

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNEE : 2022

N° : 273

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PRÉSENTÉ ET SOUTENU

Le 30 novembre 2022

Par

Laura KOCHER

Née le 26 mai 1993 à Wissembourg

**Elaboration d'une vidéo à destination des médecins généralistes pour l'aide
au diagnostic et à la mise en place d'un traitement de l'endométriose en soins
primaires.**

Président de thèse : Chérif AKLADIOS, Professeur

Directeur de thèse : Jean-Marc GARI, Docteur

[illegible]

10

49. <u>Frühjahr 2004</u>	50. <u>Frühjahr 2004</u>
--------------------------	--------------------------

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

MEKONDELIN Y	Enseignement de l'anatomie de la Médecine / Faculté de Médecine	76	Enseignement de l'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine
MELANIE LEROY	Enseignement de l'anatomie de la Médecine / Faculté de Médecine	8	Enseignement de l'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine
MICHELLE LEBLANC	Enseignement de l'anatomie de la Médecine / Faculté de Médecine	26	Enseignement de l'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine
MICHELLE PIERRE MARTEL	Enseignement de l'anatomie de la Médecine / Faculté de Médecine	26	Enseignement de l'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine
MICHELLE ROUSSEAU	Enseignement de l'anatomie de la Médecine / Faculté de Médecine	76	Enseignement de l'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine
MI-CHÉLE ROUSSEAU	Enseignement de l'anatomie de la Médecine / Faculté de Médecine	76	Enseignement de l'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine
MI-CHÉLE ROUSSEAU	Enseignement de l'anatomie de la Médecine / Faculté de Médecine	76	Enseignement de l'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine
MI-CHÉLE ROUSSEAU	Enseignement de l'anatomie de la Médecine / Faculté de Médecine	76	Enseignement de l'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr. Jean-Philippe LEBLANC	2008	Me. Jean-Philippe LEBLANC	2008
Pr. Jean-Philippe LEBLANC	2008	Me. Jean-Philippe LEBLANC	2008
Pr. Jean-Philippe LEBLANC	2008	Me. Jean-Philippe LEBLANC	2008
Pr. Jean-Philippe LEBLANC	2008	Me. Jean-Philippe LEBLANC	2008
Pr. Jean-Philippe LEBLANC	2008	Me. Jean-Philippe LEBLANC	2008

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr. Jean-Philippe LEBLANC	2008	Dr. Jean-Philippe LEBLANC	2008
Dr. Jean-Philippe LEBLANC	2008	Dr. Jean-Philippe LEBLANC	2008

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr. Jean-Philippe LEBLANC	2008	Dr. Jean-Philippe LEBLANC	2008
Dr. Jean-Philippe LEBLANC	2008	Dr. Jean-Philippe LEBLANC	2008

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

M. Jean-Philippe LEBLANC	2008	M. Jean-Philippe LEBLANC	2008
M. Jean-Philippe LEBLANC	2008	M. Jean-Philippe LEBLANC	2008
M. Jean-Philippe LEBLANC	2008	M. Jean-Philippe LEBLANC	2008
M. Jean-Philippe LEBLANC	2008	M. Jean-Philippe LEBLANC	2008

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Chérif AKLADIOS, Président du Jury,

Vous me faites l'honneur de la présidence de ma thèse. Votre expertise et votre expérience rendent votre jugement précieux. Veuillez trouver ici, l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc GRIES, membre du Jury,

Je vous remercie d'avoir fait l'honneur d'être dans mon jury. Vous êtes à l'écoute, bienveillant et présent. Le stage en tant que SASPAS dans votre cabinet et les remplacements qui ont suivi m'ont permis de prendre confiance en moi. Merci infiniment.

Au Docteur Jean-Marc GARI, Directeur de thèse et membre du Jury,

Tu me suis dans cette aventure depuis le début, tu me soutiens, tu es disponible pour mes questions, mes relectures. Merci pour tes conseils, ta disponibilité. J'ai énormément appris grâce à toi tant en stage que dans le cadre de la thèse.

Aux participants du groupe nominal,

Dr Emilie FALLER, Dr Jeanine OHL, Dr Eric DAVID, Dr Philippe HOST, Dr Claire DUMAS, Dr Fabien ROUGERIE,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon projet et de votre disponibilité.

A mes parents,

Vous me soutenez depuis le début, il y a onze ans. Vous avez subi mes angoisses, mes doutes, mes remises en question et vous avez su me tirer vers le haut. Vous m'avez transmis la valeur du travail, du partage, de la simplicité, de la persévérance, de l'ouverture d'esprit et du respect. Vous m'avez fait découvrir le monde et m'avez donné le goût du voyage. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. Je vous le dis trop rarement, je vous aime.

A ma sœur Margaux,

C'est grâce à toi que je me suis intéressée à ce sujet. En discutant avec certaines patientes, je me suis rendue compte à quel point tu as été et tu es forte ! On a longtemps été distantes l'une envers l'autre, jusqu'à ce que l'on trouve un équilibre dans notre relation. Tu es une femme extraordinaire et il ne faut jamais que tu en doutes. Sans toi, cette thèse n'aurait pas le même sens pour moi. Je t'aime.

A Mamie et Babeba,

Tous ces moments passés chez vous durant mon enfance m'ont permis de créer des souvenirs avec toute la famille et notamment mes cousines et cousins. Nous nous sommes rapprochés et avons gardé un lien particulier. Je me souviens des moments de rire où Babeba nous faisait des farces pendant que Mamie nous cuisinait des Dampfnuddles, des Dotsches, etc. Merci. Je vous aime fort.

A Papy,

Tu es discret mais tu as toujours su te rendre disponible pour tes petites filles. Merci pour ton soutien. Je t'aime fort.

A Marie et Marilyn,

Merci pour toutes les soirées jeux de société, ragots (l'équipe des wunderfutz) et surtout les moments avec les princesses Elsa et Anna. Vous êtes de vrais piliers dans ma vie.

A Marie-Hélène,

Mon soutien logistique de matériel médical, merci pour ta présence depuis que je suis toute petite.

A Deva, Adèle et Elisa,

Mes filleules et nièce, votre innocence et votre joie de vivre m'ont permis de me changer les idées pendant ce travail de thèse. Vous ne vous rendez probablement pas encore compte de tout ce que vous m'apportez. Je vous aime énormément !!

A Florine,

On se connaît depuis la maternelle et on est toujours aussi proche 26 ans après. Merci pour ta spontanéité, ta présence et ta joie de vivre.

A Aude,

Tu fais partie des amies à qui j'ose me livrer entièrement, notre relation est si simple et naturelle. Je sais que je peux compter sur toi. Merci pour tout, je tiens énormément à toi.

A Lucie,

Merci de ta présence et de ton soutien, j'adore quand on passe des soirées à refaire le monde entre nanas indépendantes. J'ai hâte de repartir à l'aventure avec la randonneuse de l'extrême !

A Catherine,

Avec qui j'ai fait ce fameux road-trip au Vietnam qui nous a permis d'apprendre tant sur nous même, sur notre relation d'amitié et sur ce que l'on veut dans la vie. Merci d'être là avec ta franchise, ta spontanéité, ton naturel et ton optimisme qui me rappellent notre aventure tant dans les bons moments que dans les galères.

A Camille et Morgane,

Mes copines de TD, puis co-externes et co-interne pour Camille. Merci pour votre gentillesse, votre soutien pendant les moments de doute et pour tous ceux passés ensemble.

A Marie-Lau, Caro et Justine,

Aux soirées Tonus, au stage aux urgences, au stage en addicto, aux vacances à Bari, merci pour tous les fous rires. De vraies amitiés se sont créées à travers ces stages. Vous avez su les rendre plus agréables !

A Sarah,

C'est en partie grâce à toi que je voulais devenir médecin. Merci pour cette si belle amitié.

A Nicolas et Estelle avec qui je formais un trio de choc en P1 et Arnaud qui m'a tant motivée pendant les révisions

Merci de m'avoir soutenu durant la P1.

A Geoffrey,

Sans toi, ce travail de thèse n'aurait pas vu le jour sous cette forme. Je ne m'attendais probablement pas à ce volume de travail quand je t'ai proposé de faire partie de l'aventure, mais le résultat de la vidéo dépasse largement mes espérances. Merci pour tout ce que tu as fait pour cette vidéo.

A Logan,

Merci à l'expert Excel qui s'est transformé en expert Word pour m'aider sur toute la mise en page. Merci pour les soirées bières, charcut, Manifest durant la coloc de 3 semaines.

A Julien,

Merci à mon coloc pour ton soutien, tes p'tits plats et ta bonne humeur !

TABLE DES MATIERES

I. Introduction.....	21
II. Généralités	22
1. Définition	22
2. Epidémiologie	22
3. Physiopathologie	23
a. Théorie des reflux	23
b. Théorie de la métaplasie cœlomique	24
c. Théorie de l'induction	25
d. Théorie métastatique ou des embolies lymphatiques et veineux	25
4. Histoire naturelle de la maladie	25
a. Facteurs de risques	25
b. Evolutivité de la pathologie	26
5. Diagnostic	26
a. Symptômes	26
b. Examen clinique	27
c. Examens complémentaires.....	28
d. Infertilité.....	31
6. Traitements	31
a. Traitements médicamenteux	31
b. Antalgiques et traitements non médicamenteux	34
c. Traitement chirurgical	34
III. Matériel et méthodes.....	36
1. Travail préliminaire.....	36
2. Le groupe nominal.....	36
a. Définition	36
b. Caractéristiques.....	37
c. Etapes de réalisation.....	37
3. Mise en pratique	39
a. Composition du groupe	39
b. Le groupe.....	40
c. Déroulement de la réunion.....	41
4. Conception de la vidéo	42
IV. Résultats.....	43
1. Les propositions.....	43
2. Priorité et popularité	45

3. Propositions retenues	47
V. Discussion.....	49
1. La méthode.....	49
a. Le choix de la méthode.....	49
b. Les limites	49
c. Ses forces	52
2. Interprétation des résultats	52
3. Comparaison avec une autre étude	58
4. Le support vidéo	59
5. Perspectives.....	60
VI. Conclusion	61
VII. Annexes	62
1. Courriel envoyé aux participants.....	62
2. Storyboard	63
VIII. Bibliographie.....	72

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX :

Figures :

Figure 1 : Localisations possibles de l'endométriose

Figure 2 : La théorie du reflux

Figure 3 : Examens de première intention à la recherche d'une endométriose

Figure 4 : Examens de seconde et troisième intention à la recherche d'endométriose

Tableaux :

Tableau 1 : Idées regroupées par thème

Tableau 2 : Thèmes classés par ordre de priorité, de popularité et le rang final

LISTE DES ABREVIATIONS :

ALD : Affection Longue Durée

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AMH : Hormone anti Müllérienne

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARN : Acide RiboNucléique

CMCO : Centre Médico-Chirurgical Obstétrique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : Dispositif Intra Utérin

DMG : Département de Médecine Générale

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EHP : Endometriosis Health Profile

EHSRE : European Society of Human Reproduction and Embryology

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FMC : Formation Médicale Continue

FSH : Hormone Folliculo-Stimulante

GnRH : Gonadotrophin-Releasing Hormone

HAS : Haute autorité de Santé

IM : Intra Musculaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

LH : Luteinizing Hormone

LH RH : Luteinizing Hormone-Releasing Hormone

PMA : Procréation Médicalement Assistée

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

I. Introduction

L'endométriose est une pathologie gynécologique fréquente touchant environ 10% des femmes (1,2). Elle se définit par la présence de tissu endométrial en dehors de l'utérus qui s'épaissit en fonction des cycles menstruels, se désagrège et saigne lors des menstruations (3). Ce dernier ne possède pas d'évacuation naturelle lors des règles contrairement à l'endomètre provoquant une inflammation. Celle-ci est à l'origine des manifestations cliniques suivantes : dysménorrhées, douleurs abdomino-pelviennes chroniques, dyspareunies, troubles uro-digestifs (ténésmes, diarrhées cycliques, dysurie, dyschésie), infertilité pouvant avoir un retentissement psycho-social important (2,4).

Plusieurs personnalités souffrant d'endométriose et différentes associations tentent ces derniers mois de sensibiliser le grand public et les professionnels de santé à cette maladie. Néanmoins, le diagnostic de l'endométriose est évoqué tardivement par les médecins généralistes et les gynécologues, environ huit à douze ans après les premiers symptômes. Les patientes exprimeraient six à sept fois leurs symptômes en consultation de gynécologie ou de médecine générale avant que le diagnostic ne soit posé (2). Les médecins généralistes ont donc un rôle clé à jouer dans le diagnostic de cette pathologie.

Le but de mon étude est de créer une vidéo pour aider les médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose en soins primaires. J'ai pour cela effectué un groupe nominal qui est une méthodologie permettant au cours d'une réunion avec des experts de récolter des informations et de les classer pour répondre à une question précise (5). Le groupe d'experts était composé de gynécologues, radiologues et médecins généralistes. La question posée était : quels sont les messages à délivrer aux médecins généralistes à travers une vidéo concernant le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose en soins primaires.

