



HAL
open science

Évaluation et prise en charge des dysménorrhées lors d'une consultation de contraception par les médecins généralistes de Haute Normandie

Mathieu Cassagne

► **To cite this version:**

Mathieu Cassagne. Évaluation et prise en charge des dysménorrhées lors d'une consultation de contraception par les médecins généralistes de Haute Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01235795

HAL Id: dumas-01235795

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01235795v1>

Submitted on 30 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014 – 2015

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

CASSAGNE Mathieu

Né le 14 mai 1984 à HARFLEUR

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 OCTOBRE 2015

**EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DES
DYSMENORRHEES LORS D'UNE CONSULTATION DE
CONTRACEPTION PAR LES MEDECINS
GENERALISTES DE HAUTE NORMANDIE**

PRESIDENT DE JURY : M. le Professeur Horace ROMAN

DIRECTRICE DE THESE : Mme le Docteur Isabella CHANAVAZ-LACHERAY

MEMBRE DU JURY : Mme le Professeur Véronique MERLE

MEMBRE DU JURY : M. le Professeur Christian THUILLEZ

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 – 2015

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOV	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie-Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale

Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Éric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Éric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation

Mr Éric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Éric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET** Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET** Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE** Parasitologie
Mr François **HALLOUARD** Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale
Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med) Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (phar) Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar) Neurophysiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med) Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET** Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar) Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN – Hôpital Charles Nicolle
CB – Centre Henri Becquerel
CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Rééducation

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME
CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray
SJ – Hôpital Saint Julien

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Au président du jury M. le Professeur Horace Roman

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Au Professeur Mme Véronique Merle

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de faire partie de mon jury de soutenance.

Au Professeur Christian Thuillez

Merci à vous d'être présent aujourd'hui et d'avoir accepté d'évaluer cette thèse.

A ma directrice de thèse Mme le Docteur Isabella Chanavaz-Lacheray

Merci de m'avoir proposé ce sujet qui m'a beaucoup intéressé. Je te remercie pour tes conseils.

J'ai apprécié ton encadrement au Belvédère qui m'a beaucoup appris.

A tous les médecins, infirmier(e)s, sage femmes, aide soignantes et tout le personnel soignant que j'ai pu croiser tout au long de mes études et qui m'ont permis de m'enrichir au quotidien.

A Quentin et Berge

Merci de m'avoir aidé à comprendre un tant soit peu les statistiques, à réaliser mon questionnaire et calculer mes résultats. J'aurais vraiment galéré sans vous donc merci encore !

A TJ

Merci d'être encore là après toutes ces années, de rester le même gars taré et bavard mais ô combien attachant. A toutes nos soirées, nos vacances, nos photos débiles, nos délires, nos longues discussions d'ados complexés. Tu es un ami fidèle et j'espère que notre belle amitié perdurera encore longtemps.

A Jess

Ma confidente, mon amie de toujours. Tu as toujours été comme une sœur pour moi. A nos longues nuits blanches à discuter de la vie, à nos fous rires, à nos grimaces, à nos super moments sur les planches. Tu as toujours été là pour moi dans les bons comme dans les mauvais moments et je ne te remercierai jamais assez pour cela. Sache que je serai aussi toujours là pour toi. Je vous souhaite à Charly, Simon et toi tout le bonheur du monde.

A Zoz

Ma grande amie, ma pote, à nos super moments partagés ensemble que ce soit pendant nos après-midis théâtre à faire tout et n'importe quoi sauf du théâtre, à nos soirées médecine, à nos trips. Merci mille fois d'avoir toujours été mon meilleur public. J'espère qu'Ela, Oliv' et toi profiterez de la vie encore longtemps comme vous savez si bien le faire.

A mes potes d'externat

A Francky : mon super pote la fouine ! A nos parties de PES, à nos danses effrénées sur le dance floor, à ta feignantise, à nos blagues salasses, à Raymonde. En espérant qu'on aura encore des millions de trucs à partager. Je te kiffe !

A Rocco : à José, à Union, à Christian Morin, au UNO et au Time's up, à Paimpol. « Vous ne m'aurrrez pas Monsieu' BOONND ! ». Prends bien soin de Margaux et d'Emilie. Sois heureux mon gars et continue d'être un gros nounours.

A Papa Gauthier : aux sessions de surf au lever du soleil quand tout le monde dort encore, à ton rire si particulier, à la tectonique, aux hortensias. Vous formez avec Capu les meilleurs parents qu'on puisse avoir. Merci de nous avoir offert Juliette, une jolie petite sœur. Je vous adore.

A Bao, Emilie, Morgan, Lucie, Maria, Max et tous les autres, merci pour tous ces bons moments partagés qui m'ont permis de traverser ces longues années dans la joie et la bonne humeur.

A la team du Delirium

A Romain : aux Girondins, à la boîte à bière (même si j'ai pas le choix !), au molki et à ton pantalon rose. Merci pour ta grande humanité, ton écoute, tes conseils et ta bonne humeur perpétuelle. Je remercie le Belvédère qui nous a permis de débiter une belle amitié. Eclate-toi bien en Asie avec Lolo, ce petit bout de femme attachant et spontané ! Revenez-nous vite !

A Thibault : à Karim, à la BIIIEERRRE, à ta cheville en carton, à nos danses endiablées, à ton sale caractère (t'as compris ?!) et à tes caleçons collector. Tu es un mec génial, barré et généreux. Reste comme ça t'es un champiiiiioon !

A Totor : à Marie Trintignant, à nos réflexions sur l'amour, à ta folie et ta grandeur d'âme. J'espère du fond du cœur que tu arriveras à réaliser tes projets près de ta petite femme... et près de nous par la même occasion ! Et fais gaffe la moto c'est dangereux !

A Sarah : à la Corse, aux écureuils et à ton grand coeur. Pardonne-moi si je me moque si souvent de toi, je peux parfois être un peu lourd... C'est parce que je t'adore !!

A Greg l'écrevisse nonchalante et son adorable Camille, restez toujours aussi profondément gentils et souriants

A Jaaacques : continue d'être un bon coach à la langue bien pendue et aux idées tordues. OUAAAIIS !!!

A Max : à tes grandes réflexions de penseur portugais, à ton grand eclectisme musical (un peu douteux parfois...), à mon oreiller orphelin.

A mes potes internes

A Arnaud : à tes blagues pourries, à tes ricanements, à Friedrich, à ta barbe, au Ch'Nord, à Game of Thrones, à ton j'en foutisme, à ta bienveillance et ton écoute.

A Val' : à ta maladresse, à la Pologne, à ton coiffeur, à ta touchante candeur, à ta profonde gentillesse. Na zdrowie !

A Nat' : à Wikipédia, aux randos foireuses, aux poivrons, à la rythmo (quoiqu'à la guitare...), à l'Omnia qui peut te remercier de le garder en vie, à ta grande générosité et à ton altruisme. Soyez heureux avec Caro.

A Yuyu : au titan, à l'alimentation, aux clous et aux vis, à Scarface, à ta grande faculté à encaisser les vannes et à ta bonté.

Aux « copains du poney »

A Quentin : à tes questions existentielles, à ta belle voix et ton immense gentillesse. Merci de m'épauler à supporter ces longues journées en concours de poney !

A Hélène : à ta gouaille, ton humour de mec et tes délires. « Y'a de l'idéée ! »

A Marion : à tes « Wouhoouu », ta générosité et ton immense sensibilité.

A Arthur : à ta gentillesse, à tes poses de beau gosse et à tes talents de p'tit chef !

A Liz et François

Merci de m'avoir accueilli à bras ouverts et d'avoir toujours été bons et généreux avec moi.

A mes parents

Merci de m'avoir permis d'être là où j'en suis aujourd'hui et de m'avoir toujours soutenu dans les épreuves. La route a été longue et vous avez tout fait pour qu'elle soit la plus agréable et la plus sûre possible. Je vous remercie d'avoir fait de moi ce que je suis. Je vous aime.

A Laura

Merci d'être à mes côtés depuis cet inoubliable stage en néphrologie. Merci pour ton amour, ta bonté, ta patience, l'humour que nous partageons... Simplement d'être toi. Il faut du courage pour me supporter au quotidien et tu l'as toujours fait avec compréhension et bienveillance. Je serai toujours là pour t'épauler et te protéger. Tu es ce qui m'est arrivé de meilleur. Je t'aime.

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ASRM : American Society for Reproductive Medicine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

COC : Contraceptifs Combinés Oraux

COP : Contraception Oestro-Progestative

DIU : Dispositif Intra Utérin

DPC : Douleurs Pelviennes Chroniques

ENC : Examen National Classant

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MGI : Médecins Généralistes Interrogés

R-AFS : Revisited American Fertility Society

TDM : Tomodensitométrie

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

SOMMAIRE

I/ INTRODUCTION	17
1) <u>ENDOMETRIOSE : GENERALITES</u>	18
<u>A/ Définition</u>	19
<u>B/ Histogénèse, aspects et localisations des lésions</u>	19
1) <u>Les différentes théories physiopathologiques</u>	19
2) <u>Classification des lésions</u>	20
a. <u>L'endométriiose péritonéale superficielle</u>	21
b. <u>Le kyste endométriosique de l'ovaire ou endométriome</u>	21
c. <u>L'endométriiose sous-péritonéale profonde</u>	21
3) <u>Aspect des lésions :</u>	21
a. <u>Les lésions typiques</u>	22
b. <u>Les lésions atypiques</u>	22
c. <u>Les lésions microscopiques ou invisibles</u>	23
4) <u>Localisation des lésions</u>	23
a. <u>Les localisations pelviennes</u>	23
b. <u>Les localisations extra pelviennes</u>	24
2) <u>DIAGNOSTIC DE L'ENDOMETRIOSE :</u>	25
<u>A/ Les facteurs de risque</u>	25
1) <u>L'indice de masse corporelle</u>	25
2) <u>Les particularités du cycle menstruel.</u>	25
3) <u>L'âge</u>	25
4) <u>Les facteurs génétiques</u>	25
5) <u>La nulliparité</u>	25
<u>B/ Les facteurs protecteurs</u>	26
<u>C/ Les facteurs discutés</u>	26
<u>D/ Les signes cliniques</u>	26
1) <u>La dysménorrhée</u>	26
2) <u>La dyspareunie</u>	27
3) <u>Les troubles digestifs</u>	27

4) <u>Les troubles urinaires</u>	28
5) <u>L'infertilité</u>	28
6) <u>Les métrorragies</u>	29
<u>E/ L'examen clinique</u>	29
1) <u>L'examen abdominal</u>	29
2) <u>L'examen au spéculum</u>	29
3) <u>Le toucher vaginal</u>	29
4) <u>Le toucher rectal</u>	30
<u>F/ Les examens complémentaires</u>	30
1) <u>Les examens d'imagerie</u>	30
a. <u>L'échographie pelvienne</u>	30
b. <u>L'IRM pelvienne</u>	31
c. <u>Le coloscanner</u>	31
d. <u>L'écho-endoscopie endo-rectale</u>	31
e. <u>La coelioscopie</u>	32
2) <u>La biologie</u>	32
3) <u>TRAITEMENT DE L'ENDOMETRIOSE</u>	33
<u>A/ Les traitements médicamenteux</u>	33
1) <u>Les anti-inflammatoires non stéroïdiens</u>	34
2) <u>Les associations oestro-progestatives</u>	34
a. <u>Prise cyclique</u>	34
b. <u>Prise en continu</u>	35
3) <u>Les progestatifs seuls</u>	36
a. <u>Les macro-progestatifs ou progestatifs à dose anti-gonadotrope</u>	36
b. <u>Le dispositif intra utérin au Lévonorgestrel (Miréna®)</u>	36
c. <u>Les micro-progestatifs</u>	37
4) <u>Les analogues de la GnRH</u>	37
5) <u>Le danazol</u>	38
6) <u>Autres traitements</u>	38

B/ <u>Les traitements chirurgicaux</u>	39
4) <u>EPIDEMIOLOGIE</u>	41
A/ <u>Prévalence et délai de diagnostic</u>	41
B/ <u>Coût de l'endométriose</u>	41
C/ <u>Une maladie méconnue</u>	42
1) <u>Par la population</u>	42
2) <u>Par le médecin généraliste</u>	42
II/ MATERIEL ET METHODES	44
1) <u>POPULATION ETUDIEE</u>	44
2) <u>MODE DE RECUEIL DES DONNEES</u>	44
3) <u>CONTENU DU QUESTIONNAIRE</u>	45
4) <u>EXPLOITATION DES DONNEES</u>	46
III/ RESULTATS	47
1) <u>CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON</u>	47
A/ <u>Le sexe</u>	47
B/ <u>L'âge</u>	47
C/ <u>La zone d'exercice</u>	48
D/ <u>La sectorisation</u>	48
E/ <u>La durée d'activité</u>	48
2) <u>DEROULEMENT D'UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION EN MEDECINE GENERALE</u>	49
A/ <u>Interrogatoire et examen clinique</u>	49

1) <i>L'interrogatoire</i>	49
2) <i>L'examen clinique</i>	50
B/ <i>Dépistage de l'endométriase</i>	50
3) <u>PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES DYSMENORRHEES EN MEDECINE GENERALE</u>	50
A/ <i>Introduction d'un traitement contraceptif</i>	52
B/ <i>Renouvellement d'un traitement contraceptif</i>	52
4) <u>CONNAISSANCES ET RESSENTI SUR L'ENDOMETRIOSE ET SA PRISE EN CHARGE</u>	53
A/ <i>Connaissances sur l'endométriase</i>	53
B/ <i>Ressenti et opinions sur l'endométriase</i>	54
5) <u>LA FORMATION</u>	56
IV/DISCUSSION	59
1) <u>REPRESENTATIVITE DE LA POPULATON ETUDIEE</u>	59
2) <u>LIMITES DE L'ETUDE</u>	59
3) <u>CONFUSION DOULEURS DE REGLES / DYSMENORRHEES ET BANALISATION DES DOULEURS</u>	60
4) <u>PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE MECONNUE OU INCOMPLETE</u>	63
5) <u>IMPORTANCE DE LA FORMATION</u>	67
VI/ CONCLUSION	69
ANNEXES	71
<i>Annexe 1 : score de l'American Fertility Society révisé (AFSr) en 1985 de l'endométriase</i>	71
<i>Annexe 2 : questionnaire envoyé aux médecins généralistes</i>	72
BIBLIOGRAPHIE	77

I/ INTRODUCTION

La dysménorrhée, douleur abdomino-pelvienne cyclique rythmée par les règles, est un symptôme fréquent (1). Elle est souvent considérée par les patientes ou les médecins comme un phénomène normal ne nécessitant pas de prise en charge particulière. Pourtant, ce symptôme peut être révélateur d'une endométriose, maladie très fréquente puisqu'elle touche une femme sur 10 (2). Cette maladie, qui souffre d'un retard diagnostique (entre 6 et 15 ans de délai (1)(3)(4)) peut avoir des répercussions importantes sur la vie quotidienne et la santé des femmes (5), voire même engendrer des complications irréversibles notamment sur la fertilité.

