de l'endométriose.



Un autre facteur est à prendre en compte : c'est une maladie hormono-dépendante puisque les lésions sont soumises à la variation hormonale. On peut alors se poser la question des perturbateurs endocriniens, des polluants environnementaux. Ce facteur est étudié mais pas encore mis en cause de manière vérifiée par la communauté scientifique. (1)

1. Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique - Daraï et al.

# Qu'est-ce que l'adénomyose ?

L'adénomyose est une forme particulière d'endométriose. Les lésions ne sont pas en dehors de l'utérus mais dans la partie musculaire de l'utérus lui même.



# Quels sont les symptômes ?

Les principaux symptômes sont des douleurs et une infertilité.

Attention, on parle d'infertilité ici, pas de stérilité.

L'infertilité est une difficulté à concevoir un enfant, la stérilité est une impossibilité d'en concevoir. Nuance qui est très importante. L'infertilité est réversible, alors que la stérilité non.

Le premier symptôme est une douleur pelvienne récurrente et souvent très aiguë. Cette douleur est prédominante lors des menstruations mais peut être présente lors du passage aux toilettes (pour la défécation et la miction) ou même lors des rapports sexuels.

Le second symptôme, moins évident au premier abord et peut donc passer inaperçu, est l'infertilité. Environ 30 à 40 % des femmes touchées par l'endométriose présentent une infertilité.

Le taux de fécondité est évalué entre 2 à 10% par cycle contre 25 à 30% chez les couples fertiles.

# Pourquoi les symptômes apparaissent ?

Comme nous l'avons dit juste avant, les lésions sont sensibles aux hormones du cycle féminin, alors lors des règles, les lésions saignent puis des cicatrices fibreuses vont se développer.

Alors deux choses entrent en ligne de compte.

La première est que tous les organes (utérus, vessie, intestin...) sur lesquels se développent les lésions, sont des organes avec une capacité contractile, ils sont alors mobiles et *motiles*. Ainsi, lorsqu'ils bougent, ces organes exercent une traction sur les cicatrices, ce qui provoque de fortes douleurs.

La motilité est la capacité qu'a un organe à bouger sur lui-même.

La seconde est que l'innervation diffère d'un individu à l'autre, alors chez certaines personnes les lésions sont plus innervées que chez d'autres, elles sont alors plus douloureuses.

Pour ce qui est de l'infertilité, la présence de tissus endométriaux, sur les trompes de Fallope, ou de kystes ovariens, peuvent créer une barrière mécanique à la fécondation.

De plus, des études récentes montrent que l'endomètre des patientes atteintes d'endométriose présente des expressions de gènes anormaux et un profil hormonal différent des patientes ne présentant pas cette maladie.

# Comment le diagnostiquer ?

Il faut savoir que l'endométriose est une maladie dont on parlait peu jusqu'à il y a quelques années, le retard de diagnostic était, et est toujours, très fréquent. Il peut s'écouler, en moyenne, 6 à 10 ans avant que le diagnostic ne soit définitivement établi.

Le diagnostic repose sur un examen clinique, c'est à dire l'étude des symptômes que présente la patiente, ainsi que sur un bilan d'imagerie comprenant une échographie pelvienne et une IRM pelvienne. Nous devons noter qu'il arrive parfois que l'imagerie ne révèle rien malgré des symptômes flagrants. Le traitement reste identique.

Dans certains cas une coelioscopie peut être réalisée pour prélever du tissu afin de valider ou non l'hypothèse de l'endométriose.



La **coéloscopie** est une technique chirurgicale en limitant les incisions, c'est à dire que seulement 3 points d'entrées sont faits dans la paroi abdominal afin d'introduire des outils dans l'abdomen et de pouvoir observer, prélever ou manipuler du tissu.

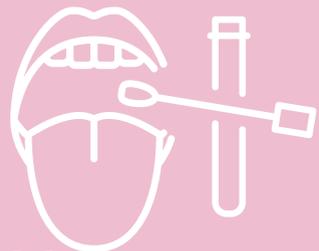
Un **test salivaire** est en train d'être expérimenté selon une étude parue dans le NEJM Evidence en juin 2023.

Ce test repose sur la détection de 109 microARN dans la salive.

L'**endotest** de la startup **Ziwig** sera disponible en accès précoce en France courant 2024, pour les femmes chez lesquelles une endométriose est suspectée mais les examens d'imagerie sont non concluants (remboursement via un forfait innovation du gouvernement). Ce test n'est pas encore généralisé dans la pratique courante des gynécologues, en revanche il reste trouvable dans les centres spécialisés.

Ce test a une sensibilité de 96%.