II. Généralités

1. Définition

L'endométriose est une pathologie inflammatoire, chronique de l'appareil génital féminin. Sa définition est histologique. Elle est caractérisée par la présence de glandes ou de stroma endométrial en dehors de l'utérus (6). On la différencie de l'adénomyose qui correspond à la présence de cellules endométriales au sein du myomètre (7).

Il existe trois formes d'endométriose, l'endométriose superficielle qui est limitée au péritoine, l'endométriose profonde qui infiltre l'espace rétropéritonéal ou les viscères avec des lésions qui dépassent cinq millimètres d'infiltration sous les organes et l'endométriose ovarienne qui correspond à un kyste endométriosique de l'ovaire (8,9).

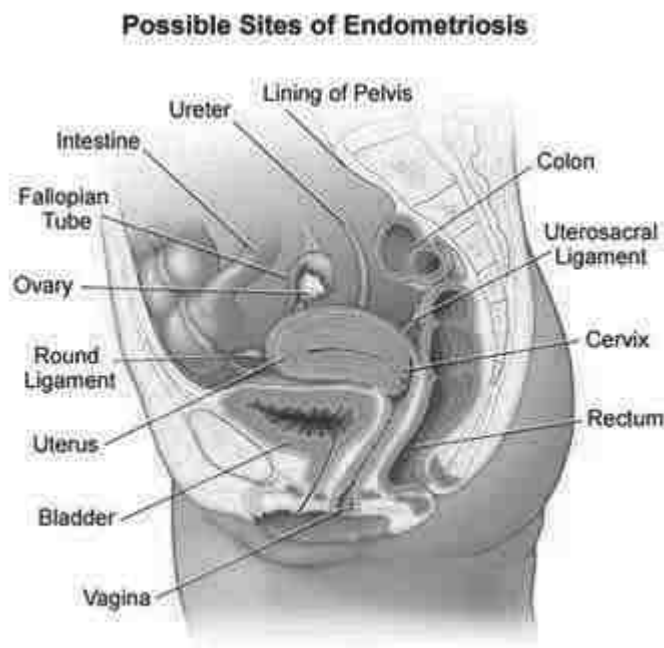


Figure 1 : Localisations possibles de l'endométriose (10)

2. Épidémiologie

La prévalence de l'endométriose est difficile à estimer car sa définition est histologique. En effet, le diagnostic de certitude repose sur la coelioscopie avec biopsie des lésions. C'est un

examen invasif qui n'est donc pas réalisé chez toutes les patientes (8). La prévalence est actuellement estimée à 10% et s'élève entre 2 et 74% chez des femmes avec des algies pelviennes chroniques (8,10). Une incidence autour de 0.1% a été retrouvée chez des femmes âgées de quinze à quarante-neuf ans dans la population islandaise dans une étude publiée en 2010 (11).

Le diagnostic de l'endométriose sur le plan histologique n'est cependant pas toujours synonyme de présence des symptômes. Certaines femmes sont porteuses de lésions d'endométriose mais ne présentent pas de douleur (12). Et inversement, on n'exclue pas le diagnostic d'endométriose si on retrouve des symptômes évocateurs chez une femme sans preuve histologique (13).

3. Physiopathologie

a. Théorie des reflux

Il existe plusieurs théories pour expliquer l'endométriose. La plus solide est la théorie des reflux de Sampson décrite en 1927. Les cellules endométriales seraient emportées avec le reflux menstruel par les trompes de Fallope, iraient s'implanter dans la cavité péritonéale et envahir les structures pelviennes (14–16). La distribution des fragments d'endomètre se ferait par la loi de la gravité, ce qui explique des localisations plutôt au niveau du cul de sac de Douglas (cul de sac vaginal postérieur, face antérieure du rectum et point le plus déclive du rectum). On retrouve aussi plutôt des lésions d'endométriose au niveau du côté gauche du pelvis à cause des différences anatomiques permettant l'implantation d'un seul côté (17,18).

Cette théorie est aussi renforcée par le fait que les facteurs de risque d'endométriose sont aussi ceux qui augmentent le reflux menstruel comme les règles précoces, prolongées,

abondantes et les cycles courts (17,19). Elle n'explique néanmoins pas toutes les formes d'endométriose.

On retrouve en effet, chez 90% des femmes un reflux menstruel alors qu'il n'y en a que 10 à 15% qui sont atteintes d'endométriose. Cette dernière s'explique donc par d'autres mécanismes encore mal connus.

Les autres théories pourraient plutôt expliquer les localisations atypiques de l'endométriose.

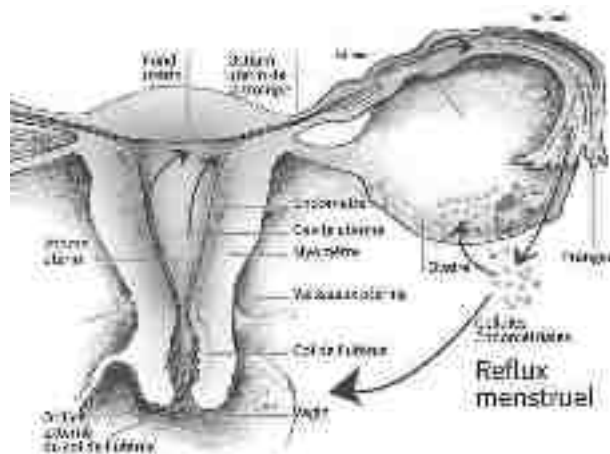


Figure 2 : La théorie du reflux (20)

b. Théorie de la métaplasie cœlomique

Selon cette théorie, les cellules épithéliales de la cavité péritonéale pourraient se transformer en cellules endométriales sous l'influence de facteurs hormonaux et immunologiques (16). Elle s'explique par l'hypothèse de l'existence d'une origine embryonnaire commune, le tissu cœlomique (20).

Cette hypothèse expliquerait les lésions d'endométriose profonde et les formes d'endométriose chez les femmes prépubères ou post ménopausique.

c. Théorie de l'induction

Elle fait suite à la théorie de la métaplasie cœlomique. La différenciation des cellules souches en cellules endométriosiques se ferait par des facteurs endogènes biochimiques et immunologiques libérés par l'endomètre.

d. Théorie métastatique ou des embolies lymphatiques et veineux

Elle se définit par la dissémination des cellules de l'endomètre par les voies veineuses et lymphatiques, qui pourraient ensuite s'implanter et former des lésions d'endométriose dans différents organes (poumon, péricarde, os etc...). Cette théorie pourrait expliquer l'existence de lésions en dehors de la cavité abdominale (14,21).

4. Histoire naturelle de la maladie

a. Facteurs de risques

Les facteurs de risque de l'endométriose sont les facteurs d'exposition aux règles comme les cycles courts (inférieurs à vingt-six jours), les menstruations prolongées, un volume important, les premières ménarches précoces (inférieur à douze ans), la nulligestité, une ménopause tardive. Tous ces facteurs majorent le risque de menstruations rétrogrades (8,22).

L'endométriose est une maladie complexe dans laquelle on retrouve à l'origine plusieurs facteurs génétiques et environnementaux. Le risque de développer une endométriose pour les apparentés du premier degré est en effet cinq fois plus important que dans la population générale (8,23).

On retrouve aussi une association entre endométriose et certains traits phénotypiques comme un petit poids de naissance, un IMC faible, une peau claire, sensible au soleil, et porteuses de nevi et taches de rousseur. (8,17,23).

L'impact des facteurs environnementaux comme les perturbateurs endocriniens est plausible mais pour le moment non démontré (17,24).

b. Evolutivité de la pathologie

L'endométriose est une pathologie bénigne, il n'est donc pas nécessaire de proposer un dépistage de manière systématique chez les patientes présentant des facteurs de risque génétiques ou d'exposition menstruelle. De plus, les études ne montrent pas une progression des lésions d'endométriose dans le temps, tant sur le risque d'augmentation de taille, de volume et de la dissémination des lésions (17).

Une association épidémiologique entre le risque de développer un certain sous type de cancer de l'ovaire et l'endométriose existe. Le risque relatif est en effet à 1.3 (17,25,26). Le lien de causalité n'a cependant pas été démontré. Il n'est donc pas recommandé d'effectuer systématiquement un dépistage à toutes les patientes porteuses d'endométriose au vu de la faible incidence des cancers de l'ovaire associés à l'endométriose (8).

5. Diagnostic

a. Symptômes

Les symptômes de l'endométriose sont multiples. Elle peut évoluer par cycles, être chronique ou asymptomatique. C'est pourquoi on parle d'endométriose maladie quand les lésions histologiques s'associent à des douleurs pelviennes et / ou une infertilité.

Le symptôme le plus fréquent de l'endométriose est la dysménorrhée. On la qualifie d'intense quand l'EVA est supérieure à sept, qu'elle est résistante aux antalgiques de palier un et que les patientes présentent un absentéisme fréquent (8).

On retrouve aussi une dyspareunie profonde, reproductible d'un rapport à l'autre et perturbant la vie sexuelle. Les signes fonctionnels digestifs (dyschésie, diarrhées cycliques), les signes fonctionnels urinaires (dysurie, polliakiurie, impériosités, douleurs hypogastriques),

les douleurs pelviennes chroniques font aussi parti du syndrome de l'endométriose. Enfin, l'infertilité peut être une conséquence mais n'est pas systématique chez toutes les patientes (8,17,27).

L'endométriose se présente souvent comme un syndrome douloureux chronique ayant un retentissement psycho-social important. On évalue la qualité de vie par différentes échelles comme l'EHP-30 et sa version plus courte l'EHP-5 qui sont des questionnaires spécifiques de l'endométriose (8,28,29). Elle peut en effet avoir un impact sur la vie quotidienne non négligeable, avec une souffrance psychologique, de l'anxiété, de la fatigue, un syndrome dépressif et des douleurs pouvant peser sur la vie intime (30).

Enfin, la difficulté de diagnostic de l'endométriose repose sur le fait qu'il n'existe pas de corrélation entre l'importance des douleurs et la sévérité des lésions. Certaines patientes présentent des dysménorrhées intenses et autres symptômes cycliques de l'endométriose sans lésion retrouvée à la coelioscopie alors que d'autres présentent des lésions d'endométriose mais sont asymptomatiques (9).

b. Examen clinique

En cas de symptômes pouvant évoquer l'endométriose, on effectue un examen gynécologique au speculum qui, s'il est normal n'élimine pas la maladie. On recherche au niveau de toutes les faces du vagin et plus particulièrement du cul de sac postérieur, des lésions violacées et / ou fibreuses rétractiles qui signent une atteinte du vagin. Au toucher vaginal, on recherche une douleur à la mobilisation utérine, une induration douloureuse du vagin, des ligaments utéro-sacrés, une masse annexielle. Au toucher rectal, on recherche des nodules de la cloison recto-vaginale ou infiltrant la paroi rectale (31).

c. Examens complémentaires

Devant des symptômes d'endométriose, on propose en première intention, une échographie pelvienne endovaginale non nécessairement réalisée par un expert en endométriose. Elle permet d'affirmer le diagnostic d'endométriose. En cas de doute devant une masse ovarienne, on proposera une nouvelle échographie réalisée par un référent en endométriose ou une IRM pelvienne. Après la ménopause, on posera de manière prudente le diagnostic d'endométriose pour ne pas passer à côté d'une tumeur maligne. Chez les patientes ayant un endométriose, on retrouve fréquemment des lésions d'endométriose profonde. Il est donc recommandé de les rechercher par des examens complémentaires de deuxième intention (8,32).

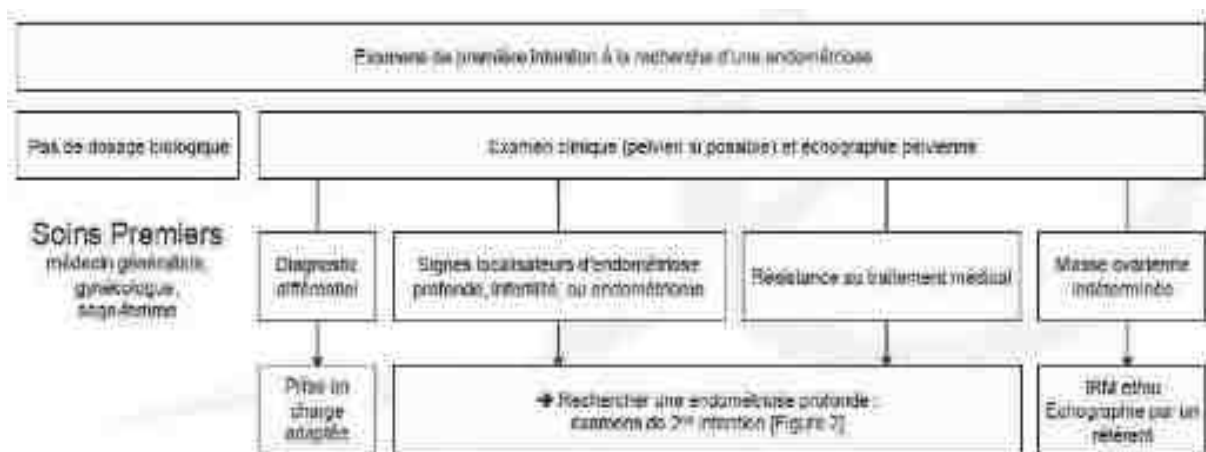


Figure 3 : Examens de première intention à la recherche d'une endométriose (8)

Les examens de deuxième intention dans le diagnostic de l'endométriose sont l'examen clinique pelvien orienté réalisé par un clinicien référent, l'IRM pelvienne et l'échographie pelvienne réalisées par des référents en endométriose. Ils sont réalisés pour évaluer l'extension de l'endométriose, organiser la prise en charge spécialisée, rechercher des signes

d'endométriose lorsque les examens de première intention sont négatifs. Il sont aussi effectués lors d'une suspicion d'endométriose profonde en cas de dyspareunie profonde intense, de signes urinaires cycliques, de douleur à la défécation pendant les règles ou d'infertilité associée (8).