Compte tenu du déficit grandissant de gynécologues de ville en France (6), le médecin généraliste est au premier plan pour le dépistage et la prise en charge des dysménorrhées. Il doit donc pouvoir les appréhender efficacement en ayant à l'esprit qu'il doit également informer et rassurer ses patientes.

La consultation d'instauration ou de renouvellement de contraception est donc une excellente occasion d'interroger une femme sur ses éventuelles dysménorrhées. Les réponses aux questions devraient à la fois permettre au médecin d'orienter la patiente sur son choix de contraception, tout en permettant un dépistage de l'endométriose. Mais cette opportunité est-elle réellement saisie par les médecins généralistes ? Ont-ils les réflexes nécessaires en termes de connaissances et de pratique courante pour dépister et prendre en charge ces symptômes convenablement ?

Face à ces interrogations, nous avons décidé de réaliser une étude afin d'évaluer le dépistage des dysménorrhées au cours d'une consultation de contraception par des médecins généralistes de Haute Normandie. Pour cela, nous avons réalisé un questionnaire visant à étudier les connaissances et la pratique des praticiens dans ce contexte particulier. Nous avons tenté d'analyser les différentes décisions thérapeutiques selon la prise en compte ou non des dysménorrhées. Enfin, nous avons cherché à savoir s'il existait des pistes d'amélioration, notamment en matière de formation médicale

1) L'ENDOMETRIOSE : GENERALITES

A/ Définition

L'endométriose est une maladie inflammatoire chronique oestrogéno-dépendante (7) définie par la présence de tissu endométrial, comportant à la fois des glandes et du stroma, en dehors de la cavité utérine (8)(9). Rokitansky l'a décrite pour la première en 1860 (10). Le diagnostic de cette maladie s'avère difficile. En effet, elle peut présenter un tableau compliqué aux symptômes variés tels que des douleurs chroniques, une infertilité, des dyspareunies mais peut aussi être totalement asymptomatique. Sa complexité réside aussi dans le fait qu'il n'existe pas de corrélation franche entre la gravité des lésions et l'intensité ou le type des symptômes (11).

B/ Histogénèse, aspects et localisations des lésions

1) Les différentes théories physiopathologiques :

Plusieurs théories concernant la physiopathologie de la maladie existent mais aucune d'entre elles n'explique complètement son origine qui semble plutôt multifactorielle.

> La théorie du reflux et de l'implantation est la plus précoce et la plus acceptée actuellement. Elle est décrite en 1927 par Sampson. Elle est basée sur l'hypothèse selon laquelle au cours des menstruations, des cellules de l'endomètre atteignent la cavité abdominale par voie rétrograde à travers les pavillons des trompes. Des conditions favorables conduisent à la dissémination et l'implantation de fragments de tissu sur le péritoine, et donc au développement de l'endométriose (12).

Ainsi il a été décrit qu'il existe un reflux sanguin chez 90% des femmes (13) mais toutes ne développent pas une endométriose. Ainsi il semblerait que l'endométriose touche 54% des femmes ayant un reflux tubaire (14). D'autres phénomènes seraient donc associés au reflux notamment un dysfonctionnement du système d'épuration au niveau péritonéal.

> La théorie de la métaplasie coelomique de l'endométriose consiste à supposer que l'épithélium coelomique (tissu embryologique) de la cavité péritonéale conserve des cellules multipotentes qui pourraient se développer en tissu endométriosique. Cela pourrait expliquer les rares cas d'endométriose chez les prépubères, chez les femmes souffrant du Syndrome de Rokitansky-Küster-Hauser ou encore chez les hommes (15).

> La théorie des emboles lymphatiques ou veineux se baserait sur le transport via les canaux lymphatiques et les vaisseaux de cellules et tissu endométriaux (15)(16). Ceci pourrait expliquer les localisations atypiques de foyers endométriosiques (poumons, cerveau...)

> La théorie de l'induction repose sur l'hypothèse d'une différenciation endométriale de cellules immatures sous l'influence de facteurs biochimiques et immunologiques sécrétés par l'endomètre.

> Récemment des recherches ont suggéré l'influence d'un phénomène immunologique dans le développement de l'endométriose (17). Il est également démontré que les concentrations en macrophages, leptine, facteur alpha de nécrose tumorale et interleukine 6 sont souvent plus élevées dans le liquide péritonéal des femmes endométriosiques (15)(18)(19).

2) Classification des lésions :

Suite à une étude de Nisolle et Donnez (20) qui décrivait 3 entités différentes, reprise par le CNGOF (9), il est décrit trois formes d'endométriose externe :

- a. l'endométriose péritonéale (ou ovarienne) superficielle
- b. le kyste endométriosique de l'ovaire ou endométriome
- c. l'endométriose sous-péritonéale profonde

a. L'endométriase péritonéale superficielle :

Ce sont les lésions les plus fréquentes. Elles sont constituées de stroma et d'îlots d'endomètre glandulaire, entourés d'un réseau de néovaisseaux développés à partir du péritoine sous-jacent (21). L'implantation péritonéale des fragments d'endomètre serait due au reflux tubaire du sang menstruel (21).

b. Le kyste endométriosique de l'ovaire ou endométriome :

Les endométriomes sont des kystes quasiment extra ovariens. Leur formation serait due initialement au contact entre des implants endométriosiques sur les fossettes ovariennes et les ovaires créant un espace clos. L'accumulation de sang due aux microhémorragies cycliques engendrerait un pseudo kyste s'invaginant progressivement dans l'ovaire. Ils se caractérisent ainsi par un contenu liquidien brun visqueux nommé « liquide chocolat ». Il semblerait que ces lésions engendrent peu de douleur du fait de l'absence de fibres nerveuses en leur sein (22)(23)(24)(25).

c. L'endométriase sous-péritonéale profonde :

Les lésions sous-péritonéales profondes sont des lésions infiltrantes d'au moins 5 mm de profondeur sous la surface du péritoine (26). Elles se présentent sous la forme de nodules de consistance fibreuse, mal limités, se développant au niveau de la paroi des organes abdomino-pelviens ou du rétro péritoine.

Ils se différencient au niveau histologique de l'endométriase péritonéale superficielle et des endométriomes. Le tissu fibro-conjonctif et les fibres musculaires lisses constituent 75 % du volume du nodule (27), les 25% restant étant constitués d'épithélium glandulaire.

3) Aspect des lésions :

La cœlioscopie permet de décrire et classer la multitude de lésions caractérisant l'endométriase.

a. Les lésions typiques

Elles se présentent sous forme de taches ou de granulations allant du rouge sombre au noir. Il s'agit des lésions dites "pigmentées" de taille variable (0,5 mm à plusieurs centimètres) pouvant être isolées ou agglomérées. Elles peuvent exister également sous forme de nodules, de pétéchies ou plus simplement sous forme de zones hémorragiques (28). Un saignement caractéristique peut être présent en période menstruelle.

Les **lésions kystiques** sont retrouvées principalement au niveau ovarien (endométriomes). Leur couleur varie du rouge (hémorragique) au brun. Leur taille est variable, généralement de 1 à 2 cm mais elles peuvent dépasser les 10 cm. Ils contiennent un liquide hématique épais le plus souvent brunâtre appelé « liquide chocolat ».

Il existe également des **adhérences** résultant soit d'une réaction de défense pour limiter l'extension du phénomène soit des lésions endométriosiques à part entière. La formation de **fibrose** devient prédominante avec l'ancienneté des lésions. Celles-ci ont l'aspect d'un épaissement ou d'un nodule blanc pouvant contenir des taches noires (dépôts d'hémosidérine). Elles résultent d'une guérison spontanée ou secondaire à un traitement médical.

b. Les lésions atypiques

Ces lésions sont diagnostiquées grâce aux biopsies faites au cours de la cœlioscopie. Quelques études au cours des années 80 (29)(30) ont cherché à les caractériser. Il existe au niveau du péritoine diverses lésions d'une autre nature et de même aspect (31), d'où l'importance du diagnostic histologique.

Ces lésions « atypiques » se présentent sous de multiples formes : vésicules blanches, rouges ou jaunes, plaques, zones en flammèches, péritoine de forme atypique, cicatrices en étoile.

Redwine (32) a établi l'âge moyen des patientes chez lesquelles les lésions de différents types sont retrouvées, seules ou associées. Les patientes les plus jeunes présentent des

vésicules rouges ou blanches tandis que les plus âgées sont plutôt porteuses de lésions d'allure séquellaire telles que des épaissements blanchâtres ou des lésions noires. Les avis sont controversés quant à la relation entre l'aspect des lésions et leur ancienneté. Il a par ailleurs été démontré que les lésions claires et rouges étaient les plus actives histologiquement (32) et biologiquement (33) et qu'elles avaient donc la potentialité d'entraîner des effets délétères (33).

c. Les lésions microscopiques ou « invisibles »

Ces lésions ont été mises en évidence par microscopie électronique à balayage au niveau d'un péritoine d'aspect normal macroscopiquement (34). Elles se présentent sous différentes formes : polypes, implants intra-péritonéaux et lésions sous-péritonéales. Les récurrences précoces après exérèse des lésions macroscopiques pourraient être expliquées par l'existence de ces anomalies. Elles justifieraient l'utilité du traitement médical en association avec la chirurgie.

4) Localisation des lésions :

a. Les localisations pelviennes :

L'étude de Jenkins and al a permis d'établir la fréquence des diverses localisations (35).

- Ovaire > 44% à gauche, 31.3% à droite
- Cul de sac antérieur ou vessie > 36,4%
- Cul de-sac postérieur > 34%
- Ligament large > 25,2% à gauche, 21.4% à droite
- Ligament utéro sacré > 20,8% à gauche, 15.3% à droite
- Utérus > 11,5%
- Trompe > 4,3% à gauche, 1.6% à droite
- Ligament rond > 0.5 %

Les sites les plus fréquents seraient donc ceux étant les plus exposés au reflux du liquide menstruel et au liquide péritonéal compte-tenu de la position de l'utérus (35) avec une prédominance en bas, en arrière et à gauche.

Concernant les autres localisations, les localisations digestives sont les plus fréquentes. Elles représentent 1 à 2% des endométrioses tous sites confondus.

Au niveau urinaire la vessie et les uretères sont les sites les plus concernés, le rein est exceptionnellement touché.

b. Les localisations extra pelviennes

Jenkins and al ont également retrouvé des lésions en dehors de la cavité pelvienne (35). Le mécanisme histopathogénique n'est pas clairement expliqué. Ces lésions peuvent être spontanées, secondaires à un envahissement de lésions péritonéales ou sous-péritonéales, ou enfin d'origine iatrogène.

Au niveau génital, les sites concernés sont principalement la vulve ou le périnée, le vagin et le col de l'utérus.

Les autres localisations sont plus rares, (poumons, plèvre, revêtement cutané de la paroi abdominale, système nerveux central).

Une classification internationale appelée le score ASRM (American Society for Reproductive Medicine) anciennement AFSr (American Fertility Society revisité) s'appuie sur la cœlioscopie pour classer les stades de sévérité de l'endométriose en 4 catégories en cas d'infertilité. Il est calculé selon le nombre de lésions, leur localisation, leur taille et leur profondeur. Mais ce score est souvent utilisé de façon inadaptée dans la prise en charge de l'endométriose, en dehors du cadre de l'infertilité.

D'autres classifications sont également utilisées comme celle proposée par Chapron (36).

5) DIAGNOSTIC DE L'ENDOMETRIOSE :

A/ Les facteurs de risque

1) L'indice de masse corporelle :

Il semble que l'indice de masse corporelle (IMC) soit inversement proportionnel au risque d'endométriose (37)(38)(39).

2) Les particularités du cycle menstruel :

Les patientes atteintes d'endométriose présentent habituellement des règles abondantes et longues (supérieures à 7 jours) (8)(40)(41)(42) ainsi qu'une ménarche précoce (début avant 12 ans) (8)(40)(43)(44). Une ménopause tardive est également évoquée comme facteur de risque (45).

3) L'âge :

Le taux d'incidence d'endométriose augmente nettement dès la tranche d'âge 25/29 ans jusqu'à 40/44 ans pour diminuer ensuite rapidement (46). Néanmoins la plupart des femmes atteintes d'endométriose datent le début de leurs symptômes à l'adolescence (47).