Cela signifie qu'il peut dépister 96% des femmes atteintes d'endométriose.



Un auto-questionnaire est également proposé par l'hôpital de Poissy, afin de favoriser le diagnostic précoce. C'est un test pouvant être réalisé en ligne, vous pouvez scanner le Qr code pour le réaliser. Il donne un pourcentage de risque d'être atteint d'endométriose.



# Que faire pour les soulager ?

Le premier traitement prescrit est un traitement hormonal en continue (2) afin de supprimer les règles (contraceptif oestroprogestatif monophasique en continu ou microprogestative, progestatif Dienogest, analogue de GnRH). Le but est de stabiliser les lésions, voire de diminuer leur volume. Ce traitement réduit les douleurs, d'autant plus que les règles n'étant plus présentes, la période la plus douloureuse de la maladie (les menstruations) est supprimée.

Aussi, si le traitement hormonal n'est pas suffisant, la chirurgie est la seule manière de supprimer radicalement les lésions, ce qui peut supprimer les douleurs de manière durable voire définitive dans certains cas. Évidemment, tout geste chirurgical comporte des risques, ainsi de nouvelles douleurs peuvent apparaître, comme des séquelles fonctionnelles (incontinence, fistule...)

2. prise en charge de la douleur chez les patientes atteintes d'endométriose : proposition d'une stratégie thérapeutique - Freydl et al.

En thérapie alternative nous trouvons plusieurs pistes à explorer pour soulager les symptômes.

L'ostéopathie, en tant que thérapie manuelle s'intéressant, entre autres, au système viscéral et gynécologique, permet de diminuer les symptômes des patientes atteintes d'endométriose (3,4). La manipulation des organes, des ligaments et fascias vise à soulager les adhérences et retrouver des plans de glissements entre ces différents organes.

D'après C. Daraï et al. sur une étude prospective avec une cohorte de 46 patientes atteintes d'endométriose, le traitement manipulatif ostéopathique peut améliorer les symptômes et la qualité de vie en cas d'endométriose colorectale.



3. effectiveness of a manual therapy protocol in women with pelvic pain due to endometriosis : a randomized clinical trial - MunozGomez et al.

4. The role of osteopathic care in gynecology and obstetrics : an updated systematic review - Rufini et al.

L'acupuncture a également un effet sur la douleur, car les aiguilles ont un effet antalgique et anti-inflammatoire à travers une sécrétion d'endomorphine.

Evidemment, les thérapies d'activation cognitive comme la sophrologie, la méditation ou l'hypnose ont montré leur efficacité dans la capacité à gérer la douleur (5).

D'après Laëtitia Mercier des Rochettes, dans son étude quantitative descriptive explique que sur 778 patientes atteintes d'endométriose qui ont répondu au questionnaire 86,25% utilisent des thérapies non médicamenteuses, pour la plus grande partie (59,77%) l'ostéopathie, ou un régime anti-inflammatoire (47,43%), entre autres. **Cette étude montre que ces pratiques permettent une diminution de la consommation d'antalgique, et présente donc une alternative intéressante voire un outil supplémentaire pour diminuer les symptômes de cette pathologie (6).**

5. prise en charge de la douleur chez les patientes atteintes d'endométriose : proposition d'une stratégie thérapeutique - Freydier et al.
6. L'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses dans la gestion de la douleur chez les femmes atteintes d'endométriose : une étude quantitative descriptive - Laëtitia Mercier des Rochettes

# Que dit la science ?

L'INSERM a récemment identifié un gène (PCSK5) dont un *allèle* serait lié à la présence d'endométriose et d'infertilité.

Un allèle est comme une version d'un gène. Pensez aux gènes comme à des instructions qui déterminent certaines caractéristiques de notre corps, comme la couleur des yeux ou des cheveux. Un gène peut avoir plusieurs variations, et chaque variation est appelée un allèle.

Par exemple, un allèle pourrait donner des yeux bleus, tandis qu'un autre donnerait des yeux marron. Ainsi, chaque personne hérite de deux allèles pour chaque gène, un de chaque parent, ce qui influence ses caractéristiques.

En résumé, un allèle est une des versions possibles d'un gène, et il joue un rôle dans ce qui nous rend unique.

Le gène NRSP1 est aussi associé à des cas d'endométriose, et serait à l'origine d'une augmentation de risque de 23%

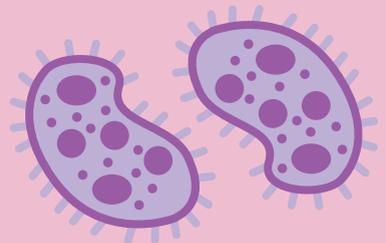
Ce gène code pour un récepteur au neuropeptide S présent dans l'endomètre.