L'IRM pelvienne et l'échographie endovaginale apportent des informations complémentaires. On discute donc du type d'examen à réaliser en fonction du type d'endométriose suspectée. En effet, l'échographie effectuée par un échographiste référent sera plus sensible que l'IRM pour la recherche de signes d'endométriose du rectum et de la charnière recto-sigmoïdienne. En revanche, on préférera l'IRM pelvienne pour l'atteinte des paramètres et les localisations digestives extra-pelviennes. Elle est aussi plus sensible mais moins spécifique que l'échographie pour l'atteinte des ligaments utéro-sacrés, du vagin et de la cloison recto-vaginale.

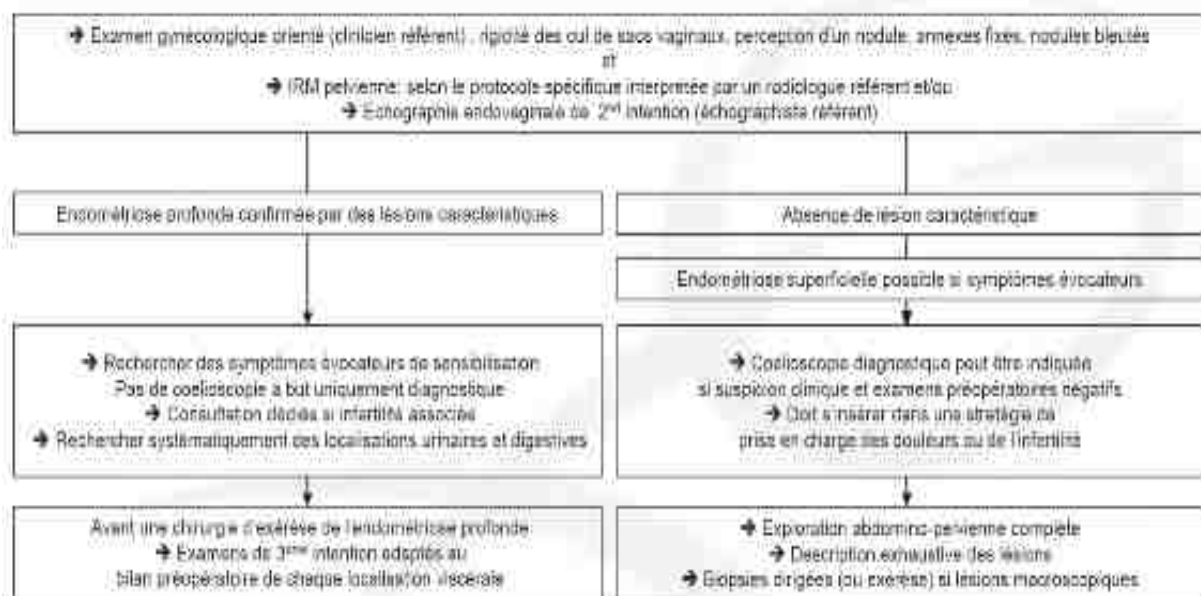


Figure 4 : Examens de seconde et troisième intention à la recherche d'endométriose (8)

Les examens de troisième intention sont uniquement prescrits par le spécialiste en endométriose.

La coelioscopie diagnostique n'est pas recommandée lorsque des lésions spécifiques d'endométriose sont retrouvées à l'imagerie. Elle peut être indiquée avec la réalisation de biopsies dirigées, en cas de suspicion quand les examens préopératoires n'ont pas retrouvé de lésions spécifiques et doit s'intégrer, pour cette indication, dans une prise en charge globale de la douleur ou de l'infertilité (8).

Il est recommandé d'effectuer une écho-endoscopie rectale pour les lésions recto-sigmoïdiennes et le coloscanner pour les lésions coliques plus en amont, lorsque les examens de deuxième intention n'ont pas réussi à évaluer l'endométriose au niveau du colon (8).

Pour évaluer l'endométriose urinaire, on recherchera la dilatation pyélocalicielle à l'aide de l'échographie rénale ou l'IRM pelvienne avec des coupes hautes centrées sur les loges rénales.

Par ailleurs, une start-up lyonnaise a développé un test salivaire pour diagnostiquer rapidement et de manière non invasive l'endométriose. Il utilise deux technologies de pointe, le séquençage haut-débit et l'intelligence artificielle, pour évaluer l'intégralité du capital humain de micro-ARN (soit environ 2600 micro-ARN). Les scientifiques qui ont mis le test au point, l'ont testé sur 200 femmes dont 153 qui présentaient une endométriose. Ils ont recherché les biomarqueurs caractéristiques de l'endométriose et ont trouvé 109 microARN différemment exprimés chez les femmes atteintes d'endométriose. Le test aurait une sensibilité de 96%, une spécificité de 100% et une précision diagnostique de 98%. Son utilisation et son prix font actuellement l'objet d'une évaluation par les autorités de santé, en vue de son inscription dans le parcours de soin (33–35).

d. Infertilité

L'endométriose peut être une des causes d'infertilité. Elle est définie par l'absence de grossesse après un an de rapports réguliers sans contraception. 30 à 40% des femmes atteintes d'endométriose souffrent d'infertilité. Les mécanismes responsables sont variés et souvent associés. Les adhérences peuvent créer des altérations des trompes, l'inflammation chronique modifie la folliculogénèse et les endométriomes peuvent altérer la fonction ovarienne (36). Le bilan d'infertilité comprend l'étude du spermogramme, l'évaluation de la fonction ovarienne (dosage de l'AMH), le compte des follicules antraux et une imagerie pelvienne (une échographie en première intention voire une IRM) (36). La prise en charge dépend du type d'atteinte (profonde, ovarienne ou superficielle), et de la topographie des lésions. Elle dépend aussi de l'âge, de la symptomatologie, de la fonction ovarienne, des pathologies associées de la patiente et du bilan du conjoint. La chirurgie de l'endométriose peut permettre une fertilité spontanée en plus d'être efficace sur la douleur. Elle peut néanmoins entraîner des complications post chirurgicales non négligeables. Il n'existe pour le moment pas de consensus pour orienter les patientes asymptomatiques ou peu symptomatiques plutôt vers la chirurgie ou la PMA (37).

6. Traitements

Pour guider le choix d'un traitement de l'endométriose, il est nécessaire de prendre en compte le désir de grossesse de la patiente, les traitements antérieurs, les effets indésirables potentiels et l'avis de la patiente.

a. Traitements médicamenteux

Une revue de la littérature a été effectuée entre 2006 et 2017 par un groupe de travail de la HAS et du CNGOF ayant abouti aux recommandations de 2018 concernant la prise en charge de l'endométriose (8,38).

- Oestroprogestatif

La contraception par oestroprogestatif est le traitement de première intention dans l'endométriose. Aucune n'a néanmoins l'AMM dans l'endométriose comme sa prise en continu qui est aussi hors AMM. En raison de son risque thrombo-embolique, il est recommandé de suivre les contre-indications de la contraception oestroprogestative.

Son mécanisme d'action est lié à l'inhibition de la croissance du tissu endométrial. Elle a une bonne efficacité sur les dysménorrhées (diminution de l'EVA de trois à neuf points sur dix), les dyspareunies profondes et les douleurs pelviennes chroniques. Sa prise en continu induit une aménorrhée qui diminue voire fait disparaître les douleurs. La littérature est néanmoins insuffisante pour démontrer un bénéfice d'une prise en continu mais se justifie lors de dysménorrhées intenses. Il est possible de l'utiliser par voie orale, transdermique (patch norelgestromine 6mg + éthinylestradiol 600µg) ou vaginale (anneau étonogestrel 11.7mg + éthinylestradiol 2.7mg) (8,38).

- Progestatifs

Le DIU au lévonorgestrel 52mg fait partie des traitements de l'endométriose de première intention. Il permet une diminution de l'EVA d'environ six points sur dix. Il n'existe pas de données disponibles pour le DIU au lévonorgestrel 13.5mg (8,38).

La contraception par microprogestatif au désogestrel et l'implant à l'étonogestrel sont utilisés en deuxième intention dans le traitement de l'endométriose notamment quand la contraception oestroprogestative est contre-indiquée. Ils fonctionnent grâce à leur effet anti-oestrogénique qui provoque une atrophie du tissu endométrial. Ils montrent une efficacité sur la diminution de la douleur.

Les macroprogestatifs sont aussi utilisés en deuxième intention et notamment le diénogest 2mg qui a l'AMM dans l'endométriose et présente une efficacité sur les douleurs pelviennes (8,38).

- Analogue de la GnRH

Les analogues de la GnRH comme la triptoréline, la leuproréline et la nafaréline ont l'AMM dans l'endométriose. Elles fonctionnent en saturant l'axe gonadotrope hypothalamo-hypophysaire et en inhibant la sécrétion de LH et de FSH de manière prolongée. Elles permettent une diminution des dysménorrhées et des douleurs pelviennes de l'endométriose (diminution de l'EVA de trois à six points sur dix). Elles nécessitent l'adjonction d'une add-back thérapie (association d'un macroprogestatif et d'un œstrogène) pour éviter la diminution de la densité minérale osseuse. L'œstrogène permet aussi d'améliorer la qualité de vie des patientes. L'intérêt d'un traitement par GnRHa au-delà de douze mois n'a pas été évalué (8,38).

- Antagoniste GnRH

L'élagolix est efficace dans la diminution des dysménorrhées et des douleurs pelviennes non cycliques mais présente des effets indésirables importants (syndrome climatérique, baisse de la densité minérale osseuse et céphalées). Il fonctionne par inhibition de la voie de signalisation de cette dernière en se liant de façon compétitive au récepteur de la GnRH dans l'hypophyse. Il ne fait pas encore partie des recommandations de traitements de l'endométriose (8).

- Particularités chez l'adolescente

En l'absence de contre-indication, les contraceptions oestroprogestatives et microprogestatives sont prescrites chez l'adolescente en première intention. Le traitement par analogue de la GnRH n'est pas recommandé compte tenu du risque de baisse de la

minéralisation osseuse. En cas d'échec d'un traitement de première intention, un avis spécialisé sera demandé (8,38).

b. Antalgiques et traitements non médicamenteux

- Antalgiques

Les données sur l'efficacité antalgique du paracétamol et des antalgiques de palier deux et trois dans l'endométriose sont insuffisantes. Les AINS présentant des effets secondaires gastriques et rénaux, leur prescription au long cours est donc à éviter. Un traitement spécifique par gabapentine ou amitriptyline peut être envisagé en cas de douleur neuropathique.

- Traitements non médicamenteux

Les thérapies complémentaires sont difficiles à évaluer selon l'Evidence Based Medicine (39). Du point de vue des patientes, elles constatent une nette amélioration de leur qualité de vie (40). Les thérapies les plus utilisées sont l'ostéopathie, l'acupuncture et l'hypnose.

La relaxation a montré un bénéfice sur l'anxiété des patientes atteintes d'endométriose. Le TENS a aussi montré une diminution des dysménorrhées primaires. La prise en charge de la douleur pelvienne chronique doit donc s'inscrire dans un schéma global duquel découle une attitude pluridisciplinaire (gynécologue, algologue, psychologue, sexologue, assistant social). On propose donc aisément des thérapies complémentaires qui ont prouvé qu'elles amélioreraient la qualité de vie des patientes en complément des traitements médicamenteux de l'endométriose (8).

c. Traitement chirurgical

Le recours à la chirurgie n'est pas systématique. Il est évalué en fonction notamment du désir de grossesse, des caractéristiques de la douleur, de l'efficacité et de la tolérance des

traitements médicamenteux et de la localisation de l'endométriose. La voie d'abord de référence est la coelioscopie. L'exérèse d'endométrions est complexe car le parenchyme ovarien peut être abimé et ainsi diminuer la fertilité post-opératoire (8,41). En ce qui concerne l'endométriose profonde, la prise en charge chirurgicale multidisciplinaire est essentielle avec notamment des gynécologues, des chirurgiens digestifs, des urologues dans des centres experts en endométriose (42,43). La cystectomie partielle est proposée chez les patientes présentant une endométriose vésicale douloureuse. La coelioscopie, dans l'endométriose colorectale est proposée chez les patientes symptomatiques. Elle augmente la fertilité et la survenue de grossesse mais la chirurgie n'est pas sans risque (8,43,44). Un traitement médical en post-opératoire prévient la récurrence des lésions d'endométriose (3,8).