4) Les facteurs génétiques :

Des études réalisées sur les jumeaux (48) et sur les antécédents familiaux d'endométriose (49)(50)(51) ont démontré qu'il existait des prédispositions génétiques à l'apparition de la maladie. L'AFSSAPS reconnaît un antécédent familial du 1^{er} degré comme un signe orientant vers l'endométriose (39).

5) La nulliparité :

La nulliparité augmenterait le risque de développer une endométriose (52)(53).

B/ Les facteurs protecteurs :

L'exercice physique et le tabac seraient protecteurs vis-à-vis du développement d'une endométriose (42). L'allaitement prolongé diminuerait également le risque d'apparition de la pathologie (37).

C/ Les facteurs discutés :

La classe socioéconomique, une alimentation riche en lipides, la consommation d'alcool et de café ou encore la prise d'oestro-progestatifs ont été évoqués comme facteurs de risque. Ces facteurs restent encore discutés à l'heure actuelle.

D/ Les signes cliniques :

Il n'existe pas de tableau clinique typique concernant l'endométriose. Les patientes peuvent être aussi bien asymptomatiques que présenter une infertilité ou des douleurs pelviennes chroniques. Ainsi 25 à 50% des lésions retrouvées sont asymptomatiques (54) et découvertes lors d'une cœlioscopie pour bilan de stérilité ou au cours d'une échographie réalisée pour d'autres motifs. Le caractère cyclique des symptômes est prépondérant (8)(9). La symptomatologie est davantage corrélée à la localisation des lésions plutôt qu'à leur gravité. L'absence de signe pathognomonique explique ainsi le délai important entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic.

1/ La dysménorrhée :

Elle est définie comme une douleur abdomino-pelvienne cyclique, rythmée par les règles. Elle peut survenir juste avant leur début, dure le plus souvent un jour ou deux, parfois jusqu'après les règles, et augmente alors crescendo (55).

Elle se présente sous forme primaire dès l'adolescence ou secondairement plusieurs années après l'apparition des premières règles. Elle est typiquement d'installation tardive au deuxième jour des règles. Elle peut néanmoins débiter le 1^{er} jour voire en pré menstruel.

Elle est caractérisée par une aggravation menstruelle progressive, spasmodique, localisée plutôt latéralement avec une sensation de douleur profonde rapportée par les patientes. Elle dure souvent entre 24 et 72h (56) et peut s'accompagner d'autres phénomènes douloureux parfois évocateurs notamment en cas d'irradiation rectale. On la retrouve dans 75 à 90% des cas d'endométriose (57)(58). Son origine provient de la réaction inflammatoire au niveau des foyers endométriosiques saignant pendant les règles. Des phénomènes adhérentiels peuvent apparaître dans un second temps, pouvant entraîner des douleurs aux changements de position et en position assise. En pratique, une dysménorrhée sévère, peu soulagée par les AINS, ayant des répercussions sur la vie quotidienne de la patiente, calmée en période d'aménorrhée et d'aggravation progressive doit faire évoquer le diagnostic d'endométriose.

2/ La dyspareunie :

C'est un rapport sexuel douloureux ou difficile. On en distingue 2 types :

- La dyspareunie superficielle qui se caractérise par une douleur à l'entrée du vagin qui peut parfois empêcher la pénétration
- La dyspareunie profonde qui se caractérise par une douleur ressentie au niveau du bas ventre, et due au contact entre la verge du partenaire et le fond du vagin. C'est ce type de douleur que l'on retrouve dans l'endométriose.

Elle témoigne le plus souvent d'une atteinte sous-péritonéale, de la face postérieure de l'isthme utérin, des ligaments utéro-sacrés ou encore de la cloison recto-vaginale (59). Elles sont profondes et souvent provoquées par des positions précises lors des rapports. Elles présentent fréquemment un impact direct sur la vie sexuelle des patientes (60).

3/ Les troubles digestifs :

La prévalence d'une atteinte digestive est de l'ordre de 5% chez les femmes atteintes d'endométriose (61). La symptomatologie est variée : ténesme, diarrhée plutôt que constipation, douleur à la défécation, dyschésie, rectorragie cyclique, douleurs abdominales

atypiques. Une fois encore, le caractère cyclique est primordial. La symptomatologie est liée à une localisation des lésions au niveau du tractus digestif, en particulier au niveau du rectum, du sigmoïde et de l'appendice. Ces lésions sont relativement fréquentes (environ 2%).

4/ Les troubles urinaires :

On les retrouverait dans environ 2% des cas d'endométriose et jusqu'à 11% chez les patientes atteintes d'endométriose profonde (62). Les lésions sont surtout retrouvées au niveau vésical et urétéral. Les principaux symptômes pouvant apparaître sont une dysurie, des impériosités mictionnelles, une gêne sus pubienne, des brûlures mictionnelles, une hématurie à tendance cataméniale et une obstruction urétérale dans les cas les plus graves.

5/ L'infertilité :

Selon différentes études, 20 à 50 % des patientes infertiles sont atteintes d'endométriose (37)(63). Inversement, chez les femmes où la pathologie est présente, 20 à 50 % d'entre elles seraient infertiles (64).

Les processus physiopathologiques sont de plusieurs ordres. On retrouve des causes directes par obstacle mécanique (obstruction tubaire bilatérale, adhérences péri annexielles majeures) ou destruction bilatérale du parenchyme ovarien. D'autres hypothèses ont été avancées mais sans réelle preuve : altération de la folliculogénèse, anomalies de la fécondation ou de l'implantation ou encore maladie inflammatoire (élévation des prostaglandines intrapéritonéales) (37)(63).

Selon le CNGOF, l'endométriose minimale ou légère peut être responsable d'hypofertilité, les stades 3 et 4 de la maladie selon la classification ASRM semblant davantage incriminés (9).

Le recours à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est une option pour tenter d'obtenir une grossesse. Une étude récente a montré que les patientes endométriosiques infertiles avaient autant de chance de réussite que les patientes infertiles d'une autre origine (65).

6/ Les métrorragies :

Les hémorragies d'origine utérine sont plus fréquemment associées à l'adénomyose. Néanmoins, on retrouve également des méno/métrorragies dans l'endométriose de l'ordre de 13 à 34% (66).

E/ L'examen clinique

Il s'avère très souvent normal (7).

1/ L'examen abdominal :

Il se révèle peu contributif la plupart du temps.

2/ L'examen au spéculum :

- Au niveau du col utérin, on peut observer une petite déviation le plus souvent à gauche ainsi que de petits kystes bleutés ou rougeâtres de taille variable (1 à 5 mm). L'examen peut aussi retrouver une lésion inflammatoire sous la forme d'une zone érythémateuse d'aspect cartonné saignant au contact (8).

- Au niveau vaginal, des lésions du cul-de-sac vaginal postérieur bleutées peuvent être retrouvées. Elles peuvent être responsables de dyspareunies.

3/ Le toucher vaginal :

C'est un temps essentiel de l'examen clinique qui peut être douloureux.

- On recherche un ou plusieurs nodule(s) douloureux au niveau du cul-de-sac de Douglas et plus précisément au niveau des ligaments utéro sacrés, ce qui représente un signe classique typique. Selon la gravité, on retrouve des nodules chez 25 à 50 % des patientes atteintes d'endométriose (67).

- Une rétroversion de l'utérus est observée dans 40% des cas (67). On recherche également une déviation utérine ainsi qu'une mobilisation douloureuse, signe d'une atteinte des ligaments utéro sacrés et/ou d'une adénomyose.
- La présence d'une masse annexielle peut être évocatrice si elle est fixée et douloureuse.

4/ Le toucher rectal :

Il est pratiqué seulement en cas de suspicion de lésions de la cloison recto vaginale et permet de retrouver les nodules du cul-de-sac de Douglas.

F/ Les examens complémentaires

1/ Les examens d'imagerie :

Les examens d'imagerie sont opérateur-dépendants et doivent donc être réalisés par des professionnels entraînés à l'endométriose (9).

Ils sont nécessaires pour définir la localisation et la sévérité des différentes lésions.

Ils peuvent être normaux sans que cela n'élimine le diagnostic.

a. L'échographie pelvienne

C'est l'examen complémentaire de première intention devant une suspicion d'endométriose (8). Elle est réalisée de préférence en première partie de cycle par un radiologue formé à la maladie. Elle est effectuée à visée diagnostique par voie sus pubienne et endo-vaginale. Cette dernière est jugée fiable par la CNGOF (9) et souvent suffisante pour affirmer ou exclure le diagnostic d'endométriose.

Une échographie normale n'élimine pas le diagnostic, en particulier pour les lésions péritonéales.

Le kyste endométriosique est l'anomalie la plus fréquemment retrouvée. Il doit faire rechercher d'autres localisations plus profondes (atteinte des ligaments utéro-sacrés, vagin, cloison recto vaginale) mais cela s'avère plus difficile à visualiser.

Au niveau digestif, l'atteinte rectale est la plus fréquente (80%), généralement située au niveau de la charnière recto-sigmoïde en rétro isthmique. Elle peut être retrouvée à l'échographie.

b. L'IRM pelvienne

Elle est préconisée en seconde intention pour étayer le diagnostic et organiser la stratégie thérapeutique. Elle nécessite au préalable l'établissement d'un cahier des charges des anomalies à rechercher.

Elle peut être utilisée en cas de suspicion clinique d'endométriose sous-péritonéale profonde (9). Le diagnostic repose alors sur des données topographiques morphologiques et des anomalies de signal (8).

L'IRM permet aussi de retrouver une éventuelle adénomyose associée ainsi que des atteintes digestives, vésicales ou pariétales.

c. Le coloscanner

Cet examen est réalisé sur avis spécialisé et permet d'étudier les atteintes digestives en particulier haut situées. Il permet de mettre particulièrement en évidence les sténoses. C'est un bon complément de l'écho-endoscopie endo-rectale.

d. L'écho-endoscopie endo-rectale

Elle est également effectuée après avis spécialisé et permet d'objectiver les lésions rectales. Elle permet d'étudier une zone précise et d'évaluer la présence, la taille et la profondeur d'une lésion éventuelle en amenant une sonde d'échographie au contact de la paroi rectale. Elle est régulièrement réalisée en complément de l'IRM ou du colo-scanner.

e. La coéloscopie

Elle est considérée comme l'examen de référence qui permet de visualiser les différentes lésions d'endométriase (8) après un bilan adéquat. Elle permet de réaliser une cartographie des lésions visualisables et d'établir le score ASRM. Elle a comme limite le fait de ne pas détecter les lésions sous endométriales profondes. Celles-ci seront ainsi révélées grâce au bilan préalable et notamment par l'IRM.

Selon le CNGOF (9), il est indiqué d'effectuer dans le même temps opératoire le diagnostic et l'exérèse des lésions retrouvées sauf en cas de risque chirurgical. La prise en charge thérapeutique se fera ensuite au cours d'une seconde intervention.

Il est également recommandé de ne pas retirer les lésions endométriosiques découvertes en per opératoire lors d'une coéloscopie réalisée dans le cadre d'une urgence chirurgicale (torsion d'annexe,...).

2/ La biologie

Les taux de CA-125 peuvent être élevés en cas d'endométriase mais il n'est pas recommandé de les rechercher en raison de sensibilité et spécificité faibles (68).

5) TRAITEMENT DE L'ENDOMETRIOSE

La prise en charge thérapeutique de l'endométriose est encore à ce jour en proie à de nombreuses incertitudes dues à la complexité de la maladie. Le choix de traitement se fait donc de façon individuelle, orientée, en tenant compte du profil de la patiente, de ses symptômes, des aspects lésionnels, de ses éventuels désirs de grossesse et des éventuelles complications futures liées à la maladie seule et/ou au(x) traitement(s) entrepris. La prise en charge est donc globale et multi disciplinaire.

A) Les traitements médicamenteux

De nombreux traitements médicamenteux ont été étudiés dans le cadre de la maladie endométriosique. Aucun n'a réellement montré sa supériorité en termes d'efficacité et de balance bénéfices/risques.

Néanmoins, il est vivement recommandé d'introduire un traitement pharmacologique en association ou non avec la chirurgie de par son effet suspensif sur les symptômes et sur l'évolution de la maladie (8)(69)(70). En effet, par sa fonction anti-gonadotrope, le traitement médicamenteux a surtout pour effet d'engendrer une aménorrhée. Cela permet d'éviter de nouveaux envahissements par les cellules endométriosiques et de ralentir l'évolution des foyers existant(s) au sein des différents sites atteints y compris pour l'endométriose profonde (71). Ainsi, chez des patientes sans désir de grossesse et sans facteurs de risque, un traitement hormonal ininterrompu permet d'éviter un geste chirurgical ou une intervention moins invasive (69)(72).

Dans la mesure du possible, il est recommandé de confirmer chirurgicalement ou histologiquement le diagnostic d'endométriose avant de mettre en place un traitement prolongé (8).

1/ Les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :

En cas de suspicion clinique d'endométriose peu évoluée, à échographie normale, l'AFSSAPS recommande un traitement par AINS dans le cadre d'une douleur cyclique menstruelle et en dehors d'un besoin de contraception (8).

Ce sont les traitements de première intention les plus utilisés (73)(74) de par leur grande disponibilité et leur efficacité sur les dysménorrhées primaires. Néanmoins leur utilisation doit être limitée devant le risque d'ulcération gastrique (75).

Les AINS agissent sur le fonctionnement des enzymes COX-1 et COX-2, inhibant ainsi la production de prostaglandines impliquées dans les douleurs d'endométriose (75). Pourtant il n'y a pas de preuve évidente sur leur efficacité dans la douleur liée à l'endométriose profonde et aucun n'a montré sa supériorité par rapport aux autres (76).

