



# **DYSMÉNORRHÉES ET ENDOMÉTRIOSE :**

## **GESTION DES TRAITEMENTS HORMONAUX / ANTALGIQUES**

Dr Chanteloube Céline  
Gynécologie médicale et AMP  
GHH, 11/04/2024

## Cas clinique n°1

Maelle, 14 ans, a ses règles depuis 1 an.  
Elle consulte pour dysménorrhées primaires, de plus en plus difficiles à gérer malgré la prise de spafon. (absentéisme scolaire, malaises vagues)

## Cas clinique n°1

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

- A- Le spasfon est suffisant sur les dysménorrhées
- B- Je lui propose de switcher le spasfon par des AINS
- C- Je lui prescris systématiquement une échographie pelvienne
- D- Je lui prescris une IRM pelvienne à la recherche d'endométriose
- E- Je l'adresse à un gynécologue référent

## Cas clinique n°1

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

A- Le spasfon est suffisant sur les dysménorrhées

B- Je lui propose de switcher le spasfon par des AINS

C- Je lui prescris systématiquement une échographie pelvienne

D- Je lui prescris une IRM pelvienne à la recherche d'endométriose

E- Je l'adresse à un gynécologue référent

## Cas clinique n°1

Elle revient au bout de quelques mois car, même si les AINS lui ont permis de diminuer l'importance des douleurs, la période de règles reste très inconfortable, sachant en plus que ses cycles sont irréguliers et abondants.

## Cas clinique n°1

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

- A- Je ne lui prescris pas la pilule, car cela risquerait de stopper sa croissance
- B- Je ne lui prescris pas de pilule, car elle n'a jamais eu de rapports sexuels et donc pas besoin de contraception.
- C- Je lui prescrit une pilule (oestroprogestative ou microprogestative)
- D- Je lui propose la pose d'un DIU hormonal
- E- Je l'adresse à un gynécologue référent

## Cas clinique n°1

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

A- Je ne lui prescris pas la pilule, car cela risquerait de stopper sa croissance

B- Je ne lui prescris pas de pilule, car elle n'a jamais eu de rapports sexuels et donc pas besoin de contraception.

C- Je lui prescrit une pilule (oestroprogestative ou microprogestative)

D- Je lui propose la pose d'un DIU hormonal

E- Je l'adresse à un gynécologue référent

## Cas clinique n°1

Elle a démarré une pilule Oestroprogestative de 2<sup>e</sup> génération, 21j sur 28. Elle reconulte car les règles sont plus régulières, mais toujours douloureuses. Elle ne souhaite pas prendre sa pilule en continu car sa grand-mère lui a dit qu'« avoir ses règles c'est important »

## Cas clinique n°1

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

A- Sa grand-mère a raison

B- Je la rassure sur ce point, l'interruption des règles n'est nullement à risque ni pour sa santé, ni pour sa fertilité

C- Je lui conseille de prendre sa pilule « en continu »

D- Je change sa pilule pour un traitement par dienogest

E- Je lui prescris une IRM pelvienne et l'adresse à un gynécologue référent

## Cas clinique n°1

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

A- Sa grand-mère a raison

B- Je la rassure sur ce point, l'interruption des règles n'est nullement à risque ni pour sa santé, ni pour sa fertilité

C- Je lui conseille de prendre sa pilule « en continu »

D- Je change sa pilule pour un traitement par dienogest

E- Je lui prescris une IRM pelvienne et l'adresse à un gynécologue référent

## Cas clinique n°1

Elle revient quelques mois plus tard car, si tout va bien sous pilule, elle se pose plusieurs questions :

## Cas clinique n°1

Quelles propositions sont exactes ?

A- A t-elle de l'endométriose ?

B- On lui a parlé de la possibilité de faire une IRM : Est-ce une bonne idée ?

C- On lui a parlé de l'existence d'un test salivaire pour savoir si elle a de l'endométriose. Est-ce faisable ?

D- Un suivi par un spécialiste gynécologue est-il nécessaire ?

E- Pourra-t-elle avoir des enfants ?

## Cas clinique n°1

Quelles propositions sont exactes ?

A- A t-elle de l'endométriose ?

B- On lui a parlé de la possibilité de faire une IRM : Est-ce une bonne idée ?

C- On lui a parlé de l'existence d'un test salivaire pour savoir si elle a de l'endométriose. Est-ce faisable ?

D- Un suivi par un spécialiste gynécologue est-il nécessaire ?

E- Pourra-t-elle avoir des enfants ?

## Cas clinique n°2

Marie, 38 ans, consulte pour dysménorrhées d'aggravation progressives depuis son accouchement il y a 2 ans.

Elle était sous Desogestrel après son accouchement mais l'a interrompu compte tenu de spotting intermittents.

Contraception mécanique par préservatif

Tabac 10 cigarettes par jour.