III. Matériel et méthodes

1. Travail préliminaire

Lors de mon stage en gynécologie au CMCO à Schiltigheim, j'ai pu assister à certaines consultations avec des patientes atteintes d'endométriose. Elles revenaient régulièrement sur leur parcours diagnostique long et difficile. J'ai ainsi contacté Dr Emilie FALLER, gynécologue obstétricienne, spécialisée en chirurgie gynécologique, dont l'activité chirurgicale est principalement l'endométriose qui m'a permis de la suivre en consultation durant une journée. J'ai pu discuter avec les patientes durant les consultations qui témoignaient d'une errance diagnostique, de manque de réponse et de considération de la part du corps médical quand elles se plaignaient de dysménorrhées. La plupart évoquait le manque de connaissance sur cette pathologie des professionnels de santé non spécialisés en endométriose et du grand public.

C'est pourquoi, j'ai décidé de créer une vidéo pédagogique à destination des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge des patientes atteintes d'endométriose en utilisant la technique du groupe nominal.

2. Le groupe nominal

a. Définition

La méthodologie du groupe nominal a été créée par deux chercheurs américains André Delbecq et Andrew Van den Ven en 1968 pour des problèmes nécessitant l'élaboration et la hiérarchisation d'idées (5,45). Ils ont mené une recherche psychométrique (la science qui étudie les techniques de mesures pratiquées en psychologie) sur 420 participants qui démontre la supériorité du groupe nominal par rapport à d'autres méthodes de consensus sur la satisfaction des participants et la quantité des idées exprimées (46).

Elle a ensuite été utilisée en santé publique pour préparer des questionnaires et des entretiens pertinents afin de mener des enquêtes (47). Elle permet au cours d'une réunion de travail structurée de générer de nombreuses idées de nature qualitative répondant à une question précise et à les ordonner par ordre de priorité.

b. Caractéristiques

Les participants à cette réunion ont été choisis en fonction pour leur expérience et leur expertise de la situation à investiguer. Ils sont considérés comme experts (48). La réunion regroupe entre six et dix experts, idéalement huit. Selon la HAS, le groupe nominal doit représenter les différentes professions et disciplines ainsi que les différents modes d'exercice autour du thème de l'étude (49). Plusieurs points de vue doivent donc être représentés, le groupe doit néanmoins rester homogène autour du thème de la réunion. Nous avons, dans notre cas, réuni plusieurs spécialités médicales exerçant en cabinet médical et en structure hospitalière.

L'animation du groupe est effectuée par un coordinateur qui est soit professionnel du sujet traité, soit sans expertise dans le domaine (47).

Les avantages de cette méthode sont qu'elle est peu coûteuse, rapide et efficace. Elle permet à chacun de donner son avis sans qu'il n'y ait ni d'effet de dominance, ni de dynamique de groupe (50). Néanmoins, elle peut générer de la frustration chez des participants aimant le débat (51). La réunion ne dure que quelques heures (3 heures maximum) laissant peu de place à la réflexion et il n'y a dans cette méthode aucune place pour la confrontation d'idées.

c. Etapas de réalisation

Le groupe nominal est une réunion structurée et standardisée (47).

- **Première étape** : Énoncé de la question

L'animateur rappelle le contexte, les objectifs de l'étude et la méthodologie du groupe nominal. Il énonce ensuite la question.

- **Deuxième étape** : Genèse des idées

Les participants notent leurs idées qui répondent à la question de manière silencieuse et individuelle.

- **Troisième étape** : Énoncé des réponses par chaque participant

L'animateur demande à tour de rôle à chaque participant une idée.

Au fur et à mesure, il note les réponses sur un tableau. Il effectue autant de tours de table que d'idées à exprimer. Chaque participant communique une seule idée par tour. Si une personne considère qu'une de ses idées a déjà été proposée par un autre participant, elle passe à la suivante. Cette troisième étape permet l'expression des idées mais il faut limiter les commentaires et discussions.

- **Quatrième étape** : Clarification de chaque idée

L'animateur a noté tous les énoncés dans le tableau. Il veille à ce que chaque proposition soit séparée et les fait clarifier par les participants pour regrouper celles qui sont similaires. Il faut vérifier que chaque participant attribue le même sens à chaque proposition.

- **Cinquième étape** : Hiérarchisation des idées

Chaque participant établit un classement des items les plus pertinents parmi la liste générée, en leur attribuant un score selon le nombre prédéfini de propositions (entre cinq et dix). Le

score maximal est attribué à l’item le plus important. Par exemple, dans notre cas, les participants devaient choisir les dix propositions qui leur semblaient les plus importantes et les hiérarchiser. La proposition la plus importante selon eux bénéficiait de dix points. Ce vote est écrit, individuel et anonyme.

- **Sixième étape : Résultats**

L’animateur comptabilise les points obtenus pour chaque énoncé et la fréquence des votes. En cas de recherche de consensus, un deuxième tour de vote peut être réalisé pour renforcer le consensus. Les résultats sont ainsi restitués aux participants.

3. Mise en pratique

a. Composition du groupe

Comme exigé par la HAS, le groupe nominal doit être « pluridisciplinaire et multiprofessionnel » et « avoir une bonne connaissance de la pratique professionnelle sur l’ensemble des propositions sur lesquelles ils doivent se prononcer » (49). Nous avons contacté différents professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) qui suivent des patientes atteintes d’endométriose et qui ont une expertise sur le sujet et des associations de patientes. Les participants ont été contactés par message électronique. Le Conseil de l’Ordre des Sages Femmes du Bas Rhin a diffusé le message électronique à ses adhérents. Ce dernier les invitait à participer à une étude médicale dans le cadre d’une thèse de médecine générale sur le thème de l’endométriose. La méthodologie et les objectifs y étaient brièvement expliqués sans détailler la question posée le jour du groupe (pour suivre la méthodologie).

Nous avons récolté quatorze réponses positives après l’envoi des messages électroniques dont deux gynécologues obstétriciens pratiquant en milieu hospitalier, un gynécologue

obstétricien pratiquant en libéral, une gynécologue sexologue pratiquant en milieu hospitalier, quatre médecins généralistes pratiquant en libéral, un radiologue pratiquant en milieu hospitalier, une psychiatre pratiquant en cabinet libéral, une sage-femme pratiquant en milieu hospitalier, une psychologue pratiquant en libéral et deux patientes expertes de l'association Endofrance.

Un sondage en ligne sur la plateforme Doodle proposant plusieurs dates et créneaux horaires pour réunir un maximum de participants a été créé.

Lorsque la date et l'horaire ont été définis, un courrier électronique était envoyé aux participants détaillant le déroulement de la soirée et la méthodologie du groupe nominal. Un dernier message électronique a été envoyé aux participants quelques jours avant le groupe avec un rappel de la date et un plan d'accès à la salle choisie de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

b. Le groupe

Le groupe était constitué de six participants :

- Dr FALLER Emilie, gynécologue obstétricienne exerçant à l'Hôpital de Hautepierre
- Dr OHL Jeanine, gynécologue sexologue exerçant au CMCO
- Dr DAVID Eric, gynécologue obstétricien exerçant en cabinet libéral à Strasbourg
- Dr HOST Philippe, radiologue, exerçant à la Clinique Rhéna
- Dr DUMAS Claire, médecin généraliste exerçant en maison de santé à Strasbourg
- Dr ROUGERIE Fabien, médecin généraliste exerçant en cabinet libéral à Hatten

Malheureusement, deux patientes expertes représentantes de l'association Endofrance n'ont pas pu participer à la réunion pour des raisons personnelles.

Dr GRIES Jean-Luc, médecin généraliste exerçant en cabinet libéral à Dettwiller et membre du DMG de Strasbourg a animé le groupe. Son rôle était de rythmer les échanges, veiller au respect de la méthodologie et de recadrer le débat. Étant membre du DMG, il a l'habitude d'animer des réunions et différents groupes de travail.

c. Déroulement de la réunion

La réunion s'est déroulée la soirée du mercredi 5 janvier 2022 dans les locaux de la Faculté de Médecine de Strasbourg et a duré environ deux heures et demie.

Elle s'est organisée de la manière suivante. J'ai brièvement rappelé le contexte de l'étude, ses objectifs et le déroulement de la méthode. J'avais préalablement distribué à chaque participant trois feuilles sur la première, était notée la question, les deux autres permettant aux participants de noter les différents items lors du vote. J'ai ensuite occupé le poste de secrétaire.

L'animateur a énoncé la question : **Quels sont les messages clés à délivrer aux médecins généralistes concernant le diagnostic et les traitements de l'endométriose en soins primaires ?**

Les participants ont ensuite été invités à noter chacun et en silence leurs réponses sur la première feuille dans un délai de dix minutes.

L'animateur a par la suite demandé à chaque participant d'énoncer à tour de rôle sa première idée. Une seule proposition était exprimée à la fois et si l'une des idées avait déjà été communiquée, le participant devait en choisir une autre. Je notais chaque idée sur un tableau Excel projeté sur grand écran à la vue de tous. Nous avons poursuivi les tours de table jusqu'à ce que toutes les idées aient été répertoriées.

Puis, l'animateur a demandé à chaque participant d'établir un classement de dix items parmi la liste générée en leur attribuant un score d'un à dix (dix étant la note maximale attribuée à l'item le plus important selon eux). Le vote était effectué de manière anonyme et individuelle sur le tableau présent sur l'une des feuilles distribuées en début de réunion.

La sélection d'un maximum de dix items a été décidée arbitrairement avant la réunion dans l'optique de créer une confrontation d'idées avant d'effectuer un second vote pour resserrer le consensus.

Nous avons recueilli le vote de chaque participant en notant dans un tableau projeté sur le grand écran la fréquence de vote de chaque item et l'addition du nombre de points attribués par les participants pour chaque proposition.

Nous voulions initialement rediscuter du vote et en effectuer un deuxième avec cinq items pour resserrer le consensus mais nous avons décidé avec l'ensemble des participants de garder un seul vote car les points ne seraient pas fondamentalement différents.

Nous avons ensuite décidé arbitrairement avec l'ensemble du groupe de garder les items ayant obtenus plus de vingt-cinq points pour servir de thème pour la création de la vidéo. Nous avons à nouveau énuméré les neuf items réunissant les vingt-cinq points pour que l'ensemble du groupe donne son accord avant de conclure la soirée.

4. Conception de la vidéo

Pour la conception de la vidéo, j'ai fait appel à Mr LUDWIG Geoffrey et son entreprise RJS Production. Nous avons ensemble commencé par clarifier et détailler chaque item. Cela nous a permis de cheminer et d'établir un scénario de la vidéo en respectant l'idée principale de la thèse sans la dénaturer. Mr LUDWIG a pour cela créé un storyboard avant d'effectuer le montage de la vidéo. Nous avons ensuite rédigé le texte de la voix off avant de l'enregistrer en studio.

IV. Résultats

1. Les propositions

49 propositions ont été émises par le groupe nominal. Parmi ces dernières, l'étape de clarification a permis de les regrouper en dix-huit items phares (détaillés dans le tableau 1).

Tableau 1 : Idées regroupées par thème

Thèmes	Regroupement des idées
Empathie	- Savoir y penser, les écouter - Savoir entendre la plainte - Rester empathique
Dépistage	- Dépistage précoce - Systématique - Dialogue à partir 14 ans
Dysménorrhée : principal symptôme	- Ne pas banaliser les douleurs de règles - S'intéresser aux cycles des femmes - Rechercher les dysménorrhées intenses avec une EVA >7 résistantes aux antalgiques simples
Explication de la pathologie	- Expliquer et dédramatiser la maladie - Physiopathologie et conséquences - Utilisation de mots simples
Symptômes	- Connaître les symptômes : dyspareunies, dyschésies, dysménorrhées, diarrhées cycliques - Symptômes annexes : asthénie, anxiété, dépression, baisse de la libido - Manifestations extra gynécologiques inexpliquées cycliques - Y penser en cas de mal être
Examens complémentaires	- Expliquer les examens complémentaires - Connaître et expliquer l'IRM : bruits, durée de 20min, non invasif - Injection IM et opacification vagin/rectum non systématique - Rapidité des examens complémentaires
Pathologie chronique fréquente	- Pathologie chronique fréquente 1 femme sur 10 - Pas uniquement une affaire de spécialistes
Traitements symptomatiques	- Soulager les symptômes : AINS et contraception oestroprogestative

	- S'autoriser à traiter les symptômes - Traiter précocement
Travail pluridisciplinaire	- Penser à prescrire une IRM pelvienne chez un radiologue expérimenté en endométriose - Orientation vers un centre anti douleur, un centre PMA, des chirurgiens spécialisés en endométriose - S'appuyer sur des soins pluridisciplinaires et des thérapies complémentaires (kinésithérapeute, psychologue, acupuncteur...) - Savoir l'orienter sans l'abandonner
Travail en réseau	- Avoir un réseau de correspondants de l'endométriose - Travailler en réseau - Connaître les associations de patientes
Traitement d'épreuve	- Connaître les traitements d'épreuve : AINS, progestatifs, analogues LH RH - Savoir dialoguer à propos des hormones avec les patientes
Corrélations symptômes / lésions	- Pas de corrélation entre la gravité des lésions et l'intensité des symptômes
Antécédents	- Rechercher les antécédents de violences dans les douleurs pelviennes
Effets secondaires des traitements	- Ne pas méconnaître la iatrogénie - Se préparer à accompagner les patientes aux effets secondaires des traitements
Impact de la maladie	- Prendre en compte la souffrance psychologique et l'impact sur la qualité de vie - Évaluer l'impact sur la qualité de vie et socioprofessionnel
Diagnostic difficile	- Diagnostic difficile - Prendre le temps de faire le diagnostic - Le compte rendu de l'IRM n'exclue pas toujours la pathologie - Ne pas refuser une hypothèse diagnostique évoquée par la patiente - Réfuter le diagnostic de manière prudente, ne pas avoir de fermeture des hypothèses
Fertilité	- Évoquer systématiquement le désir de grossesse - Connaître les risques et les conséquences éventuelles sur la fertilité et la préserver
Place de la chirurgie	- Penser à la chirurgie dans un centre expert en dernier recours - N'est pas un traitement étiologique

2. Priorité et popularité

A l'issue de l'énoncé, de la clarification de chaque idée puis du regroupement des items par thème, nous avons effectué un vote. Il présente deux aspects, le premier prenant en compte la priorité et le deuxième la popularité.