Les AINS ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour « dysménorrhée » sont l'acide méfénamique (Ponstyl®), l'acide tiaprofénique (Surgam®, Flanid®), le diclofénac (Voltarène®), le flurbiprofène (Antadys®, Cébutid®), l'ibuprofène (Advil®, Antarène®), le kétoprofène (Profenid®, Ketum®) et le naproxène (Apranax®, Naprosyne®) (8). Leur utilisation systématique chez des patientes pour dysménorrhées est un bon indicateur dans le dépistage de l'endométriose, néanmoins ils ont la particularité d'être en vente libre, ce qui peut être un frein en matière de dépistage de la maladie. En effet, les patientes peuvent être amenées à gérer leurs douleurs un certain temps par le biais des AINS sans en parler à leur médecin

2/ Les associations oestro-progestatives

a. Prise cyclique (schéma avec règles par hémorragie de privation)

Ils sont préconisés par l'AFSSAPS dans le cadre de douleurs pelviennes chroniques, selon un schéma cyclique, sur une suspicion d'endométriose clinique peu évoluée à échographie normale (8). En revanche aucun de ces traitements n'a l'AMM dans la prise en charge de la

maladie ou des dysménorrhées. En effet, ces pilules possèdent uniquement l'AMM « contraception ».

En cas d'efficacité et bonne tolérance sous 3 mois, il est conseillé de poursuivre le même traitement.

De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de la pilule oestro-progestative et donc son utilité en première intention sur l'endométriose ovarienne et péritonéale (77)(78)(79)(80) en améliorant notamment significativement les douleurs.

Une étude menée par Harada and al a montré une diminution significative des dysménorrhées contre placebo et une diminution du volume des endométriomes (81). La prise d'une contraception oestro-progestative (COP) permettrait également de réduire par 3 la récurrence d'endométriome(s) après exérèse chirurgicale (82)(83) et une diminution significative des dysménorrhées post opératoires (84).

b. Prise en continu (schéma sans règles) non préconisée par l'AMM

L'instauration d'une pilule oestro-progestative en continu supprime les dysménorrhées du fait de la disparition des règles (78)(85)(86). Une réapparition des dysménorrhées aurait lieu en moyenne 6 mois après l'arrêt du traitement (87). Il semble donc qu'il y ait une supériorité du traitement en continu hors AMM par rapport à la prise en discontinu dans l'amélioration des douleurs.

Ces traitements sont considérés comme les mieux tolérés, entraînant des effets secondaires mineurs (88)(89) tout en protégeant du risque de cancer ovarien pouvant être associé à l'endométriose (90).

Il est aussi recommandé d'instituer un traitement oestro-progestatif en « add back therapy » en cas de traitement prolongé par GnRH afin de maintenir une densité osseuse suffisante (91) et limiter les effets indésirables telles que bouffées de chaleur ou prise de poids.

3/ Les progestatifs seuls :

a. Les macro-progestatifs ou progestatifs à dose anti gonadotrope

Ils sont recommandés par l'AFSSAPS en première intention pour une durée minimale de 3 mois en cas d'endométriose profonde en dehors d'une infertilité (8) ou en cas de douleur faisant évoquer une endométriose. En cas d'efficacité et de bonne tolérance, ce traitement pourra être poursuivi. Un autre anti gonadotrope pourra être proposé en cas d'inefficacité ou d'effets secondaires indésirables au bout des 3 mois initiaux.

Il est préconisé d'éviter les traitements occasionnant des effets androgéniques trop importants comme l'acétate de médroxyprogestérone (Depo Provera®, Farlutal®) ou l'acétate de noréthistérone (Triella®, Activel®) (8).

Il est donc préférable d'utiliser l'acétate de chlormadinone (Lutéran®), l'acétate de nomégestrol (Lutényl®) (hors AMM), la médrogestone (Colprone®), la promégestone (Surgestone®) (hors AMM) et l'acétate de cyprotérone (Androcur®)(8).

Par ailleurs, la mise en place d'un traitement par progestatif après chirurgie prévient la récurrence des symptômes (84).

Avec les associations oestro progestatives, les progestatifs présentent une bonne équation entre balance bénéfiques/risques et coût des soins (92)(93)(94). Ils ont tout de même de nombreux effets indésirables tels que les bouffées de chaleur, la prise de poids, la sécheresse vaginale ou les troubles de la libido (95).

La prescription en discontinu, préconisée par l'AMM de ces traitements, améliore les douleurs mais ne permet pas d'obtenir une aménorrhée. Celle-ci est obtenue grâce à la prise en continu qui est hors AMM.

b. Le dispositif intra utérin au Lévonorgestrel (Miréna®)

L'utilisation de ce dispositif intra utérin (DIU) a montré son intérêt dans l'endométriose recto-vaginale en cas d'obtention d'une aménorrhée avec une diminution des dysménorrhées,

des douleurs pelviennes chroniques, des dyspareunies profondes ainsi qu'une réduction de taille des lésions (96)(97). Les résultats sont équivalents en termes d'efficacité en comparaison avec les analogues de la GnRH (98).

Il semble également qu'il soulage efficacement les douleurs pelviennes après chirurgie (99).

c. Les micro-progestatifs

Ces traitements ont prouvé leur efficacité en terme de gestion de la douleur endométriosique (100)(101)(102). On en dénombre trois : le lévonorgestrel (Microval®), le désogestrel (Cérazette®) et l'étonogestrel (Nexplanon®). L'inconvénient du lévonorgestrel est qu'il ne bloque pas l'ovulation. Quant au désogestrel, il entraîne parfois des spotting voir de vraies règles empêchant ainsi l'aménorrhée et donc la disparition des douleurs.

L'implant est une alternative plausible dans le contrôle des douleurs chez les femmes endométriosiques selon une étude menée en 2011 (103).

4/ Les analogues de la GnRH :

Les traitements ayant l'AMM « endométriose » sont la leuproréline (Eligard®, Enantone®), la nafaréline (Synarel®) et la triptoréline (Decapeptyl®, Salvacyl®).

L'AFSSAPS les recommande en alternative aux progestatifs à dose anti gonadotrope dans le cadre d'une endométriose profonde en dehors d'une infertilité (8).

Ils ont pour but de supprimer la production ovarienne d'oestrogènes par action sur les récepteurs de la GnRH au niveau hypophysaire.

Ces traitements entraînent une réduction des symptômes dans près de 50% des cas (104). Leur administration en post chirurgie prolonge le délai avant la récurrence douloureuse (105)(106).

On retrouve néanmoins un taux important de récurrence des douleurs (75% à 5 ans de l'arrêt du traitement) et de nombreux effets secondaires (détérioration du métabolisme lipidique, dépression, flushes, baisse de la libido et perte de la masse osseuse (107)).

L'AMM limite l'utilisation des analogues de la GnRH à 6 mois en raison du risque de perte de la masse osseuse (8). Il est préconisé d'administrer une hormonothérapie oestroprogestative de substitution ou « add-back therapy » à partir du 3^{ème} mois de traitement pour limiter cet effet indésirable (108)(109).

Il est également possible d'utiliser les analogues de la GnRH en pré opératoire pendant 3 mois (8).

5/ Le danazol :

Le danazol est un dérivé synthétique androgène anciennement considéré comme médicament de référence dans le traitement de l'endométriose. Selon l'HAS, il doit être utilisé pour le traitement des symptômes associés à l'endométriose et pour réduire l'importance des foyers endométriosiques. Le danazol peut être utilisé soit en association avec la chirurgie, soit comme seul traitement hormonal chez les patientes ne répondant pas aux autres traitements. Le 05 mars 2014, la commission de la transparence a estimé faible le service médical rendu. Le danazol a pour inconvénients d'avoir des effets indésirables androgéniques, métaboliques et hépatiques importants. De ce fait, il est rarement utilisé en première intention (Accord professionnel).

Enfin certains résultats suggèrent que cette molécule pourrait augmenter le risque de cancer de l'ovaire chez les femmes endométriosiques (110).

6/ Autres traitements :

D'autres molécules telles que les inhibiteurs de l'aromatase, les immunomodulateurs ou les agents anti-angiogéniques ont été testées pour le traitement de l'endométriose (111). Nombre d'entre elles présentent de multiples effets indésirables et/ou sont encore au stade d'essai.

B) Les traitements chirurgicaux :

Le CNGOF recommande la cœlioscopie comme voie d'abord de choix pour le traitement des endométriomes ovariens et de l'endométriose péritonéale superficielle (9). Elle est également réalisable par des chirurgiens expérimentés dans la prise en charge de l'endométriose sous péritonéale profonde (9).

L'AFSSAPS (8) préconise le traitement chirurgical selon différents cas de figure :

- En cas d'endométriose profonde (avec localisations sous-péritonéales) en dehors d'une infertilité, une exérèse des foyers est recommandée. Des agonistes de la GnRH peuvent être administrés en amont pendant 3 mois. L'instauration de progestatifs à dose anti gonadotrope se discute en cas d'exérèse complète pour augmenter l'intervalle libre sans douleur.
- En cas d'endométriome supérieur à 30 mm vérifié par imagerie, une exérèse peut être effectuée y compris des lésions endométriosiques péritonéales associées.
- Un traitement par progestatifs à dose anti gonadotrope peut être proposé en cas d'exérèse suboptimale et en l'absence de désir de grossesse.
- Dans le cadre d'une infertilité, le diagnostic et le traitement de la maladie se font dans le même temps lors de la cœlioscopie. Dans l'endométriose de stade III et IV, un traitement pré opératoire par agonistes de la GnRH permet de meilleures conditions d'intervention et une diminution des adhérences post opératoires.
- Enfin, lors d'une découverte fortuite de lésions péritonéales isolées d'endométriose lors d'une cœlioscopie, une confirmation histologique sur biopsies et une destruction chirurgicale des lésions observées peuvent être effectuées.

Différentes méthodes sont utilisées selon le stade de la maladie (9) :

- Dans l'endométriose péritonéale superficielle on emploie 2 techniques coelioscopiques : la destruction (coagulation ou vaporisation laser) ou l'exérèse des lésions.

- Pour la prise en charge des endométriomes, la kystectomie intrapéritonéale doit être effectuée chaque fois que cela est possible. Lorsque la chirurgie en un temps est difficile, une stratégie en 3 temps peut être effectuée : cœlioscopie diagnostique et drainage puis traitement médical par analogues de la GnRH et enfin cœlioscopie d'exérèse. Une annexectomie ou une ovariectomie est une alternative chez une femme ayant présenté une récurrence ou n'ayant plus de désir de grossesse. Il a été cependant décrit une possible destruction de la réserve ovarienne par atteinte du parenchyme ovarien lors de la kystectomie (112).
- Pour les lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde, il est recommandé qu'elles soient traitées par des équipes expérimentées. Dans le cadre d'une atteinte de la cloison recto vaginale ou digestive, l'exérèse est préconisée. La cystectomie partielle peut être réalisée en cas d'infiltration de la paroi vésicale.

L'efficacité de la chirurgie d'exérèse est démontrée comparativement à l'expectative dans l'amélioration des douleurs (113)(114)(115).

Malheureusement les récurrences sont fréquentes. Ainsi Vercellini et al. (116) ont montré qu'il existe une récurrence des symptômes et des lésions variant de 10 à 55% sur 12 mois. Il a aussi été démontré que les récurrences touchent, tous les ans, 10% des femmes opérées (117). Enfin il est reconnu que les premiers gestes tendent à produire une meilleure efficacité que les suivants, avec une amélioration des douleurs à 6 mois de 83% pour la première intervention contre 53% dans la suivante (114). La répétition des gestes augmente également le risque de complications et de séquelles ultérieures.

6) EPIDEMIOLOGIE

A) Prévalence et délai de diagnostic :

L'endométriose est une pathologie difficile à diagnostiquer et dont les mécanismes physiopathologiques restent encore flous à ce jour. Ainsi il est compliqué de connaître précisément sa prévalence dans la population générale. On estime que cette maladie affecterait 6 à 10 % des femmes en âge de procréer, 50 à 60 % des femmes et adolescentes souffrant de douleurs pelviennes et jusqu'à 50% des cas d'infertilité (118)(119).

De par la complexité de la maladie, le délai entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic est souvent de plusieurs années. Selon les études ce délai varie de 6 à 15 ans (1)(3)(4).

Ensuite la large palette de symptômes influe aussi sur le délai diagnostique, celui-ci s'allongeant plus ou moins selon les localisations. C'est ainsi que les lésions d'endométriose profonde sans atteinte digestive sont découvertes en moyenne 11 ans après les premiers symptômes douloureux tandis que les atteintes rectales le sont en moyenne 20 ans après (120).

Cela peut également engendrer un phénomène de nomadisme médical. En effet 3 femmes sur 4 souffrant d'endométriose ont consulté au moins 5 médecins différents avant que le diagnostic ne soit posé (121). Pugsley et al. (128) ont décrit qu'un tiers des femmes a consulté 2 fois le gynécologue avant que le diagnostic ne soit posé.

B) Coût de l'endométriose :

De par l'intensité des douleurs et la difficulté de leur prise en charge, l'endométriose entraîne des conséquences importantes sur l'activité socio professionnelle. La baisse d'activité imputable à la maladie est non négligeable. Selon Fourquet et al. (5), les symptômes liés à l'endométriose entraînent en moyenne 33 jours d'absence par an. La symptomatologie entraîne aussi naturellement une baisse de productivité sur le lieu de travail. Ces répercussions économiques indirectes restent difficilement quantifiables.