L'IRM qu'elle a réalisé met en évidence de l'adénomyose et une infiltration des ligaments utérosacrés.

## Cas clinique n°2

Quelles traitements hormonaux / contraception sont possibles ?

A- Pilule oestroprogestative

B- Autre microprogestatif per os type drospirenone (Slinda)

C- DIU MIRENA

D- Macroprogestatif type Luteran ou Lutenyl

E- Dienogest (Sawis, Endovela, Dimetrum...)

## Cas clinique n°2

Quelles traitements hormonaux / contraception sont possibles ?

A- Pilule oestroprogestative

B- Autre microprogestatif per os type drospirenone (Slinda)

C- DIU MIRENA

D- Macroprogestatif type Luteran ou Lutenyl

E- Dienogest (Sawis, Endovela, Dimetrum...)

## Cas clinique n°2

Elle a démarré un traitement par Dienogest. Elle est bien soulagée, n'a aucun saignement, et plus de douleurs.

A- Le traitement par dienogest n'est pas un contraceptif, elle doit continuer d'utiliser le préservatif.

B- Son médecin généraliste peut lui prescrire (initier et renouveler) du dienogest

C- Sa sage-femme peut lui initier le dienogest

D- Il est quand même préférable de se faire opérer de son endométriose. Cela lui permettra d'arrêter les hormones après.

E- Le dienogest augmente le risque de méningiomes, je lui prescris une IRM cérébrale de principe.

## Cas clinique n°2

Elle a démarré un traitement par Dienogest. Elle est bien soulagée, n'a aucun saignement, et plus de douleurs.

A- Le traitement par dienogest n'est pas un contraceptif, elle doit continuer d'utiliser le préservatif.

B- Son médecin généraliste peut lui prescrire (initier et renouveler) du dienogest

C- Sa sage-femme peut lui initier le dienogest

D- Il est quand même préférable de se faire opérer de son endométriose. Cela lui permettra d'arrêter les hormones après.

E- Le dienogest augmente le risque de méningiomes, je lui prescris une IRM cérébrale de principe.

## Cas clinique n°3

Rose, 28 ans, est très embêtée, elle a essayé « toutes les pilules du monde » et, même si elle est actuellement en aménorrhée thérapeutique, elle souffre toujours autant au niveau abdominopelvien, de façon continue.

Rien n'y fait, même les antalgiques de pallier 2 ne fonctionnent pas.

Elle a vu un gastro-entérologue qui lui a dit que « ce n'est pas digestif ».

Elle a donc fait une IRM mais ne comprend pas car la conclusion est :  
Absence d'endométriose pelvienne profonde.

## Cas clinique n°1

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

A- L'IRM est normale, elle n'a pas d'endométriose

B- L'endométriose ne se voit pas forcément à l'IRM, surtout pour des lésions superficielles de quelques mm.

C- Pour en avoir le cœur net : je l'envoie vers un chirurgien pour réaliser une coelioscopie exploratrice.

D- Le test salivaire aura sa place chez ces patientes au diagnostic incertain

## Cas clinique n°1

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

A- L'IRM est normale, elle n'a pas d'endométriose

B- L'endométriose ne se voit pas forcément à l'IRM, surtout pour des lésions superficielles de quelques mm.

C- Pour en avoir le cœur net : je l'envoie vers un chirurgien pour réaliser une coelioscopie exploratrice.

D- Le test salivaire aura sa place chez ces patientes au diagnostic incertain

## Cas clinique n°3

Elle demande comment soulager ses douleurs...

- A- Elle peut arrêter sa pilule, qui ne sert à rien car elle reste douloureuse, même en aménorrhée.
- B- Je lui prescris des antalgiques de palier 3
- C- Une prise en charge pluri-disciplinaire de la douleur est nécessaire
- D- Je lui explique le principe de diffusion spatiale et temporelle de la douleur
- E- Je lui propose des traitements de douleurs neuropathiques (laroxyl, TENS...)
- F- Je l'adresse à un centre antidouleur

## Cas clinique n°3

Elle demande comment soulager ses douleurs...

A- Elle peut arrêter sa pilule, qui ne sert à rien car elle reste douloureuse, même en aménorrhée.

B- Je lui prescris des antalgiques de palier 3

C- Une prise en charge pluri-disciplinaire de la douleur est nécessaire

D- Je lui explique le principe de diffusion spatiale et temporelle de la douleur

E- Je lui propose des traitements de douleurs neuropathiques (laroxyl, TENS...)