La priorité est définie comme les items ayant obtenus un nombre de points maximums. L'item ayant reçu le score le plus élevé et donc l'ordre de priorité le plus important est « symptômes ».

La popularité est définie comme les items ayant obtenu le plus de votes. Les items ayant été les plus populaires et étant arrivés ex-aequo sont « symptômes » et « dysménorrhée : principal symptôme ».

Nous avons ensuite additionné les scores obtenus concernant la priorité et la popularité. Nous avons obtenu les points de la quatrième colonne du tableau 2. L'item « symptômes » est à nouveau celui qui est le plus populaire et avec la priorité la plus importante dans le classement. Grâce à l'addition des deux scores, nous avons établi un classement final des propositions par ordre de priorité et de popularité (dernière colonne du tableau 2). L'item « symptômes » est par conséquent en première position et « place de la chirurgie » en dernière position.

Tableau 2 : Thèmes classés par ordre de priorité, de popularité et le rang final

Thèmes	Priorité	Popularité	Addition des points : priorité + popularité	Rang
Symptômes	40	5	45	1
Dysménorrhée : principal symptôme	35	5	40	2
Pathologie chronique fréquente	32	4	36	3
Empathie	29	3	32	4
Impact de la maladie	26	5	31	5
Traitements symptomatiques	24	4	28	6
Travail en réseau	22	4	26	7
Fertilité	21	5	26	7
Travail pluridisciplinaire	20	5	25	9
Traitements d'épreuve	14	3	17	10
Corrélations symptômes / lésions	12	2	14	11
Diagnostic difficile	11	2	13	12
Explication de la pathologie	9	2	11	13
Examens complémentaires	8	1	9	14
Dépistage	6	2	8	15
Effets secondaires des traitements	4	2	6	16
Antécédents	3	2	5	17
Place de la chirurgie	2	2	4	18

3. Propositions retenues

Suite au classement des différentes propositions, nous avons discuté avec l'ensemble des participants du groupe. Le but de cette réunion étant de répondre à la question : **Quels sont les messages clés à délivrer aux médecins généralistes concernant le diagnostic et les traitements de l'endométriose en soins primaires ?** afin de créer une vidéo. Ils ont évoqué ensemble que cette vidéo devait être courte (environ trois minutes) pour ne pas perdre l'attention des spectateurs. L'ensemble des propositions ne peut donc pas être utilisé sous peine de noyer les informations importantes. Nous avons voulu effectuer un deuxième vote mais les participants ont admis que leur vote n'allait pas fondamentalement être modifié entre le premier et le deuxième vote.

L'une des participantes a donc proposé de choisir arbitrairement le nombre de propositions à retenir pour les intégrer dans la vidéo. Ils se sont mis d'accord pour ne garder les propositions ayant obtenu plus de vingt-cinq points (addition des points de priorité et de popularité) qui correspond au neuvième rang dans le classement final. Il y a une nette frontière entre les items classés avant et après le neuvième rang. En effet, les propositions supérieures à vingt-cinq points sont très proches alors qu'il y a huit points d'écart entre la neuvième et la dixième proposition. Nous avons donc retenu les neuf premières propositions qui sont reprises ci-après :

- Symptômes
- Dysménorrhée : principal symptôme
- Pathologie chronique fréquente
- Empathie
- Impact de la maladie

- Traitements symptomatiques
- Travail en réseau
- Fertilité
- Travail pluridisciplinaire

V. Discussion

1. La méthode

a. Le choix de la méthode

La méthode de consensus du groupe nominal a été choisie pour notre étude. Le but est de hiérarchiser et de prioriser certaines données. Il existe déjà des recommandations de la HAS concernant l'endométriose mais nous devons, pour réaliser une vidéo à destination des médecins généralistes concernant son diagnostic et son traitement, rassembler des experts de cette pathologie pour faire ressortir les messages les plus importants à transmettre aux médecins généralistes. La méthodologie du groupe nominal m'a semblé adéquate pour ce travail. Elle m'a été proposée par des enseignants en médecine générale lors d'une réunion de thèse (52).

Il existe aussi la méthode Delphi qui interroge de façon itérative des experts par courrier sans qu'ils ne communiquent entre eux. Les questions sont modifiées à chaque nouveau tour en tenant compte de ce qui a été dit précédemment pour obtenir finalement un consensus suffisant dans le groupe (53).

Il était important pour mon étude que les échanges se fassent en présentiel lors d'une réunion, pour que les experts donnent chacun leurs idées avant de pouvoir en débattre ensemble.

b. Les limites

La méthodologie du groupe nominal nécessite énormément d'organisation en amont. Il est en effet nécessaire de trouver des volontaires acceptant de participer à cette réunion puis de

faire coïncider leurs agendas pour les rassembler. J'ai initialement privilégié une hétérogénéité et une diversité importante concernant les experts pour que les points de vue paramédicaux et des patientes soient aussi bien représentés que ceux des médicaux. Mais il a été difficile de réunir le même jour et au même endroit tous les participants. Il existe donc un biais de sélection car la réunion ayant lieu à Strasbourg, certains volontaires ont été freinés par la distance à parcourir pour s'y rendre. Pour recruter des sage-femmes, j'avais notamment posté un message sur un de leur groupe Facebook. L'une d'entre elle a transmis le message à une psychologue habitant en Bretagne. Elle a beaucoup de patientes atteintes d'endométriose et aurait été ravie de participer à la réunion mais Strasbourg étant loin de son domicile, elle n'y a pas participé. Nous ne l'avons pas invité en visioconférence pour respecter le principe de la méthodologie qui implique une réunion exclusivement en présentiel.

L'échantillon était, de plus, uniquement représenté par des professions médicales. Ils étaient six médecins (gynécologues, médecins généralistes, sexologue et radiologue). Un groupe nominal doit habituellement réunir entre six et dix experts, idéalement huit. La puissance du consensus est proportionnelle au nombre de participants. Le nombre minimal de participants a cependant été atteint. De plus, le groupe devait initialement être plus diversifié et contenir notamment des représentantes d'associations de patientes et des sage-femmes qui avaient accepté d'y participer mais les aléas de dernière minute n'ont permis que la participation de médecins. Nous avons tout de même quatre spécialités médicales différentes travaillant souvent avec les associations de patientes et les paramédicaux et connaissant bien leur point de vue.

Le jour de la réunion, les participants connaissaient le thème et le déroulement de la soirée mais pas la question d'étude. Ils l'ont tous découvert au même moment. Cela a pu démotiver certains participants à s'inscrire. Mais nous tenions à respecter cet aspect de la méthodologie afin d'éviter des contacts et discussions en amont de la réunion entre participants qui se connaissent.

La réunion suit une méthode très précise qui impose l'optimisation du temps pour chaque étape notamment pour la phase de production des données qui était donc limitée à une dizaine de minutes. Certaines propositions ont pu être omises par le manque de temps et l'examen approfondi de chaque proposition n'a pu être effectué, ce qui a pu être frustrant pour certains participants.

Dans la littérature, les réunions durent habituellement entre 2h et 2h30. Les disponibilités de chacun ont pu permettre une durée de 2h30. Les débats ont dû être à plusieurs reprises recadrés pour éviter de dépasser ce temps. Ce dernier a aussi manqué pour effectuer un deuxième tour de vote. L'un des participants a néanmoins évoqué que son vote n'aurait pas été modifié suite au premier tour. Il aurait pu éventuellement le modifier si le deuxième tour était effectué quelques jours plus tard, le temps pour chacun d'approfondir chaque proposition de son côté. Mais l'intérêt de la méthodologie du groupe nominal est de produire des données et les classer pour former un consensus en une seule réunion.

Cette méthode est encore peu connue. En effet, ni l'investigateur, ni l'animateur n'avaient jamais participé à ce type de réunion. Ce dernier, étant membre du DMG, a l'habitude de diriger des réunions et groupes d'étude et a su recadrer le débat si besoin.

c. Ses forces

Selon l'Evidence Based Medicine, un consensus validé par un groupe d'experts a un niveau de preuve supérieur à l'avis d'un expert isolé (47). La méthodologie du groupe nominal permet la production de données par un groupe pour arriver à un consensus. C'est une méthode simple, efficace, peu coûteuse et rapide car une réunion produit un grand nombre de données et aboutit à un consensus.

Les participants peuvent, de plus, s'exprimer de manière individuelle, ce qui évite la dynamique de groupe et l'émergence d'un leader (45). En effet, lors de la production des données, chaque participant devait donner à son tour une proposition sans pouvoir en débattre. Le débat a pu démarrer après l'étape de clarification des propositions. Les votes aussi ont été faits de manière individuelle, chaque participant a classé les propositions sur sa feuille.

2. Interprétation des résultats

Le vote a permis à l'issue du débat du groupe nominal de faire émerger trois items populaires et prioritaires dont deux qui ont été voté par l'ensemble des participants. Il s'agit par ordre de classement les items : « symptômes », « dysménorrhées : principal symptôme » et « pathologie chronique fréquente ».

- Symptômes

L'item « symptômes » comprenait initialement plusieurs propositions notamment : Connaître les symptômes (dyspareunies, dyschésies, dysménorrhées, diarrhées cycliques), les symptômes annexes (asthénie, anxiété, dépression, baisse de la libido), les manifestations extra gynécologiques inexplicables cycliques et y penser en cas de mal être.

La thèse de A. Guillaubert de 2021 interroge les patientes atteintes d'endométriose sur la réalisation de son diagnostic en soins primaires : six patientes sur quinze décrivent des douleurs abdominales non gérables, cinq sur quinze des dyspareunies gênantes, deux sur quinze une infertilité primaire et deux sur quinze des troubles urinaires et digestifs (54). Dans une étude parallèle de 2021, A. Chanet interroge les médecins généralistes sur le diagnostic de l'endométriose en soins primaires (55). Sur les seize médecins généralistes, seuls sept interrogeaient sur la dyspareunie et plus rarement on évoquait la dysurie et la dyschésie lors de l'interrogatoire. On voit donc que la connaissance des symptômes annexes n'est pas assez riche.

Dans la thèse de A. Chanet, les médecins trouvent que leur formation lors du deuxième et troisième cycles n'est pas suffisante concernant cette pathologie (55). En effet, l'item de l'endométriose n'est au programme des ECN que depuis 2020. Il n'était donc pas enseigné en deuxième cycle avant l'année 2020. La formation du troisième cycle de médecine générale varie selon les facultés de médecine. A Strasbourg, par exemple, aucune formation théorique n'est proposée aux internes de médecine générale sur l'endométriose pour le moment. Les médecins thésés peuvent, s'ils le souhaitent et s'ils sont intéressés par ce thème, s'inscrire à une FMC sur l'endométriose dans le cadre de leur formation médicale continue obligatoire. Néanmoins, le choix des thèmes n'est pas imposé, ce qui sélectionne une partie des médecins.

Aussi, dans l'étude de A. Chanet qui interroge les médecins sur le diagnostic de l'endométriose en soins primaires, les médecins avouent manquer de temps en pratique courante pour effectuer un dépistage de l'endométriose si la patiente ne se plaint pas de dysménorrhées (55). Les patientes interrogées dans la thèse de A. Guillaubert se plaignent de ne pas toujours

être comprises, que les symptômes soient rétrogradés au niveau de plainte psychologique et que leur médecin ne les recherche pas systématiquement (54). La meilleure connaissance des symptômes et sa recherche en médecine générale lorsqu'une patiente présente des douleurs pourrait améliorer le délai diagnostic et la prise en charge des patientes.

Certains médecins ont aussi évoqué (trois sur seize) se sentir exclus du diagnostic et de la prise en charge de l'endométriose car la plupart des femmes effectuent leur suivi gynécologique chez un gynécologue et non un médecin généraliste (55). Une étude de 2011 qui étudiait les connaissances des médecins généralistes sur l'endométriose en Seine Maritime, montre que 44% des médecins généralistes effectuent plus de huit consultations gynécologiques par semaine et 18% d'entre eux moins de trois consultations gynécologiques par semaine (2). La médecine générale prend donc en charge plus du tiers des consultations gynécologiques. Elle occupe donc une place très importante dans le suivi gynécologique des femmes et donc dans le dépistage de l'endométriose.