Cette pathologie a également un retentissement économique direct par sa prise en charge complexe et multi disciplinaire. Selon Simoens et al. (122), le coût annuel aux USA en 2002 était de 22 milliards de dollars en estimant la prévalence de la maladie à 10%. A titre de comparaison, la maladie de Crohn engendrait 865 millions de dollars de coûts et la migraine entre 13 et 17 milliards de dollars. Cette étude a également retrouvé un coût annuel direct par patiente de 2801 dollars par an et une perte en gain de productivité estimée à 1023 dollars par an.

C) Une maladie méconnue :

1/ Par la population :

La méconnaissance du public face à cette pathologie ne joue pas en faveur d'une bonne prise en charge. Ainsi une étude menée par Fourquet et al. (5) démontre que 65% des femmes prises en charge par cœlioscopie diagnostique ne connaissaient pas l'endométriose.

De plus, dans la pensée générale, les « douleurs de règles » sont un mécanisme naturel avec lequel les femmes doivent « apprendre à vivre » (1)(5)(123)(124). Ce phénomène culturel et le manque d'information conduisent par exemple les adolescentes à attendre en moyenne 2 ans avant de parler de leurs dysménorrhées à leur médecin (125). Par ailleurs, il est décrit que 51.4% des femmes ayant des dysménorrhées ne demandent aucun avis médical (127) et 91% d'entre elles pensent que leurs douleurs sont normales (127).

2/ Par le médecin généraliste :

Face à la baisse du nombre de gynécologues en France, les médecins généralistes sont de plus en plus souvent en première ligne dans le diagnostic et le traitement de l'endométriose. Or leur manque de connaissance engendre des difficultés dans la prise en charge.

Dans une étude portant sur 100 médecins généralistes en Haute Normandie, 63% d'entre eux reconnaissent ne pas être à l'aise vis-à-vis de cette maladie (126). Il est également

décrit que même si les dysménorrhées sont recherchées dans 90% des cas, le diagnostic d'endométriose n'est évoqué que dans 37% des cas (126). Enfin seulement 50% des médecins interrogés étaient aptes à donner 3 signes cardinaux de la pathologie (126).

L'endométriose est donc une maladie difficile à appréhender tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Sa prise en charge multi disciplinaire et complexe engendre des délais souvent allongés et donc un tableau clinique souvent avancé.

Le médecin généraliste, par un interrogatoire précis et la mise en place d'un traitement adapté, est en première ligne dans la prise en charge de cette pathologie chronique.

Notre étude vise à évaluer le déroulement d'une consultation d'introduction ou renouvellement de contraception en médecine générale et quelle place cette consultation peut trouver dans le dépistage de l'endométriose.

II/ MATERIEL ET METHODES

1) POPULATION ETUDIEE

Nous avons conduit une étude descriptive basée sur un questionnaire afin d'évaluer le dépistage des dysménorrhées lors d'une consultation de mise en place ou de renouvellement d'une contraception. Nous avons également analysé les décisions thérapeutiques prises en fonction de la présence ou non de ces douleurs pouvant être évocatrices d'endométriose.

Elle s'est étendue de janvier 2015 à mai 2015 et a concerné 92 médecins généralistes libéraux installés ou remplaçants en Haute Normandie ayant accepté de répondre au questionnaire. Les participants pouvaient être des médecins installés ou remplaçants, exercer seul ou en groupe, âge et sexe confondus.

2) MODE DE RECUEIL DES DONNEES

Le questionnaire a été réalisé à l'aide de la plateforme Google Drive qui permettait de centraliser les réponses directement sous forme de tableau EXCEL.

Le recueil de données a été réalisé de différentes façons :

- Dans un premier temps, les questionnaires ont été validés puis envoyés par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Haute Normandie à 830 praticiens de Haute Normandie en février 2015. Une relance a été effectuée au cours du mois d'avril 2015.
- Des questionnaires ont également été envoyés par mail à 60 autres praticiens directement par l'enquêteur.
- Enfin, 2 questionnaires ont été distribués par support papier lors de formations. Les participants remplissaient le questionnaire par écrit et le rendaient à l'enquêteur avant

le début de la formation. Les réponses ont été secondairement introduites sur la plateforme Google Drive par l'enquêteur.

Une fois les questionnaires remplis, ils étaient récupérés via la plateforme Google Drive sous forme de tableau. Ces données ont ensuite été transférées sous Excel pour analyse statistique.

3) CONTENU DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire visait à évaluer le dépistage des dysménorrhées lors d'une consultation ainsi que la démarche thérapeutique découlant de la prise en compte ou non de ces symptômes. Le thème précis de l'étude était volontairement omis dans l'intitulé du questionnaire afin de ne pas influencer les réponses des participants. Nous avons interrogé les médecins sur le déroulement général d'une consultation de contraception en orientant progressivement le questionnaire sur le thème des dysménorrhées et de l'endométriose. Il leur était demandé de répondre spontanément, sans recherche préalable ni retour sur leurs réponses après la découverte des questions suivantes.

Les questions concernaient dans un premier temps les caractéristiques du médecin : sexe, âge, lieu d'activité, début d'exercice et sectorisation.

Ensuite, on demandait au participant à la question n°6 s'il introduisait ou renouvelait des traitements contraceptifs dans sa patientèle. En cas de réponse négative, le questionnaire se terminait et était envoyé directement à la plateforme Google Drive. En cas de réponse affirmative, le médecin poursuivait la suite du questionnaire.

La seconde partie du questionnaire visait à évaluer la démarche clinique adoptée par le médecin au cours d'une consultation de contraception. Le but était de juger si les praticiens recherchaient les dysménorrhées à l'interrogatoire et s'ils évaluaient l'importance de celles-ci.

Puis l'accent était porté sur le choix thérapeutique en fonction des éléments cliniques retenus. Les participants devaient préciser, que ce soit au cours d'une introduction ou d'un renouvellement de traitement contraceptif, si la présence de dysménorrhées influençait ou non leur(s) choix thérapeutique(s). Nous cherchions à évaluer les décisions prises au niveau du choix de la molécule, de la posologie et des traitements adjuvants éventuellement administrés.

Ensuite les questions visaient plus précisément à analyser le ressenti des médecins généralistes interrogés (MGI) vis-à-vis des dysménorrhées et de la prise en charge de celles-ci.

Enfin le questionnaire se terminait en amenant les participants à nous renseigner sur leur degré de formation à la gynécologie et l'endométriose.

4) EXPLOITATION DES DONNEES

Nous avons réalisé l'étude statistique à l'aide du logiciel R version 3.1.3.

Des variables en grande majorité qualitatives ont été obtenues à partir des différentes réponses et analysées à l'aide du test exact de Fischer. Les quelques variables quantitatives ont été comparées par un test de Student.

Le seuil de significativité statistique choisi était $p \leq 0.05$.

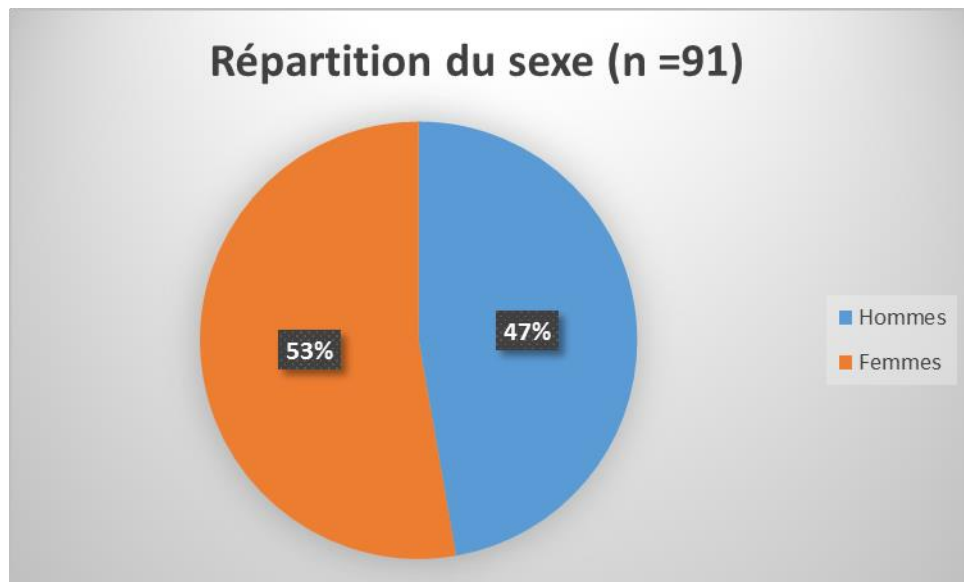
III/ RESULTATS

Parmi les 92 participants, 1 seul ne prescrit pas de contraception dans sa pratique et a donc été exclu de la base de données statistiques de l'étude.

1) CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON :

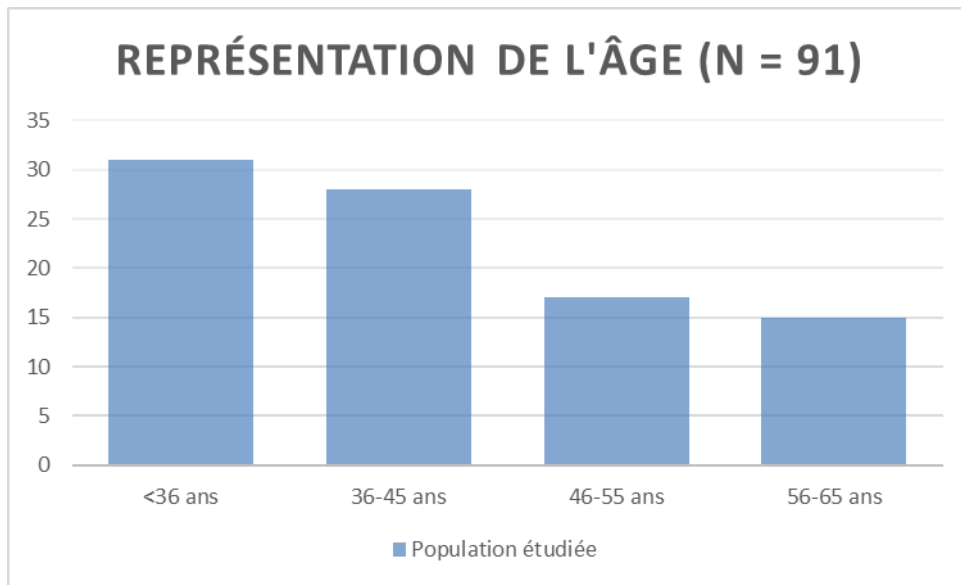
A/ Le sexe

Le sexe ratio de notre étude est de 0.53 en faveur des femmes.



B/ L'âge

L'âge moyen est de 42.8 ans avec une médiane à 40 ans (DS 10.9). Les moins de 45 ans représentent les 2/3 des participants.



C/ La zone d'exercice

La répartition des médecins est homogène : un peu moins d'un tiers des participants exerce en milieu rural (28.6 %), plus d'un tiers (37.4%) en milieu semi rural et plus d'un tiers (34.1%) en milieu urbain.

D/ La sectorisation

Tous les médecins interrogés exercent en secteur 1.

E/ La durée d'activité

La médiane est de 10 ans (DS 10.18). La moyenne de durée d'activité est de 13 ans.

2) DEROULEMENT D'UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION EN MEDECINE GENERALE

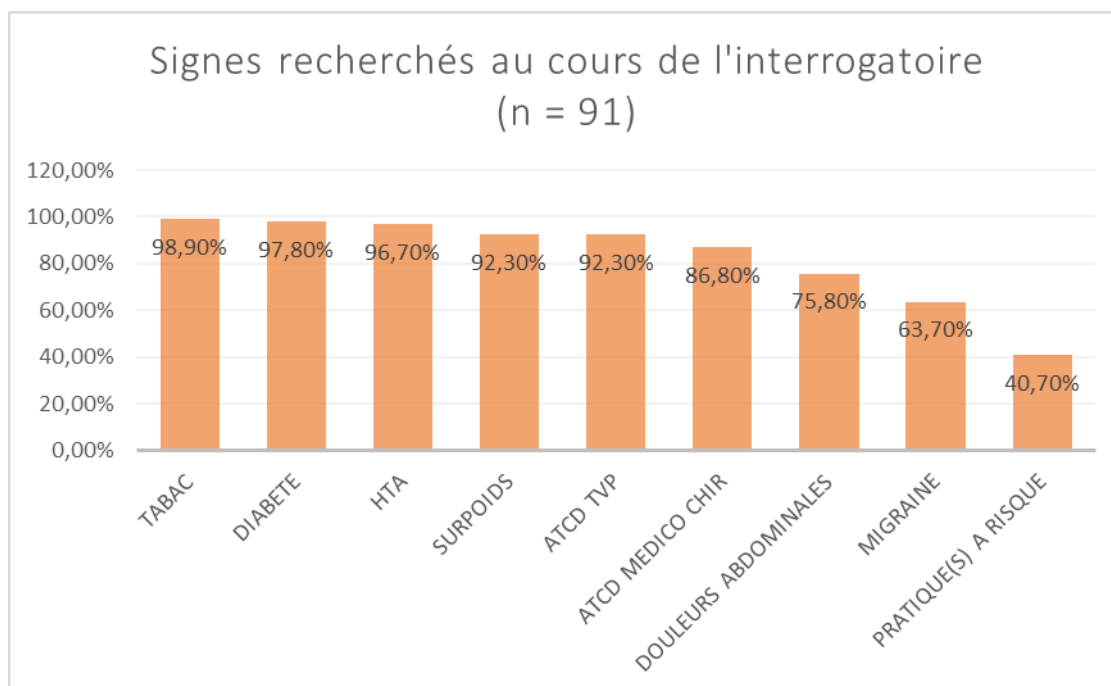
A/ Interrogatoire et examen clinique

1) L'interrogatoire

➤ Au cours de l'interrogatoire, les 3 signes recherchés de façon systématique sont :

- le tabagisme (98.9%)
- le diabète (97.8%)
- l'hypertension artérielle (96.7%)

Puis viennent les antécédents familiaux ou personnels d'accident(s) thromboembolique(s) veineux profond(s) ou artériel(s) et le surpoids (92.3 %), l'existence d'antécédents médico chirurgicaux notamment gynécologiques (86.8 %). Les douleurs abdominales pendant les règles sont recherchées systématiquement par $\frac{3}{4}$ des MGI (75.8 %). On retrouve ensuite les migraines (63.7 %) et les pratiques sexuelles à risque (40.7 %). Le fait d'avoir été formé spécifiquement sur l'endométriose n'influe pas sur le fait de dépister davantage les douleurs ($p = 0.09$).