F- Je l'adresse à un centre antidouleur

**HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**C N G O F**

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

**RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE**

# Prise en charge de l'endométriose

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

**TEXTE DES RECOMMANDATIONS**

Décembre 2017

# 1. Contraception oestroprogestative

## Prise cyclique ou continue ?

- Prise cyclique : Réduction des dysménorrhées, dyspareunies et douleurs pelviennes chroniques (EVA -3 à -9 points)
- Pas de bénéfice d'une prise continue de la contraception oestroprogestative SAUF contextes particuliers : Infertilité, dysménorrhées intenses, chirurgie

## Dosage ?

- Efficacité sur la douleur IDEM
- Mais si prise continue : privilégier les 30 gamma (moins de spottings)

# 1. Contraception oestroprogestative

## Précautions avant prescription



# 1. Contraception oestroprogestative

## Précautions avant prescription

### Contre-indications absolues

- Migraines avec aura
- Atcd personnel de TVP ou accident artériel
- Atcd de tumeur hormono-dépendante
- Thrombophilie biologique



### Contre indication relatives

- Tabac
- Diabète
- Hypertriglycéridémie, hypercholestérolémie
- Atcd familiaux 1<sup>er</sup> degré TVP
- Migraines SANS aura
- HTA

**1 FDR toléré, 2 FDR = contre indication)**

## 2. MicroProgestatifs

- DIU au levonorgestrel
- Per os : Desogestrel (Optimizette), Drospirenone (Slinda)
- Implant à l'etonorgestrel

→ Efficacité significative sur la diminution des douleurs dans l'endométriose,  
Place en 1ere intention

Pas de sur-risque thrombo-embolique

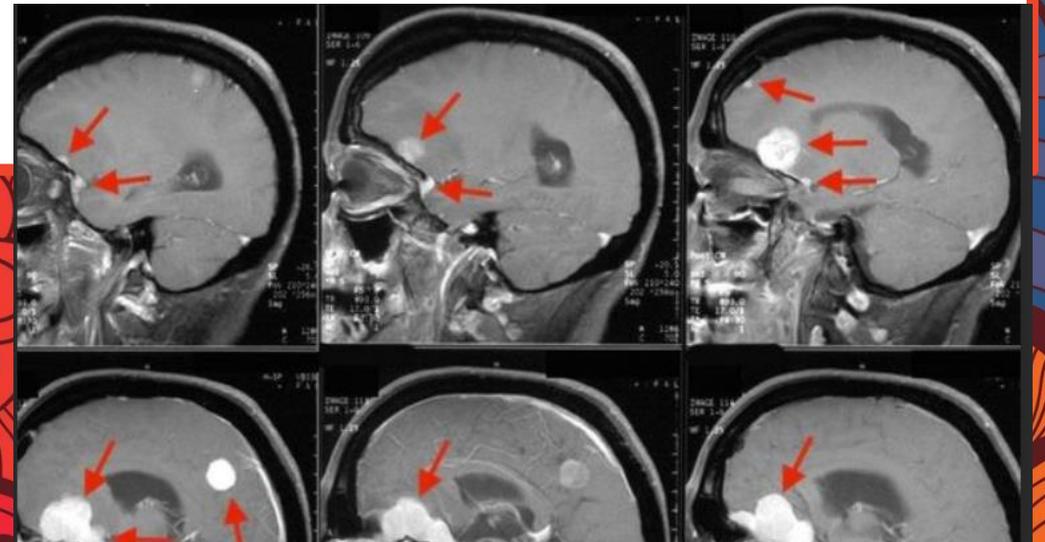
mais

- 20% de spottings
- Effets androgéniques (acné, prise de poids, hirsutisme)
- Douleurs persistantes ? Aménorrhée mais activité anti-ovulatoire incomplète

# 3. MacroProgestatifs

- Acétate de ciproterone (Androcur)
- Chlormadinone (Luteran)
- Nomegestrol (Lutenyl)
- Colprone

→ Efficaces ++ (même si pas de « données récentes » dans les recommandations)  
Mais sur-risque de méningiome documenté, prescription désormais limitée avec surveillance IRM et signature de consentements



## 4. Autres Progestatifs

### **- Medroxyprogestérone (DMPA)**

(injection trimestrielle)

→ Efficace ++ (réduction 80 à 90% des symptômes) mais effets indésirables ++ (diabète, HTA, hypercholestérolémie)

### **- Dydrogestérone (Duphaston)** : Pas de preuve d'efficacité

### **- Dienogest (Endovela, Sawis, Dimetrum)**

→ AMM dans l'indication endométriose, efficacité démontrée.

Remboursé

Place en 2<sup>e</sup> intention si échec POP ou microprogestatif

Pas de sur-risque TVP mais CI si atcd personnel artériel

Efficacité similaire aux analogues de la GnRH dans les études

Pas AMM contraception mais anti-ovulatoire

Endométriose douloureuse

CI Oestroprogestatifs ?

NON

POP discontinu

Insuffisant

POP continu

Insuffisant

OUI

microprogestatif

Insuffisant

Dienogest

Insuffisant

OK : poursuite traitement

Avis spécialisé



Merci de votre attention