- Dysménorrhée : principal symptôme :

L'item « dysménorrhée : principal symptôme » comprenait initialement les propositions : ne pas banaliser les douleurs de règle, s'intéresser aux cycles des femmes et rechercher les dysménorrhées intenses avec une EVA supérieure à sept, résistantes aux antalgiques simples et un absentéisme fréquent.

Dans l'étude de A. Guillaubert, onze sur quinze patientes décrivent la dysménorrhée comme le symptôme inaugural (54). Les médecins évoquent cependant, une difficulté à évaluer les dysménorrhées devant la subjectivité des douleurs (55). L'interprétation des douleurs est donc selon eux peu aisée, sous-évaluée, diminuant les investigations et favorisant l'errance

diagnostique. On comprend donc que la dysménorrhée est rarement dépistée en consultation car on a du mal à l'évaluer. Il est pourtant nécessaire pour les médecins de rechercher la dysménorrhée intense qui est bien définie dans la littérature.

De plus, dans l'étude de A. Guillaubert, cinq sur quinze patientes évoquent une minimisation des plaintes douloureuses par le corps médical (54). Une banalisation des dysménorrhées est aussi évoquée dans l'étude parallèle de A. Chanet par onze sur seize médecins aboutissant souvent à une diminution des investigations voir à un renoncement aux soins (55). L'association Info Endométriose a ainsi lancé en 2016, une campagne de sensibilisation concernant les douleurs de règles pour toucher le grand public et les professionnels de santé. Leur affiche comprend notamment le slogan : « les règles c'est naturel, pas la douleur » (56). Beaucoup de professionnels de santé ont des difficultés à évaluer les dysménorrhées car des croyances anciennes soutiennent qu'il est normal d'avoir mal pendant ses règles. Il est cependant important d'écouter la patiente et ensuite d'essayer de la soulager si des douleurs apparaissent pendant les règles. Si la patiente est soulagée par un antalgique de palier un ou un AINS et n'a aucun autre symptôme d'endométriose, il n'est pas nécessaire d'effectuer des examens complémentaires. Le médecin doit dans tous les cas, s'intéresser à ses patientes dans leur globalité et notamment leur cycle et les douleurs pendant leurs règles.

- L'endométriose : une pathologie chronique fréquente :

L'item « pathologie chronique fréquente » comportait initialement les propositions : pathologie chronique fréquente qui concerne une femme sur dix et une pathologie qui n'est pas uniquement une affaire de spécialistes.

L'endométriose est une pathologie gynécologique fréquente qui concerne une femme sur dix et peut monter jusqu'à 40% parmi les femmes qui souffrent de douleurs pelviennes pendant les règles (1). La connaissance des professionnels de santé et du grand public est donc primordiale.

Dans l'étude de A. Chanet, dix sur seize médecins pensent avoir leur place dans le suivi de l'endométriose (55). Ils évoquent leur rôle dans le soutien aux patientes, le conseil, l'éducation thérapeutique. Ils sont aussi plus accessibles que certains spécialistes et ont une vision globale de la patiente. Ils se sont tous néanmoins accordés dans cette étude pour dire qu'un avis spécialisé était tout de même indispensable dans cette pathologie. Ils soulignent donc leur rôle de coordinateur de soins et l'importance du réseau de soins dans la prise en charge rapide et efficace de l'endométriose. Ils mentionnaient comme déterminants les échanges de données médicales par courriers interposés, la création d'un réseau ville-hôpital, et l'organisation de rencontres entre les différents correspondants.

Dans l'étude parallèle de A. Guillaibert, les patientes trouvent que le rôle du médecin traitant est de les accompagner et de les orienter vers les bons spécialistes (54). Néanmoins, certaines déploraient l'absence de recherche de symptôme gynécologique par leur médecin généraliste.

Donc patientes et médecins généralistes s'accordent que ces derniers ont un rôle d'adressage, d'accompagnement et de coordination dans la prise en charge de l'endométriose.

Pour créer son réseau de soin, le médecin généraliste peut faire fonctionner son réseau professionnel de contact mais il peut aussi être guidé par des centres experts et donc connaître les spécialistes qui s'occupent de l'endométriose. À Strasbourg, le centre expert

Endoalsace a été créé et regroupe un ensemble de professionnels de santé exerçant aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, pour améliorer la prise en charge des patientes endométriosiques (57). Il s'occupe essentiellement des cas difficiles mais un projet de réseau ville / hôpital est en cours pour favoriser la coordination entre professionnels de santé et améliorer la prise en charge des patientes.

Les associations de patientes atteintes d'endométriose demandent la prise en charge de la pathologie en ALD 30 depuis plusieurs années. Elle permettrait la prise en charge à 100% des soins concernant l'endométriose dans la limite des plafonds de remboursement de l'Assurance Maladie (58). Les députés de l'Assemblée Nationale ont voté, le 13 janvier 2022 à l'unanimité une proposition de résolution prévoyant l'inscription de l'endométriose dans la liste des affections longue durée exonérantes (59). Le texte n'a aucune valeur contraignante car n'a pas été retenu par le gouvernement. Néanmoins, il permettait de faire pression sur ce dernier. Emmanuel Macron a annoncé le lancement d'une Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose le 11 janvier 2022 qui a pour but de faciliter le parcours de soins, réduire l'errance médicale, diminuer le délai diagnostique et développer la recherche (60,61). Pour le moment, l'endométriose reste prise en charge en tant qu'ALD 31 donc hors liste. Cela concerne les patientes atteintes d'une forme sévère de la maladie, ou d'une forme évolutive ou invalidante. Le projet de soin doit mentionner un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (58). Pour en bénéficier, le médecin traitant doit remplir le dossier en précisant ALD hors liste et doit détailler le protocole et le projet de soin. C'est le médecin conseil de l'Assurance Maladie qui accorde au cas par cas la mise sous ALD. Selon la CNAM, environ 60 % des demandes d'ALD obtiennent un avis favorable (62).

3. Comparaison avec une autre étude

Notre intérêt s'est porté sur une étude de 2018 menée à Lyon. Elle avait pour objectif d'analyser le bénéfice apporté par une fiche de synthèse sur l'endométriose aux connaissances et à la pratique des médecins généralistes (63) .

L'outil a été réalisé à partir des dernières recommandations de l'EHSRE et du CNGOF (8,64).

Pour évaluer son utilité, un premier questionnaire sous forme de cas cliniques a été envoyé à des médecins recrutés lors d'une journée de formation en gynécologie. Puis la fiche synthèse a été élaborée et envoyée aux médecins. On leur a demandé dans un troisième temps de répondre au même questionnaire. Le premier questionnaire a été envoyé à soixante-neuf médecins mais trente (43%) ont répondu aux deux questionnaires et ont donc constitué l'effectif de l'échantillon d'analyse. La moyenne des deux dossiers est passée de 12 à 17.3/41. Ils ont donc significativement augmenté leur note de 5.3 points.

Les thèmes abordés dans la fiche concordent en globalité avec ceux abordés dans notre vidéo mais ils sont traités plus en détail dans la fiche. Celle-ci reprend les points d'appel cliniques et les démarches diagnostiques et thérapeutiques de l'endométriose. Nous avons abordé par choix et pour suivre les décisions du groupe nominal, les neuf premiers thèmes dans le classement suite au vote. Les participants ont demandé que la vidéo ne dure pas plus de trois minutes et trente secondes. Elle ne devait pas se substituer à un cours sur l'endométriose mais faire essentiellement de la sensibilisation auprès des médecins généralistes sur les principaux thèmes à retenir dans le cadre de l'endométriose en soins primaires.

En effet, nous n'avons pas détaillé l'examen clinique de la patiente ni les indications de prescriptions de l'imagerie contrairement à la fiche de synthèse mais nous avons fait le choix d'une vision plus globale de la patiente en voulant sensibiliser les médecins sur l'empathie, la fertilité, l'importance de connaître le désir de grossesse de la patiente et les conséquences de l'endométriose sur la vie de la patiente que ce soit sa vie personnelle ou professionnelle. Nous avons, à la fin de la vidéo, laissé le lien vers les recommandations de la HAS avec un QRcode pour les médecins qui souhaitent plus d'informations.

La fiche et la vidéo pourraient être utilisées en complémentarité. La vidéo pourrait en effet, être utilisée pour sensibiliser les médecins généralistes sur la prise en charge globale de l'endométriose et la fiche pour les aspects plus techniques.

4. Le support vidéo

Le support vidéo est un moyen simple, moderne et ludique pour informer. Nous sommes tous friands de courtes vidéos lorsque nous sommes sur nos téléphones. Elles peuvent concerner l'actualité ou d'autres sujets. Son format court, ludique et plus marquant qu'un texte, permet à la fois de mieux fixer l'attention et de traiter l'essentiel d'un sujet en quelques minutes. Nous avons trouvé que ce support rendrait notre sujet plus attractif.

Nous voulions qu'elle soit sous la forme d'une animation pour qu'elle soit plus intéressante à regarder et qu'elle puisse aussi servir aux médecins pour expliquer la pathologie aux patientes. Elle dure quatre minutes et treize secondes, nous la voulions initialement légèrement plus courte.

Les informations sont transmises de façon imagée avec différents personnages facilement reconnaissables (les différents professionnels de santé, les patientes, l'entourage).

Les messages importants sont visibles durant la vidéo et un texte est lu en voix off. On retrouve à la fin de la vidéo un lien vers le centre expert EndoAlsace des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et un lien vers les recommandations de la HAS.

Lien de la vidéo : <https://f.io/khHQyza9>

5. Perspectives

Nous pourrions évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes et d'autres professionnels de santé concernant l'endométriose avant et après avoir vu cette vidéo.

La confirmation d'une amélioration des compétences des médecins généralistes ou d'autres professionnels de santé suite au visionnage de la vidéo pourrait permettre sa diffusion plus large par des organismes de FMC, le Conseil de l'Ordre, le DMG pour une diffusion aux internes. Elle pourrait aussi profiter à d'autres professionnels de santé (médecins scolaires, infirmiers, médecins du travail, sage-femmes etc...) et permettre à d'autres centres experts que EndoAlsace de bénéficier d'un outil de sensibilisation moderne.

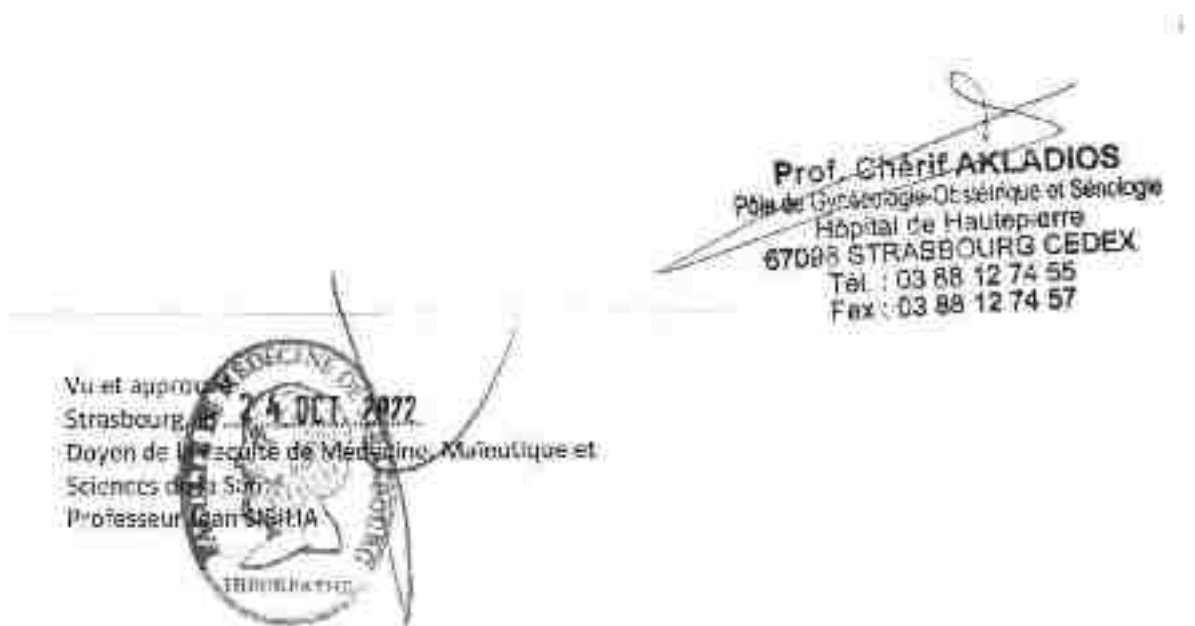
VI. Conclusion

L'endométriose est une pathologie gynécologique fréquente qui concerne une femme sur dix et devient donc un enjeu de santé publique. Elle se manifeste essentiellement par des douleurs et peut devenir invalidante dans la vie d'une femme. Le diagnostic est pour le moment encore souvent tardif. Devant la fréquence de la maladie, les médecins généralistes ont une place prépondérante dans la prise en charge de la pathologie.

Le but de mon étude est de créer une vidéo à destination des médecins généralistes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose.