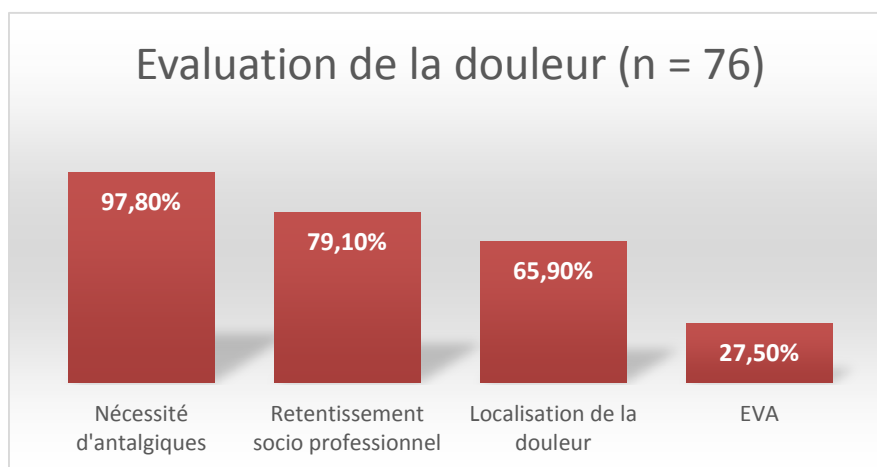


2) L'examen clinique

Au cours de l'examen clinique, la quasi-totalité des MGI (97.8 %) mesurent la pression artérielle, plus de la moitié (54.9 %) examinent les seins, près des 2/3 (63.7 %) palpent l'abdomen et 1/3 pratiquent un examen gynécologique. 20.9 % réalisent uniquement l'interrogatoire.

B/ Dépistage de l'endométriose

Une forte majorité des praticiens (83.5 %) affirment évaluer l'importance des douleurs pendant les règles. Il n'existe pas de différence significative selon l'âge ($p = 0,648$) ou le sexe ($p = 1$). Parmi eux, la quasi-totalité (97.8%) posent la question de la nécessité de prise d'antalgiques, 79.1% recherchent un retentissement sur la vie quotidienne ou professionnelle des patientes, environ 2/3 (65.9%) évaluent le caractère localisé ou diffus de la douleur et 27.5% utilisent l'échelle visuelle analogique (EVA).



3) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES DYSMENORRHEES EN MEDECINE GENERALE

- Parmi les différents types de contraception proposés, en présence de douleurs pendant les règles, les traitements contraceptifs préférentiellement exclus par les médecins sont représentés dans le tableau 1.

	OUI / n (%)	NON / n (%)
Stérilet au cuivre	49 (53,8%)	42 (46,2%)
Aucune	30 (33%)	61 (67%)
Timbre	20 (22%)	71 (78%)
Anneau	19 (20,9%)	72 (79,1%)
Implant	13 (14,3%)	78 (85,7%)
Lévonorgestrel (Microval®)	12 (13,2%)	79 (86,8%)
DIU au lévonorgestrel (Miréna®)	11(12,1%)	80 (87.9%)
Désogestrel (Cérazette®)	9 (9,9%)	82 (90.1%)
Pilule OP	7 (7,7%)	84 (92,3%)

Tableau 1 : Proportion des traitements contraceptifs exclus préférentiellement par les MGI en cas de douleurs pendant les règles (n = 91).

- Les traitements choisis de préférence en cas de douleurs pendant les règles par les praticiens sont représentés dans le **tableau 2**.

	OUI / n (%)	NON / n (%)
Pilule OP	57 (62.6%)	34 (37.4%)
Désogestrel (Cérazette®)	43 (47.3%)	48 (52.7%)
DIU au lévonorgestrel (Miréna®)	43 (47.3%)	48 (52.7%)
Implant	37 (40.7%)	54 (59.3%)
Lévonorgestrel (Microval®)	35 (38.5%)	56 (61.5%)
Aucune	15 (16.5%)	76 (83.5%)
Anneau	13 (14.3%)	78 (95.7%)
Timbre	11 (12.1%)	80 (87.9%)
Stérilet au cuivre	8 (8.8%)	83 (91.2%)

Tableau 2 : Proportion des traitements contraceptifs choisis préférentiellement par les MGI en cas de douleurs pendant les règles (n = 91)

A/ Introduction d'un traitement contraceptif

- 20.9 % des médecins interrogés affirment que la présence de douleurs pendant les règles n'influence pas le choix de traitement contraceptif.

En cas de dysménorrhées, un peu plus de la moitié des MGI (51.6 %) prescrivent la pilule en continu. Il n'y a pas de différence significative selon l'âge ($p = 0,547$), le sexe ($p = 1$) ou le degré de formation à l'endométriose ($p = 0,295$).

- Au niveau des traitements adjuvants, plus de la moitié (54.9 %) des praticiens en prescrivent de façon systématique.

Les traitements les plus prescrits en complément sont les AINS (97.8 %) suivis des anti-spasmodiques (78 %), des antalgiques de palier 1 (67 %). Les antalgiques de palier 2 sont envisagés dans 4.4 % des cas.

Les médecins choisissant une prescription en discontinu de la pilule ne prescrivent pas davantage d'antalgiques ($p = 0,59$). Les MGI ne tenant pas compte des douleurs n'en prescrivent pas davantage non plus ($p = 1$).

B/ Renouvellement d'un traitement contraceptif

- Plus des 2/3 des praticiens (71.4 %) choisissent de modifier leur prescription de traitement contraceptif en cas de découverte de dysménorrhées. Il n'y a pas de différence significative selon le degré de formation à l'endométriose ($p = 0,255$).

Parmi eux, environ 2/3 (61.9 %) proposent un passage en continu, tandis que plus d'un tiers (36.5 %) changent de type de contraception. 1.6 % prescrivent une échographie.

Nous observons que les moins de 36 ans prescrivent davantage la pilule en continu par rapport aux autres tranches d'âge de façon significative ($p = 0,047$). Il existe une légère tendance en faveur des femmes (72.7 %) pour ce qui est de proposer une prise en continu par rapport aux hommes (50 %) mais sans différence significative ($p = 0,066$).

- Concernant les traitements adjuvants, une forte majorité (89 %) des médecins inclus en prescrivent systématiquement en cas de découverte de douleurs lors d'un renouvellement de traitement contraceptif.
96.3 % proposent des AINS, 80.2 % des antispasmodiques, 64.2 % des antalgiques de palier 1 et 7.4 % des antalgiques de palier 2.

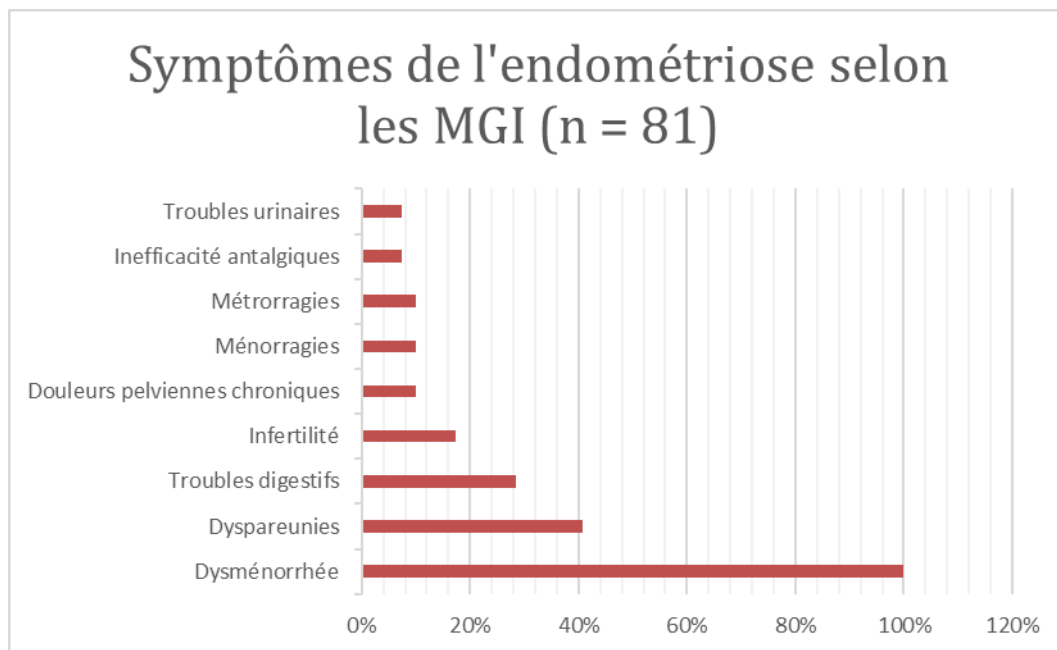
4) CONNAISSANCES ET RESENTI SUR L'ENDOMETRIOSE ET SA PRISE EN CHARGE

A/ Connaissances sur l'endométriose

- Parmi les médecins inclus dans notre étude, moins de la moitié (42.9 %) pensent que les douleurs abdominales sont un phénomène normal au cours des règles.
- Ils sont plus de la moitié (54.9 %) à ne pas différencier dysménorrhées et douleurs pendant les règles.
38 praticiens (46.9 %) ont accepté de répondre à la question ouverte demandant quelles étaient selon eux les différences entre les dysménorrhées et les douleurs pendant les règles.
21 % définissent les dysménorrhées comme un « dysfonctionnement » global des cycles que ce soit en termes d'intensité des douleurs, de durée et/ou d'abondance anormales des règles. 18.4% d'entre eux pensent que l'intensité des douleurs est plus importante lors des dysménorrhées. 18.4 % également décrivent les dysménorrhées comme des douleurs pouvant apparaître « avant, pendant ou après » les règles.
- 89% des MGI ont accepté de répondre à la question ouverte leur demandant de préciser les signes de l'endométriose. Parmi les symptômes cités, les plus fréquents sont la dysménorrhée/douleur rythmée par les règles (100 %), la dyspareunie (40.7 %), les troubles digestifs (diarrhée, constipation, douleurs à la défécation) (28.4 %) et l'infertilité (17.3 %).

A moindre échelle on retrouve à proportion égale les douleurs pelviennes chroniques, les ménorragies et les métrorragies (9.9%) puis l'inefficacité des différents antalgiques (AINS, antalgiques de palier 1 ou anti spasmodiques) (7.4 %) et les troubles urinaires (7.4 %).

Enfin l'aménorrhée, le retentissement psychologique, l'existence d'antécédents familiaux, les douleurs sacro iliaques et l'impact sur la vie socio professionnelle sont proposés en faible proportion.



B/ Ressenti et opinions sur l'endométriose

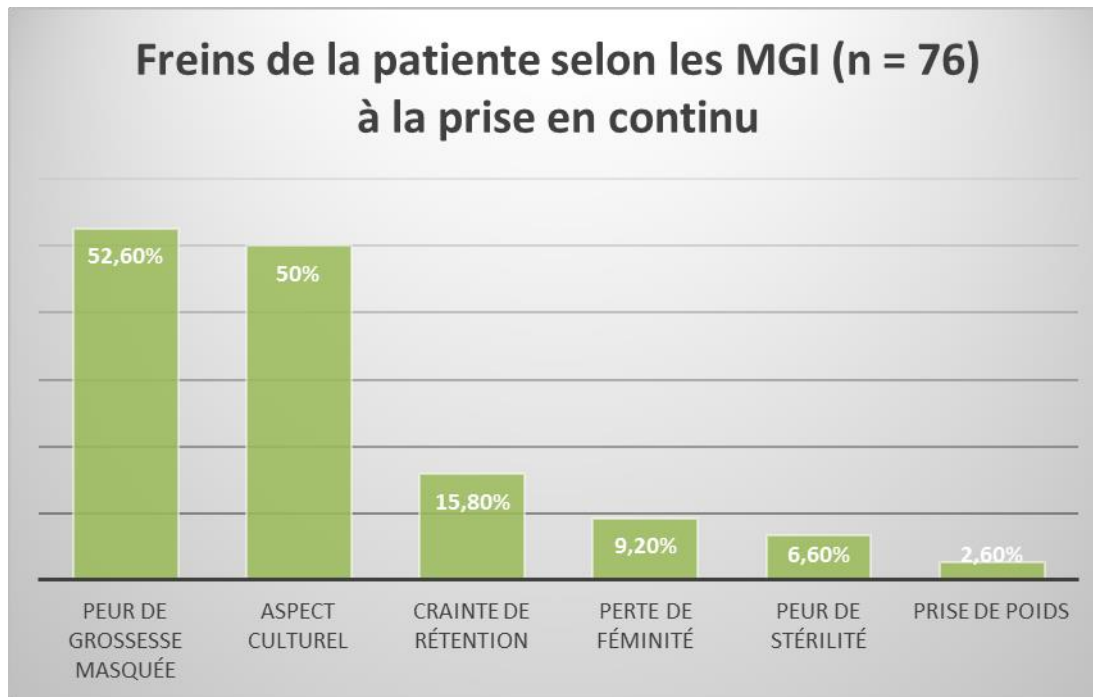
Pour l'immense majorité des praticiens (93.4%), prescrire la pilule en continu n'est pas néfaste pour la patiente.