Il a été noté une diminution de douleurs abdominales et d'inflammation dans un modèle murin d'endométriose. Ce qui ouvre la voie d'une probable thérapie ciblée non-hormonale.

On note une corrélation entre la présence d'une bactérie (fusobacterium) dans le microbiote utérin et le développement de l'endométriose.

Une étude a montré que l'inoculation de cette bactérie dans le microbiote utérin chez le modèle murin endométriosique a augmenté significativement le nombre et la taille des lésions déjà présentes. Inversement, le traitement antibiotique ciblé pour cette bactérie a réduit les lésions.

Cela nous ouvre une piste à étudier pour le traitement de l'endométriose.



Une équipe du CHU de Lyon sont en pleine expérimentation de l'utilisation des ultrasons pour le traitement des lésions digestives. (HIFU : **ultrasons focalisés de haute intensité**). Cette sonde est introduite par voie rectale et les sondes sont focalisées sur les lésions. Elles sont ainsi insensibles au cycle hormonal, et cette technique préserve l'intégrité du tube digestif et sans aucune cicatrice. Quatre patientes ont été traitées avec cette technique et notent une diminution significative des douleurs sans aucun traitement médical depuis cette procédure.

# Sources

- <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/>
- <https://endofrance.org/la-maladie-endometriose/qu-est-ce-que-l-endometriose/>
- <https://presse.inserm.fr/canal-detox/diagnostiquer-lendometriose-avec-un-test-salivaire-vraiment-un-point-sur-les-nouvelles-donnees/>
- <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/endometriose.html>
- Endométrieuse : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique - Daraï et al.
- prise en charge de la douleur chez les patientes atteintes d'endométriose : proposition d'une stratégie thérapeutique - Freydier et al.
- effectiveness of a manual therapy protocol in women with pelvic pain due to endometriosis : a randomized clinical trial - MunozGomez et al.
- The role of osteopathic care in gynecology and obstetrics : an updated systematic review - Rufini et al.
- prise en charge de la douleur chez les patientes atteintes d'endométriose : proposition d'une stratégie thérapeutique - Freydier et al.
- L'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses dans la gestion de la douleur chez les femmes atteintes d'endométriose : une étude quantitative descriptive - Laëtitiia Mercier des Rochettes

# Présentation



Bonjour,

Enzo Brignano, Ostéopathe diplômé et passionné par la santé, je suis installé à Hyères, où j'exerce dans mon cabinet. Avec un intérêt marqué pour la périnatalité et pour les problématiques de santé féminine, comme l'endométriose par exemple.

Ce livret d'information vise à éclairer le grand public ainsi que les professionnels sur l'endométriose, une pathologie souvent mal comprise, qui touche un nombre croissant de femmes. À travers ce livret, j'aborde les différentes facettes de cette maladie, y compris ses facteurs de risques, ses symptômes et les multiples options de traitement disponibles, tant en médecine allopathique qu'en médecines douces.

Mon approche vise à sensibiliser les lectrices et lecteurs sur l'importance de la prévention, de la détection précoce et des traitements adaptés pour améliorer la qualité de vie des femmes touchées par l'endométriose. Je suis convaincu que l'ostéopathie, en complément d'autres modalités thérapeutiques, peut jouer un rôle significatif dans la gestion des douleurs et la fertilité lorsqu'on est confronté à cette maladie.

Enzo Brignano

Ostéopathe D.O.

23 avenue Victoria 83400 Hyères

07.45.20.59.20

enzobrignano.osteopathe@gmail.com



Fiche contact

# Résumé

L'endométriose est une maladie gynécologique touchant 10% des femmes menstruées. Les facteurs de risques sont des règles précoces, abondantes et un cycle court.

Les lésions s'implantant sur d'autres organes environnants, créent des adhérences qui sont à l'origine des symptômes (douleurs et infertilité).

Le diagnostic se fait par examen clinique, imagerie (IRM) et parfois par coelioscopie.

Pour aider à ce diagnostic, il existe maintenant un questionnaire à réaliser, voire même un test salivaire qui peut être fait dans certain cas.

Le traitement est un traitement hormonal en continu, et dans les cas les plus importants une chirurgie pour lever ces adhérences.

Des études scientifiques montrent que les thérapies dites "douces" (ostéopathie, acupuncture, thérapie cognitive...) aident à diminuer très largement les symptômes.

Plusieurs recherches sont en cours afin d'avancer sur les traitements de cette maladie, comme une technique à ultrason, ou encore le traitement d'une bactérie bien spécifique qui peut avoir un lien avec l'apparition de lésion.