Grâce à la technique du groupe nominal, nous avons réunis neuf professionnels de santé (médecins généralistes, radiologues, gynécologues) pour établir une liste de dix-huit propositions dont neuf ont été utilisées comme thèmes principaux pour créer la vidéo. Cette dernière pourra ensuite être diffusée auprès de médecins généralistes à travers des organismes de FMC, le Conseil de l'Ordre, le DMG etc...

Une évaluation de l'impact de la vidéo auprès des médecins généralistes pourra faire l'objet d'un prochain travail.



VII. Annexes

1. Courriel envoyé aux participants

Bonjour,

Je suis interne en 6ème semestre de médecine générale. Je contacte divers médecins pour mon travail de thèse dont le thème est l'endométriose.

Mon but est de créer un outil pour améliorer la prise en charge des patientes atteintes d'endométriose en soins primaires. J'ai décidé avec mon directeur de thèse le Dr Gari d'effectuer un groupe nominal. C'est une méthodologie qui permet au cours d'une réunion avec des experts de récolter des informations et de les classer pour répondre à une question précise. La question sera communiquée le jour de la réunion pour respecter la méthodologie du groupe nominal.

Je souhaiterais effectuer la réunion à l'automne 2021, si possible en présentiel (en fonction des conditions sanitaires). Elle durerait deux heures environ. Seriez-vous d'accord d'y participer ? Si oui, quels sont les jours / horaires de la semaine où vous êtes disponible ? En cas de réponse positive, je vous recontacterais quand j'aurai assez de participants pour proposer une série de dates.

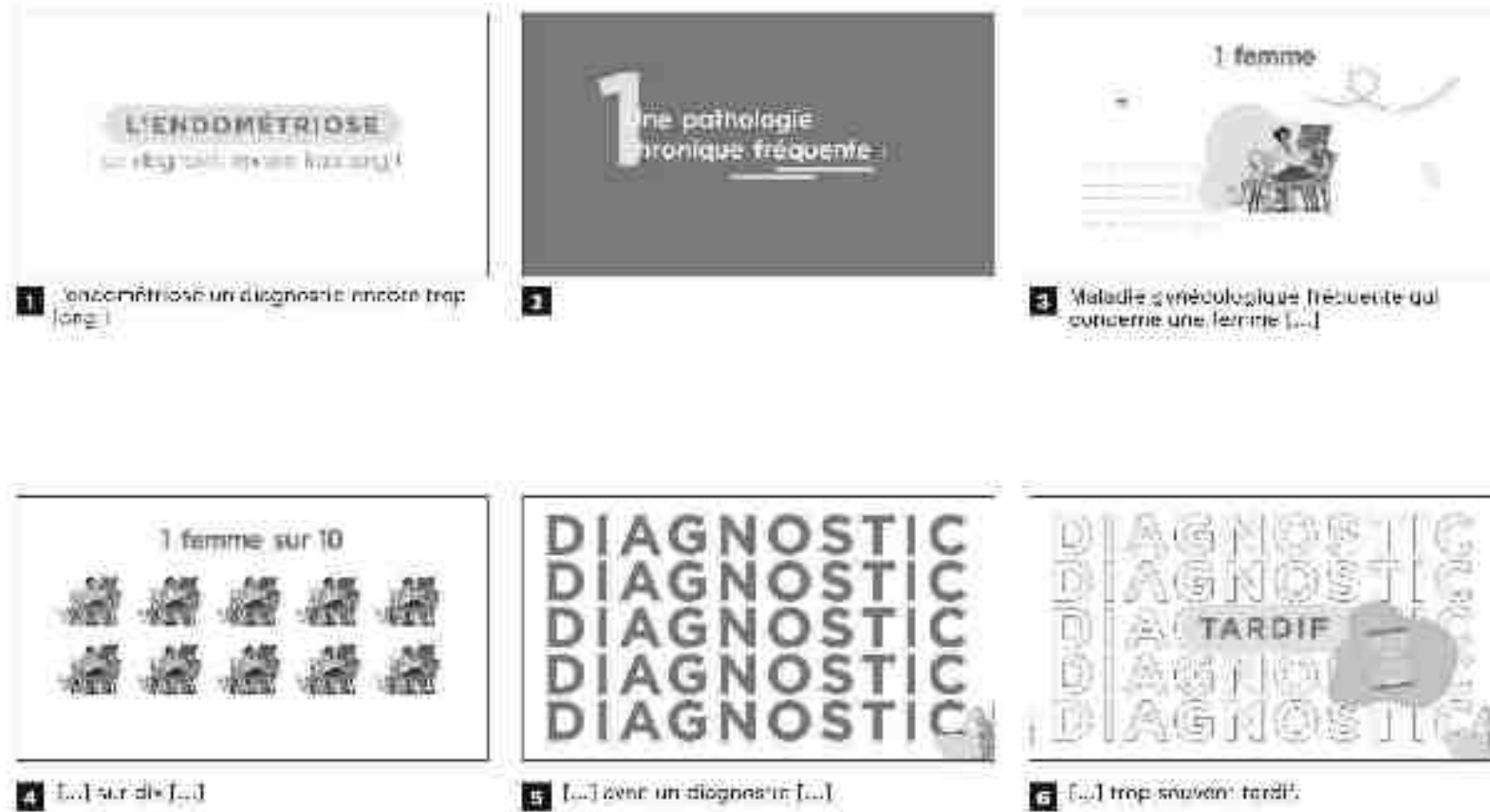
Dans l'attente de votre réponse,

Bonne journée,

Laura KOCHER

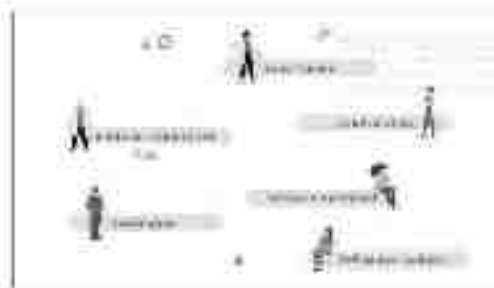
Interne en médecine générale

2. Storyboard





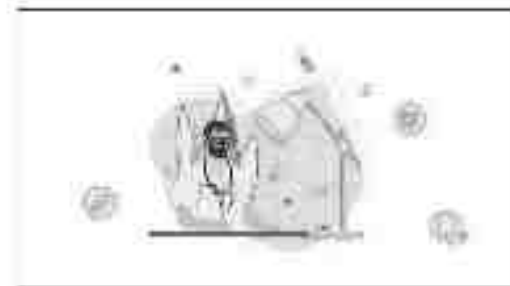
7 Afin de détecter plus précocement la maladie, il est indispensable de renforcer la formation et la sensibilisation [...]



8 [...] de tous les acteurs concernés (médecins généralistes, gynécologues, radiologues, médecine du travail, infirmiers scolaires)



9



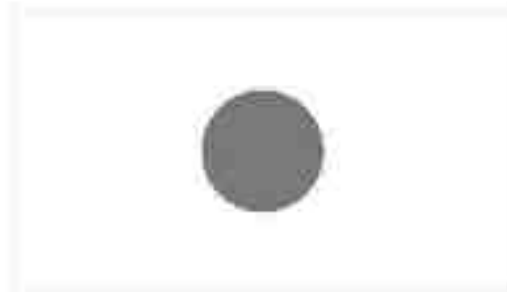
10 Le sujet de l'empathie fait souvent défaut.



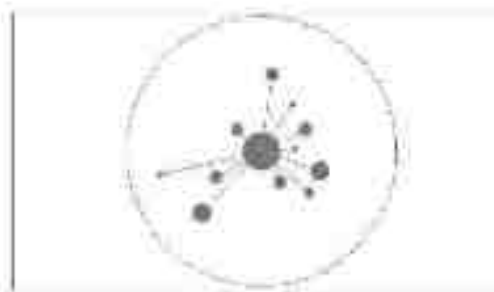
11 Le professionnel de santé doit savoir dépister les douleurs de règles et doit pouvoir écouter et entendre la plainte pour bien mener son interrogatoire médical et orienter son diagnostic.



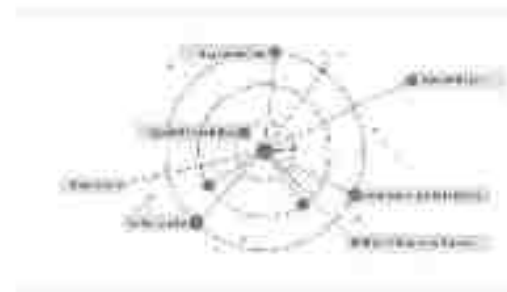
12



13 Les symptômes [...]



14 [...] peuvent être multiples, à divers endroits et d'intensité variable.



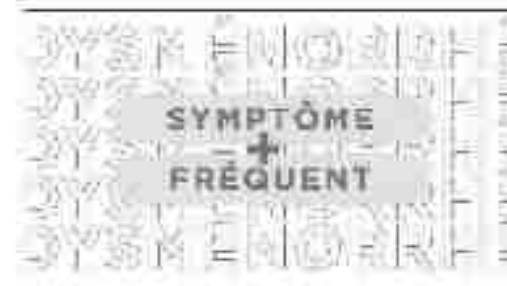
15 Dyspareunies, douleurs pelviennes, dysménorrhées, dyschémie, dysurie, diarrhées cycliques, infertilité [...]



16 [...] mais aussi un mal-être tel qu'une asthénie, de l'anxiété, une dépression ou une baisse libido.



17



18 La dysménorrhée apparaît comme le symptôme le plus fréquent dans l'endométriose [...]



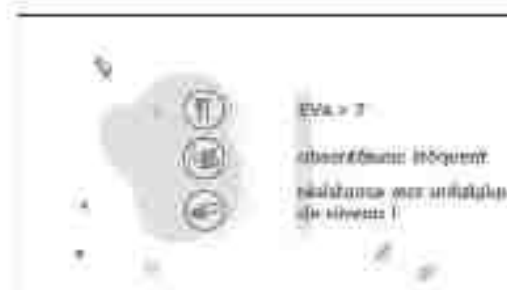
19 [...] il faut donc évaluer pour chaque femme [...]



20 [...] et s'intéresser au cycle de chaque femme.



21 La dysménorrhée intense (> 7, abeille téte fréquente, résistance aux antalgiques de niveau 1) doit faire penser à l'endométriose.



22



23 L'endométriose est une pathologie qui touche plusieurs spécialités médicales : le médecin généraliste [...]



24 [...] il lui est réservé de soin pour orienter ses patientes.



25 Il les adresse chez un radiologue expérimenté en endométrie pour l'échographie pelvienne +/- l'RM pelvienne, un gynécologue, un centre anti-bouleur, un chirurgien compétent en endométrie, (+) anesthésiste



26

6 es traitements symptomatiques

27 Il existe pas [..]

AUCUN
AUCUN
AUCUN
AUCUN
AUCUN

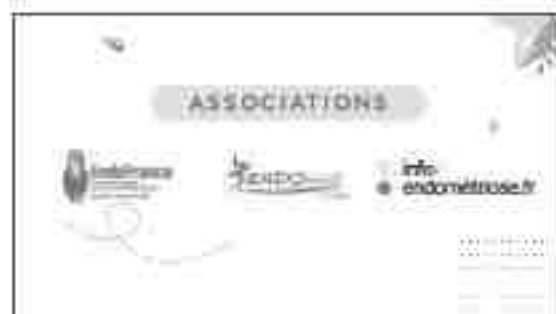
28 [..] de traitement définitif de l'endométriose.

AUCUN
AUCUN
TRAITEMENT DÉFINITIF
AUCUN
AUCUN

29 Le médecin généraliste ne doit pas hésiter à instaurer un traitement symptomatique précocement.

INSTAURER
un traitement symptomatique

30 -à première intention on propose des Antalgiques de palier 1 (paracétamol et A NS), la contraception par œstroprogestatifs et le D.U au hormonal.



31



32 30 à 40% des femmes atteintes d'endométriose [...]



33 [...] souffrent [...]



34 [...] d'infertilité.



35 Les mécanismes responsables sont variés et souvent associés. La prise en charge dépend du type d'atteinte (profonde, ovarienne ou superficielle), et de la topographie des lésions. Elle dépend aussi de l'âge, de la symptomatologie, de la fonction ovarienne, des pathologies associées de la patiente et du bilan du conjoint.



36 Le désir de grossesse doit donc être systématiquement évoqué pour chaque patiente afin de l'adresser dans un centre PMA de référence si besoin.



37



38 L'endométriose peut engendrer un impact sur la [...]



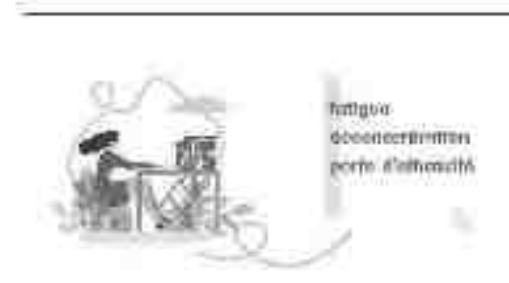
39 [...] vie quotidienne non négligeable, avec une souffrance psychologique et des obstacles pouvant peser sur leur vie intime



40 Cette pathologie peut aussi avoir des conséquences multiples sur la travail.



41 -triguns, déconcentration, perte d'affection, pouvant entraîner certaines femmes à renoncer d'elles-mêmes à un poste à responsabilité.