La moitié déclare qu'il n'est « pas » ou « peu difficile » de prendre en charge les dysménorrhées, l'autre moitié estime que cela est « moyennement difficile » voire « difficile ».

- 46 médecins (50.5 %) ont bien voulu répondre à la question ouverte demandant de préciser ce qui pouvait rendre difficile la prise en charge des dysménorrhées. 26.1 % décrivent un problème de verbalisation par les patientes vis-à-vis de leurs douleurs. Celles-ci, estimant qu'il est « normal d'avoir mal pendant ses règles », ne cherchent pas à en parler à leur médecin ou se sentent « gênées » à l'idée de devoir en discuter. De plus, 10.9 % mettent en lumière le caractère « subjectif » et « difficilement descriptible » du symptôme rendant la démarche diagnostique peu évidente. 19.6 % incriminent la variabilité de réponse au traitement. Ainsi ils disent rencontrer des difficultés en cas d'« inefficacité » sur les douleurs des antalgiques classiques ou de la contraception. 15.2% décrivent la dysménorrhée comme un signe aux « multiples étiologies » nécessitant une enquête étiologique qui n'apporte pas toujours de diagnostic final. 6.5 % mettent en cause la « mauvaise acceptation » des différents traitements notamment la prise en continu.

- Pour près de 2/3 des praticiens (63.8%), il serait « faiblement difficile » voire « peu difficile » de faire accepter une prise en continu de la pilule à la patiente. Ils sont plus d'un tiers (36.2 %) à penser que cela serait « moyennement difficile » voire « difficile ».

- 76 médecins (83.5 %) ont accepté de répondre à la question ouverte leur demandant ce qui freinerait la patiente à accepter une prise de pilule en continu. Près de la moitié (52.6 %) décrit que c'est la crainte d'une éventuelle grossesse passant inaperçue qui rendrait les femmes réticentes. Le fait d'avoir leurs règles les « rassurerait ». La moitié d'entre eux met en cause le caractère « culturel » et les « croyances », à savoir que certaines patientes pensent qu'il est « impur » ou « néfaste » de ne pas « avoir ses règles », que cela est « contre nature ». Viennent ensuite la peur de rétention abdominale ou utérine (15.8 %) de « mauvais sang » puis le sentiment de « perte de féminité » (9.2 %). 6.6 % décrivent la méfiance vis à vis d'une éventuelle stérilité ultérieure et 2.6 % d'une possible prise de poids.



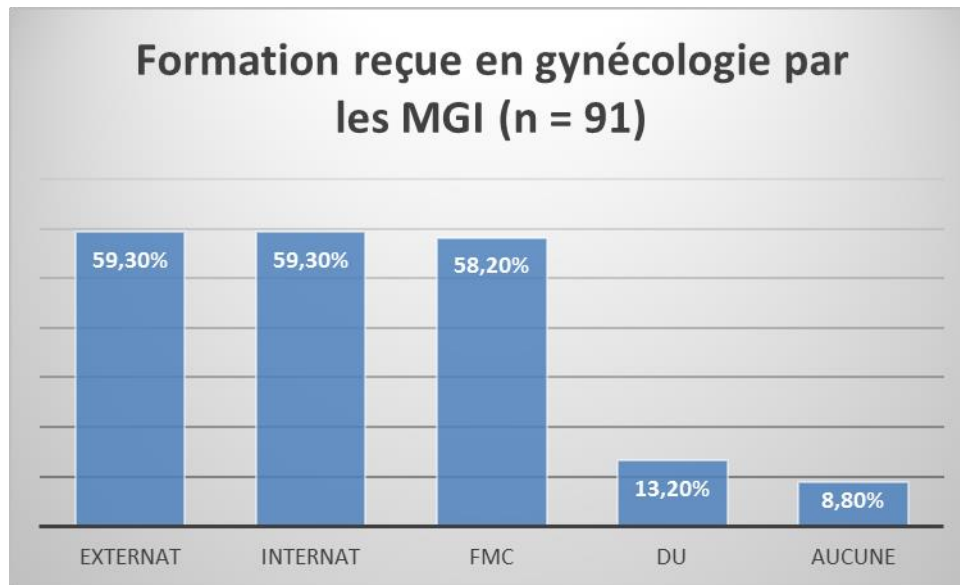
- Une immense majorité des médecins (89 %) estiment que la consultation de contraception est une bonne occasion pour rechercher une endométriose.

5) LA FORMATION

Plus de la moitié des médecins (59.3%) ont été en stage de gynécologie lors de l'externat et/ou pendant l'internat. Nous observons que l'immense majorité des moins de 45 ans (89.5%) ont été en stage de gynécologie pendant leur internat contre 8.8 % des plus de 45 ans.

13.2 % des MGI se sont inscrits en DU de gynécologie, plus de la moitié (52.8 %) ont suivi une formation médicale continue.

8.88 % n'ont reçu aucune formation en gynécologie.



En ce qui concerne l'endométriose, presque la moitié des praticiens inclus (48.4 %) ont reçu une formation spécifique. Nous constatons que les moins de 45 ans ont davantage été formés à l'endométriose ($p = 0,009$).

- Environ un tiers des médecins formés (35.2 %) estiment que les douleurs pendant les règles sont un phénomène anormal contre 22 % chez les médecins non formés ($p = 0,006$). En revanche, la formation à l'endométriose n'influence pas le fait de différencier ou non les dysménorrhées des douleurs de règles ($p = 0,404$).

Il n'y a pas de différence significative au niveau de l'évaluation des douleurs en consultation entre les praticiens formés et non formés ($p = 0,263$).

Parmi les praticiens évaluant la douleur en consultation, ceux ayant été formés à l'endométriose cherchent davantage à localiser la douleur ($p = 0,014$). En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les MGI formés ou non au niveau de l'utilisation de l'EVA ($p = 0,815$), de la prise en compte de la nécessité de prise d'antalgiques ($p = 0,495$) et du retentissement socio professionnel ($p = 0,309$).

- L'interrogatoire des médecins montre que l'existence de douleurs pendant les règles a tendance à influencer sur le choix de traitement contraceptif quel que soit le degré de formation sans différence significative.

De même, la prescription de pilule en continu en cas de douleur pendant les règles n'est pas significativement plus importante chez les médecins ayant reçu une formation spécifique ($p = 0,295$).

L'avis des praticiens sur l'aspect néfaste de la prise en continu n'est pas influencé par une formation reçue auparavant ($p = 0,807$).

Selon la formation reçue ou non, il n'y a pas de différence significative entre ceux considérant comme « pas » ou « peu difficile » de prendre en charge une dysménorrhée et ceux qui trouvent cela « moyennement difficile » voire « difficile » ($p = 0,53$).

- Enfin une large majorité des répondants (79.1 %) pensent qu'il leur serait utile de recevoir une formation à l'endométriose.

IV/DISCUSSION

1) REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION ETUDIEE

On observe dans notre échantillon une divergence au niveau du sexe en comparaison avec les médecins généralistes de Haute Normandie. Les femmes représentent plus de la moitié des MGI dans notre étude (52.7 %) alors qu'elles ne représentent que 40 % de la population des praticiens haut-normands. Nous pouvons penser que cela a eu un impact sur les réponses à notre questionnaire, cette population étant davantage sensibilisée à la gynécologie comme a pu le décrire Quibel (126).

L'âge moyen des participants dans notre étude est de 42.8 ans tandis que celui retrouvé en Haute Normandie chez les médecins généralistes est de 51 ans. Les jeunes médecins étant davantage formés en gynécologie pendant leurs études (126), cette différence peut avoir influencé les résultats obtenus.

2) LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude présente des biais de sélection. En effet sur l'ensemble des médecins sollicités (environ 890), seulement 92 ont accepté de répondre à notre questionnaire. Un grand nombre de profils méconnus a ainsi échappé à notre travail. De plus, la puissance de notre étude est relativement faible au regard du nombre peu élevé de répondants.

L'envoi des questionnaires par l'URPS par mail ne touchait que les praticiens qui avaient accepté au préalable de recevoir des courriers électroniques de la part de l'organisme afin de répondre à diverses études. La sélection des participants à l'étude ne s'est donc pas faite de façon randomisée. Il est à souligner aussi que les participants à l'étude étant plus jeunes que la population ciblée, ceux-ci sont peut-être plus sensibilisés au sujet et plus investis au niveau informatique.

Ensuite, le mode de recueil des réponses présente certaines limites. En effet, la problématique posée par ce type de questionnaire est qu'il n'y avait aucun moyen de vérifier avec certitude si les médecins avaient répondu spontanément, sans aide ou recherche ni retour sur les questions déjà validées. De plus, nous pensons que certaines questions « fermées » ou réponses proposées pouvaient dans leur formulation orienter les participants quant au type de « bonne réponse » attendu.

Les questions « ouvertes » ont été difficiles à traiter car il nous a fallu catégoriser des types de réponses qui à la base étaient très variées et souvent imprécises. L'interprétation des réponses faite par le rédacteur était donc purement subjective. De plus, ces questions n'étant pas obligatoires, de nombreux praticiens n'y ont pas répondu.

Enfin, certaines questions ont également été mal interprétées ou insuffisamment comprises par les praticiens, rendant certaines réponses inadéquates.

3) CONFUSION DOULEURS DE REGLES / DYSMENORRHEES ET BANALISATION DES DOULEURS

La définition de la dysménorrhée et son étiologie restent encore floues pour une grande partie des praticiens. En effet, nous observons dans notre étude que plus de la moitié des MGI (54.9 %) différencient les « dysménorrhées » et les « douleurs pendant les règles ». Cette confusion peut avoir des conséquences directes sur les suites de prise en charge. En effet, le terme « dysménorrhée » est majoritairement associé à l'endométriose par les praticiens mais pas les « douleurs de règles ». Ainsi, dans notre travail, la totalité des MGI citent la dysménorrhée comme un des symptômes cardinaux de l'endométriose (il faut préciser que nous avons lors du recueil de données pris le choix d'associer les termes « dysménorrhée » et « douleurs pendant les règles » sous une même entité). En comparaison, Quibel rapporte dans son travail (126) qu'elle est évoquée par 63% des médecins comme signe associé à la maladie. Nous voyons donc bien que le terme « dysménorrhée » induit une association avec l'endométriose chez le praticien contrairement aux « douleurs de règles ». Ces dernières

peuvent être donc être dissociées de la maladie, ce qui impacte directement la prise en charge ultérieure.

On observe aussi un phénomène de banalisation des douleurs. Ainsi, 42.9 % des MGI pensent que les douleurs abdominales sont un phénomène normal au cours des règles. Pouliquen Secret décrit en 2013 que 85.2 % des dysménorrhées exprimées par les patientes sont qualifiées de « normales » par leur médecin (127). En 2011, Greene décrit que 4334 femmes atteintes d'endométriose n'ont pas été prises au sérieux par leur généraliste dans 65 % des cas (121). Ceci a pour principale conséquence un retard diagnostique dans la prise en charge de la maladie (123).

En revanche, nous pouvons voir que les médecins ayant reçu une formation spécifique à l'endométriose considèrent davantage la dysménorrhée comme un phénomène anormal ($p = 0.006$). Il semble donc qu'une formation appropriée permette de changer les mentalités vis-à-vis de ces douleurs insuffisamment prises en compte.

On constate donc que les « douleurs de règles » restent encore pour une part non négligeable des médecins un signe bénin. Cela ajoute une difficulté supplémentaire dans la bonne prise en charge des symptômes.

De plus, dans notre étude, les douleurs abdominales pendant les règles ne sont recherchées à l'interrogatoire d'une consultation de contraception que par $\frac{3}{4}$ des MGI tandis que d'autres signes tels que le tabac, le diabète ou l'HTA sont demandés de façon quasi systématique.

Nous pouvons penser que cet écart entre les dysménorrhées et les autres symptômes aurait pu se révéler plus important si nous avions laissé les participants répondre spontanément sans propositions de réponse.

Nous constatons donc que la dysménorrhée, qui est à nos yeux essentielle lors de la consultation de contraception, est moins recherchée que les autres facteurs de risque à dépister pour prescrire un traitement contraceptif.

Nous constatons également que 16.5 % des MGI n'évaluent pas l'importance des douleurs. Il existe donc une part non négligeable des praticiens pour laquelle la caractérisation

des douleurs est inutile ou oubliée. La prise en charge ne peut donc être adaptée en conséquence.

Les praticiens formés sur l'endométriose ont davantage tendance à définir la localisation précise de la douleur ($p = 0,014$). En revanche, il n'y a pas de différence significative sur les autres caractéristiques de la douleur proposées dans le questionnaire (EVA, retentissement socio-professionnel et nécessité d'une prise d'antalgiques). La formation des médecins pourrait donc avoir un impact sur le diagnostic et la caractérisation des dysménorrhées. Cela aurait probablement pu être plus marqué avec un effectif plus important.

Chaque médecin réagit différemment face à la dysménorrhée. Il existe ainsi quasiment autant de praticiens ne rencontrant pas ou peu de difficultés face à ce symptôme, que de praticiens en rencontrant.