42 la patiente pour entre autres s'adresser aux différentes associations pour le soutien (Endofrance, Endomind...)



42



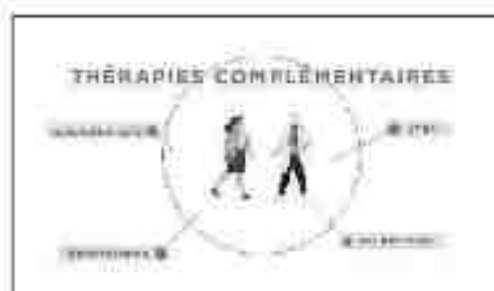
44 Le médecin généraliste [...]



46 [...] accompagne sa patiente sans l'abandonner comme dans toute pathologie chronique. Il est au centre de la prise en charge pluridisciplinaire [...]



45 [...] et peut donc ainsi orienter les patientes vers des thérapies complémentaires (kinésithérapie, acupuncture, yoga, psychothérapie etc...).



47 Chaque femme est unique [...]



48 [...] chaque endométriose l'est également.



VIII. Bibliographie

1. Endométriose · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/>
2. Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. Les médecins traitants devant le défi du dépistage et de la prise en charge de l'endométriose : résultats d'une enquête. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juin 2013;41(6):372-80.
3. HAS (Haute Autorité de Santé). Prise en charge de l'endométriose : démarche diagnostique et traitement médical [Internet]. 2017 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_l_endometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf
4. FRASER IS. Recognising, understanding and managing endometriosis. *J Hum Reprod Sci.* 2008;1(2):56-64.
5. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* déc 2008;56(6):415-23.
6. Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, et al. Endometriosis. *Endocr Rev.* 1 août 2019;40(4):1048-79.
7. Vannuccini S, Petraglia F. Recent advances in understanding and managing adenomyosis. *F1000Research.* 2019;8:F1000 Faculty Rev-283.
8. HAS (Haute Autorité de Santé). Prise en charge de l'endométriose [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/2017/RPC-HAS-CNGOF-endometriose-Recommandations_2017.pdf
9. Fritel X. Les formes anatomocliniques de l'endométriose. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 avr 2007;36(2):113-8.
10. Tissot M, Lecointre L, Faller E, Afors K, Akladios C, Audebert A. Clinical presentation of endometriosis identified at interval laparoscopic tubal sterilization: Prospective series of 465 cases. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* oct 2017;46(8):647-50.
11. Gylfason JT, Kristjansson KA, Sverrisdottir G, Jonsdottir K, Rafnsson V, Geirsson RT. Pelvic Endometriosis Diagnosed in an Entire Nation Over 20 Years. *Am J Epidemiol.* 1 août 2010;172(3):237-43.
12. Masson E. Épidémiologie de l'endométriose [Internet]. EM-Consulte. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1093274/epidemiologie-de-l-endometriose>

13. Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*. 27 mai 2021;184(11):2807-24.
14. Bricou A, Batt RE, Chapron C. Peritoneal fluid flow influences anatomical distribution of endometriotic lesions: why Sampson seems to be right. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juin 2008;138(2):127-34.
15. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. *Obstet Gynecol*. mars 1986;67(3):335-8.
16. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. sept 2012;98(3):511-9.
17. Borghese B, Santulli P, Marcellin L, Chapron C. Définition, description, formes anatomo-cliniques, pathogénèse et histoire naturelle de l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):156-67.
18. Chapron C, Chopin N, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Vacher-Lavenu MC, et al. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Hum Reprod*. 1 juill 2006;21(7):1839-45.
19. Darrow SL, Vena JE, Batt RE, Zielezny MA, Michalek AM, Selman S. Menstrual Cycle Characteristics and the Risk of Endometriosis. *Epidemiology*. mars 1993;4(2):135-42.
20. Gruber TM, Mechsner S. Pathogenesis of Endometriosis: The Origin of Pain and Subfertility. *Cells*. 3 juin 2021;10(6):1381.
21. Seli E, Berkkanoglu M, Arici A. Pathogenesis of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. mars 2003;30(1):41-61.
22. Shafrir AL, Farland LV, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. août 2018;51:1-15.
23. Saha R, Pettersson HJ, Svedberg P, Olovsson M, Bergqvist A, Marions L, et al. Heritability of endometriosis. *Fertil Steril*. oct 2015;104(4):947-52.
24. Buck Louis GM, Peterson CM, Chen Z, Croughan M, Sundaram R, Stanford J, et al. Bisphenol A and phthalates and endometriosis: the Endometriosis: Natural History, Diagnosis and Outcomes Study. *Fertil Steril*. juill 2013;100(1):162-169.e1-2.
25. Kim HS, Kim TH, Chung HH, Song YS. Risk and prognosis of ovarian cancer in women with endometriosis: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2 avr 2014;110(7):1878-90.
26. Guo SW. Endometriosis and ovarian cancer: potential benefits and harms of screening and risk-reducing surgery. *Fertil Steril*. oct 2015;104(4):813-30.

27. 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.
28. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Development of the Short Form Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-5. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* avr 2004;13(3):695-704.
29. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* avr 2004;13(3):705-13.
30. Gehenne L, Parent A, Christophe V, Rubod C. Vécu de la sexualité des patientes atteintes d'endométriose et de leurs partenaires : une étude qualitative en population française. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 janv 2022;50(1):69-74.
31. Daraï E, Ploteau S, Ballester M, Bendifallah S. Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique. *Presse Médicale.* 1 déc 2017;46(12, Part 1):1156-65.
32. Chen-Dixon K, Uzuner C, Mak J, Condous G. Effectiveness of ultrasound for endometriosis diagnosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* oct 2022;34(5):324-31.
33. Inserm. Un test salivaire pour diagnostiquer l'endométriose, vraiment ? [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2022 [cité 7 oct 2022]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/un-test-salivaire-pour-diagnostiquer-lendometriose-vraiment-2/44876/>
34. Dabi Y, Suisse S, Jornea L, Bouteiller D, Touboul C, Puchar A, et al. Clues for Improving the Pathophysiology Knowledge for Endometriosis Using Serum Micro-RNA Expression. *Diagn Basel Switz.* 12 janv 2022;12(1):175.
35. Bendifallah S, Suisse S, Puchar A, Delbos L, Poilblanc M, Descamps P, et al. Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis. *J Clin Med.* janv 2022;11(3):612.
36. Juhan V. Infertilité et endométriose : quelle prise en charge ? *Imag Femme.* 1 juin 2019;29(2):93-8.
37. Mathieu d'Argent E, Cohen J, Chauffour C, Pouly JL, Boujenah J, Poncelet C, et al. Endométriose profonde et infertilité, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* mars 2018;46(3):357-67.
38. Geoffron S, Cohen J, Sauvan M, Legendre G, Wattier JM, Daraï E, et al. Traitement médical de l'endométriose : prise en charge de la douleur et de l'évolution des lésions par traitement hormonal. *RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 mars 2018;46(3):231-47.

39. Stout A, Jevé Y. The management of endometriosis-related pelvic pain. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 1 mars 2021;31(3):84-90.
40. Theurel P. Thérapies complémentaires dans l'endométriose : étude qualitative du bénéfice perçu par les patients [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Strasbourg (FRA) Université de Strasbourg ; 2020. f
41. Rubod C, Jean dit Gautier E, Yazbeck C. Traitement chirurgical des endométriomes. Modalités et résultats en termes de douleur, fertilité et récurrence des techniques chirurgicales et de ses alternatives. *RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 mars 2018;46(3):278-89.
42. Pellerin M, Faller E, Minella C, Garbin O, Host A, Lecointre L, et al. Surgical management of deep pelvic endometriosis in France: Do we need to be a pelvic surgeon to deal with DPE? *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* nov 2021;50(9):102158.
43. Netter A, Dechaud H, Chêne G, Hebert T, Dubernard G, Faller É, et al. Surgical management of endometriotic women with pregnancy intention in France: A national snapshot of centers performing a high volume of endometriosis procedures. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* oct 2021;50(8):102130.
44. Lapointe M, Pontvianne M, Faller E, Lodi M, Fitcher F, Lecointre L, et al. Impact of surgery for colorectal endometriosis on postoperative fertility and pregnancy outcomes. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* avr 2022;51(4):102348.
45. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health.* mars 1972;62(3):337-42.
46. Van de Ven AH, Delbecq AL. Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Groups and Delphi Process [Internet]. 1986 [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://sites.google.com/a/umn.edu/avandeven/publications/books/group-techniques-for-program-planning>
47. Letrilliart L., Marc Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer [Internet]. 2011 [cité 24 mars 2022];(99:170-7). Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/101916/1/Article%20Delphi.pdf>
48. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health.* sept 1984;74(9):979-83.
49. HAS (Haute Autorité de Santé). Elaboration de recommandations de bonne pratique [Internet]. 2010 [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco363_gm_rbp_maj_janv_2020_cd_2020_01_22_v0.pdf
50. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm.* 2016;38:655-62.

51. Meunier JM. L'utilisation du groupe nominal dans l'identification des besoins d'une clientèle de soins palliatifs à domicile. :28.
52. Frappé P. Technique du groupe nominal. In: Initiation à la recherche. La Revue du Praticien. 2018.
53. Frappé P. Technique Delphi. In: Initiation à la recherche. La Revue du Praticien. 2018.
54. Guillaibert A. La réalisation du diagnostic d'endométriose en soins primaires: étude qualitative par entretiens semi-directifs de patientes des Alpes-Maritimes. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Nice (FRA) : Université Côte d'Azur ; 2021.
55. Chanet A. La réalisation du diagnostic d'endométriose en soins primaires: étude qualitative par entretiens semi-directifs de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Nice (FRA) : Université Côte d'Azur; 2021.
56. Info-Endométriose. Notre histoire [Internet]. Info-Endométriose.fr. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.info-endometriose.fr>
57. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Endométriose [Internet]. 2021 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.chru-strasbourg.fr/endometriose/>
58. Assurance Maladie. Affection Longue Durée (ALD) [Internet]. 2022 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>
59. Assemblée Nationale. Compte-rendu de la séance du jeudi 13 janvier 2022 [Internet]. Assemblée nationale. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2021-2022/premiere-seance-du-jeudi-13-janvier-2022>
60. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose [Internet]. 2022 [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2022_02_dossier_de_presse_strategie_nationale_de_lutte_contre_l_endometriose.pdf
61. C Zacharopoulou. Stratégie nationale contre l'endométriose [Internet]. 2022. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10_01_2022_strategie_nationale_finale_chrysoula_zacharopoulou_vf.pdf
62. EndoFrance. La prise en charge de l'endométriose en ALD 31 : les critères d'obtention [Internet]. Association EndoFrance. 2022 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/la-prise-en-charge-de-lendometriose-en-ald-31-les-criteres-dobtention/>

63. Belat AM. Compétences des médecins généralistes en endométriose : évaluation de l'apport d'une fiche d'aide diagnostique et thérapeutique [Internet]. [Lyon, France]: Claude Bernard Lyon 1; 2018. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6w66jth>
64. 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 Oxf Engl. mars 2014;29(3):400-12.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : KOCHER Prénom : LAURA

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A STRASBOURG, le 23/10/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

L'endométriose est une pathologie gynécologique fréquente touchant environ 10% des femmes. Elle peut se manifester par des dysménorrhées, des douleurs abdomino pelviennes chroniques, des dyspareunies, des troubles uro-digestifs (ténésmes, diarrhées cycliques, dysurie, dyschésie), et une infertilité pouvant avoir un retentissement psycho-social important.

Le but de cette étude est de créer une vidéo pour aider les médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose en soins primaires.

Une étude qualitative par la méthodologie du groupe nominal a été réalisée. Elle permet au cours d'une réunion avec des experts de récolter des informations et de les classer pour répondre à une question précise et établir un consensus. Nous avons réuni six professionnels de santé (gynécologues, radiologues, médecins généralistes) qui ont établi une liste de dix-huit propositions répondant à la question : quels sont les messages à délivrer aux médecins généralistes à travers une vidéo concernant le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose en soins primaires ?

Neuf propositions prioritaires et populaires se sont détachées : "symptômes", "dysménorrhées : principal symptôme", "l'endométriose : pathologie gynécologique fréquente", "empathie", "impact de la maladie", "traitements symptomatiques", "travail en réseau", "fertilité", "travail pluridisciplinaire". Elles ont servi à créer notre vidéo qui pourra ensuite être diffusée auprès de médecins généralistes à travers des organismes de FMC, le Conseil de l'Ordre, le DMG etc...

Une évaluation de l'impact de la vidéo auprès des médecins généralistes pourra faire l'objet d'un prochain travail.

Rubrique de classement : médecine générale

Mots clés : endométriose, médecine générale, soins primaires, prise en charge, diagnostic, vidéo

Président :

Professeur Chérif AKLADIOS, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Assesseurs :

Professeur Jean-Luc GRIES, Professeur Associé de médecine générale
Docteur Jean-Marc GARI, Médecin Généraliste

Adresse de l'auteur : 30 rue de Sélestat, 67100 Strasbourg