Pour définir les difficultés rencontrées, les MGI décrivent en premier lieu un problème de verbalisation de la douleur chez les patientes qui peuvent soit se sentir « gênées » d'en parler ou alors penser que cela est « normal » et donc inutile à décrire. Pouliquen Secret constate dans son étude de 2013 (127) que 91 % des femmes interrogées pensent que leurs douleurs pendant leurs règles sont normales. 51.4 % souffrant de dysménorrhées n'en ont jamais parlé à leur médecin. D'autres études sont en faveur de cette observation (5)(128). Une information claire des patientes pourrait avoir un impact positif sur le repérage des douleurs.

Dans notre étude, 19.6 % des MGI mettent en avant leur incapacité à trouver une solution en cas d'inefficacité des antalgiques classiques. Cela met en lumière les problèmes régulièrement rencontrés au niveau thérapeutique. En effet, comme vu précédemment, de nombreux traitements ont prouvé leur bénéfice sans qu'aucun ne se révèle réellement supérieur aux autres. Cela entraîne très souvent un véritable « tâtonnement » dans la prise en charge, allongeant considérablement le délai de diagnostic (entre 6 et 15 ans en moyenne selon les études) (1)(3)(4) et dégradant le moral des patientes.

15.2 % des MGI rapportent les multiples étiologies possibles des dysménorrhées, cela entraînant la nécessité d'un bilan fastidieux et long. Cela met bien en évidence l'importance d'un interrogatoire précis et complet, d'un examen clinique adapté ainsi qu'une prise en

charge diagnostique orientée et efficace. Il est ainsi à noter qu'en dehors des dysménorrhées, parmi les autres signes de l'endométriose énumérés par les MGI, on ne retrouve les dyspareunies que dans 40.7 % des cas et les troubles digestifs dans 28.4 % des cas. Les signes associés à la dysménorrhée sont donc encore trop méconnus ou insuffisamment recherchés pour prétendre à un bon diagnostic.

4) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE MECONNUE OU INCOMPLETE

Nous avons décrit au cours de notre travail qu'il n'existe pas de consensus en matière de thérapeutique dans la prise en charge de l'endométriose. De nombreux traitements ont prouvé leur efficacité mais aucun ne se révèle supérieur aux autres. En revanche, il est démontré que la prise d'oestro-progestatifs ou de progestatifs seuls en continu, permettant ainsi une aménorrhée, entraîne une diminution significative des douleurs et un ralentissement de l'évolution de la maladie (78)(85)(86). Il est donc essentiel que l'instauration d'une prise en continu soit effectuée le plus précocement possible chez une patiente présentant une dysménorrhée invalidante associée ou non à d'autres signes évocateurs. Mais il existe de nombreux freins empêchant la mise en place d'une prise en charge adaptée.

Tout d'abord, l'AFSSAPS ne recommande que le schéma cyclique dans la prise en charge de l'endométriose (8). Or nous avons pu observer que le schéma continu présente des meilleurs résultats sur les dysménorrhées car il permet l'aménorrhée (78)(85)(86).

Les COP ou les micro-progestatifs ne possèdent l'AMM que pour la contraception et non pour le traitement de l'endométriose. Les praticiens peuvent donc être confrontés à un dilemme : traiter les patientes efficacement hors AMM ou respecter cette dernière tout en sachant que le traitement instauré n'est pas le plus adapté.

Les médecins peuvent ensuite rencontrer des difficultés selon les résultats obtenus avec les différents traitements.

Parmi les micro-progestatifs oraux, le désogestrel (Cérazette®) présente l'avantage par rapport au lévonorgestrel (Microval®) de bloquer l'ovulation et peut donc permettre d'obtenir

plus efficacement une aménorrhée. Malheureusement, ces traitements ne permettent pas l'aménorrhée systématique bien qu'ils soient pris en continu.

Nous devons noter que dans notre travail, le DIU au lévonorgestrel (Miréna®) est le 2^{ème} traitement le plus choisi par les MGI (47.3 %) à égalité avec le désogestrel (Cérazette®). Ce traitement représente une bonne alternative dans la prise en charge des dysménorrhées (96)(97) bien qu'il ne bloque pas l'ovulation mais uniquement la nidation. Nous constatons également que le DIU au cuivre est le traitement le plus souvent exclu par les MGI (53.8 %). Cela nous amène à penser que ce choix a pour but d'assurer un meilleur contrôle des saignements.

Les COP instaurées de manière continue ont aussi prouvé leur efficacité dans l'endométriose mais celles-ci posent le problème de présenter de nombreuses contre-indications. Ainsi, face à une patiente tabagique, en surpoids ou aux antécédents de thrombose veineuse profonde (TVP), le médecin peut se retrouver désemparé face au choix de thérapeutique. De plus, une fois encore, la prise en continu n'assure pas une aménorrhée définitive dans le temps. Nous observons dans notre étude que la COP est le traitement choisi de préférence par les MGI (62.2 %).

Malgré une prise en charge thérapeutique adaptée, l'aménorrhée peut donc ne pas être obtenue et le praticien doit donc s'orienter vers d'autres traitements moins familiers. Ainsi, les macro-progestatifs ont l'AMM « endométriose ». A contrario ils ne possèdent pas l'AMM « contraception » alors qu'ils ont un effet contraceptif établi. Les médecins se retrouvent donc parfois désemparés ne sachant quel choix faire. De plus, ces traitements sont souvent mal connus des praticiens. Ils le prescrivent plutôt dans le cadre d'un renouvellement, ces médicaments étant plutôt introduits la plupart du temps par les gynécologues. Le manque de connaissances et la crainte de possibles effets indésirables (bouffées de chaleur, prise de poids, sécheresse vaginale ou troubles de la libido (95)) freinent l'instauration de ces traitements par les médecins généralistes. Dans notre étude, nous avons ainsi consciemment omis de proposer cette classe thérapeutique comme traitement contraceptif face à la faible fréquence d'utilisation en médecine de ville.

Ainsi, malgré l'importante diversité de traitements potentiellement efficaces sur les dysménorrhées, l'aménorrhée n'est jamais assurée et certains médicaments par leurs effets

indésirables instaurent une réserve chez le praticien. Ce dernier se retrouve donc régulièrement démuni et ne sait quelle prise en charge adopter.

Il est important de souligner également l'impact non négligeable qu'ont pu avoir les différentes décisions prises en 2013 concernant les pilules de 3^{ème} génération. On a en effet observé leur déremboursement suite à leur remise en cause en matière de sur-risque de TVP. Il a été aussi imposé un retrait de Diane 35 ® (rentré en vigueur le 21 mai 2013), la mise en place d'observatoires des prescriptions et des accidents et une demande de révision des autorisations de mise sur le marché par les instances européennes (129). Il a donc été demandé aux médecins de privilégier les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération. De janvier 2013 à avril 2014, il a été estimé une diminution totale de 48% des ventes de contraceptifs combinés oraux (COC) de 3^{ème} et 4^{ème} génération par rapport à 2012 (130).

Le 22 novembre 2013, l'Agence Européenne du médicament (EMA) a émis un avis favorable sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération car le rapport bénéfices/risques a été jugé positif (129). Cette période de remise en cause a eu probablement des conséquences sur la pratique de quelques médecins en aggravant la confusion déjà présente. De plus, cela a aussi eu un impact sur les femmes qui ont pu émettre des doutes sur les pilules. Ainsi, les ventes de COC, toutes générations confondues, ont été estimées en baisse de 5.6% entre janvier 2013 et avril 2014 comparativement aux ventes sur les mêmes périodes de 2012 (130). En contrepartie, les autres contraceptifs (implants, DIU avec progestatif et DIU au cuivre) ont présenté une hausse globale de 26% sur les périodes janvier 2013 - avril 2014 par rapport aux ventes sur les mêmes périodes en 2012 (130). On observe donc un désintérêt des pilules « classiques » au profit d'autres moyens contraceptifs.

Dans notre étude, la présence de douleurs pendant les règles influence le choix de traitement contraceptif chez la majorité des MGI (79.1 %). Lors de l'instauration d'une contraception en présence de douleurs pendant les règles, la COP est privilégiée dans presque 2/3 des cas (62.6 %). Il n'existe pas de réelle tendance en matière de choix entre la prise cyclique ou en continu. Lorsque les praticiens sont confrontés à une dysménorrhée chez une patiente déjà traitée par un contraceptif, ils sont 71.4 % à modifier ce traitement. Les autres médecins ne proposent alors que des antalgiques en complément. Parmi ceux modifiant le traitement contraceptif, seuls 61.9 % proposent de passer à un schéma continu. Il existe donc encore une grande partie des médecins qui ne font pas le choix de proposer une contraception

en continu quand elle peut s'avérer nécessaire. Nous pensons que la différence aurait pu être plus flagrante si le choix du schéma (cyclique ou continu) n'avait pas été suggéré aux MGI.

En revanche nous observons que 89 % des MGI proposent des antalgiques en complément quel que soit le schéma du contraceptif instauré. Ces traitements n'étant pas nécessaires en cas d'obtention d'une aménorrhée et donc de disparition des douleurs, cela amène à penser qu'il subsiste un doute chez les praticiens quant à l'efficacité totale sur les douleurs d'une prise en continu seule.

Nous avons noté que les MGI de moins de 36 ans choisissent davantage de façon significative ($p = 0.047$) le passage en continu face aux dysménorrhées résistant au schéma cyclique. Ces praticiens ont certainement été sensibilisés à ce mode de prescription pendant leur formation.

La quasi-totalité des MGI (93.4 %) estiment que prescrire une pilule en continu n'est pas néfaste pour les patientes. Dans son étude de 2012, Quibel (126) révèle que seuls 9% des MGI pensent qu'il est dangereux de placer les femmes en aménorrhée prolongée. On observe donc qu'encore environ 1 praticien sur 10 exprime de la méfiance vis-à-vis de la prise en continu.

Pour presque 2/3 des MGI de notre travail, il est « faiblement difficile » voire « peu difficile » de faire accepter une prise en continu de la pilule à la patiente. Parmi ceux ayant précisé ce qui pourrait freiner les patientes, la moitié expriment la crainte par les patientes d'une éventuelle grossesse passant inaperçue. D'autres décrivent les réticences des patientes basées sur des « croyances » et opinions d'origine culturelle qui les empêchent d'accepter un traitement en continu. A cela s'ajoute la méconnaissance de l'endométriose par la population féminine comme l'a décrit Zannoni (131) qui complique la prise en charge. Une information claire doit donc être transmise aux femmes afin de les rassurer et lutter contre ces idées préconçues.

5) IMPORTANCE DE LA FORMATION

Nous observons que la formation a un impact sur certains aspects de la prise en charge des dysménorrhées. Ainsi, les MGI formés spécifiquement à l'endométriose considèrent plus les douleurs de règles comme un phénomène anormal ($p = 0,006$) et cherchent davantage à en caractériser la localisation ($p = 0,014$). Une fois encore, nous pensons que d'autres différences auraient pu exister si notre effectif avait été plus grand.

On note également que les moins de 45 ans ont quasiment tous été en stage de gynécologie pendant leur internat, ce qui est très loin d'être le cas chez les médecins plus âgés (seulement 8.8% d'entre eux). Les jeunes praticiens ont donc profité d'un meilleur apprentissage global de la gynécologie et peut être plus spécifiquement sur l'endométriose.

Nous constatons aussi qu'au cours des études médicales, l'endométriose est insuffisamment enseignée. Parmi les items demandés aux étudiants pour valider l'Examen National Classant (ENC), on retrouve l'item n°292 appelé « Algies pelviennes chez la femme » (132). On demande aux futurs médecins « d'argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents » face à ce type de douleur. L'endométriose est évoquée mais de manière succincte et la prise en charge thérapeutique ne fait pas partie des éléments à connaître. Il serait judicieux que chaque étudiant, quelle que soit sa spécialité future, prenne la mesure de cette pathologie dès que possible et en connaisse les modalités de prise en charge. Par exemple, un item « Endométriose » semblerait justifié au sein du programme de l'ENC.

La question de la formation semble donc primordiale dans les connaissances sur la dysménorrhée que ce soit sur sa principale étiologie, l'endométriose, ou sur sa prise en charge. Quibel démontre en 2012 que les médecins formés connaissent et prennent mieux en charge l'endométriose (126).

Nous constatons dans notre étude que les MGI sont 79.1 % à penser qu'une formation spécifique à l'endométriose leur serait utile. Pourtant, près de la moitié ont déjà reçu ce type de formation. Cela indique bien le caractère compliqué de cette pathologie qui nécessite des mises au point régulières (de type Enseignement Post Universitaire ou EPU). De plus, de

nouvelles connaissances sur la maladie ne cessent de paraître multipliant les possibilités de prises en charge. Il est ainsi difficile de s'y retrouver face à la richesse de la littérature scientifique (il suffit par exemple de taper « endometriosis 2015 » sur Pubmed pour retrouver 877 articles...).

Il apparaît donc judicieux de miser sur une formation approfondie des praticiens libéraux sur les dysménorrhées et l'endométriose afin d'en améliorer la prise en charge, que ce soit au cours de leurs études médicales ou lors de la formation médicale continue.

Nous pensons donc que la dysménorrhée est un symptôme primordial ayant sa place lors d'un interrogatoire de consultation de contraception en médecine générale. Elle nécessite la mise en place d'un traitement si possible selon un schéma continu permettant l'aménorrhée.

On observe pourtant que les médecins généralistes, insuffisamment vigilants ou formés, n'ont pas les réflexes nécessaires en termes de dépistage et de décision thérapeutique pour appréhender le symptôme de façon optimale.

Cela s'explique tout d'abord par la distinction encore fréquente faite par les praticiens entre « dysménorrhée » et « douleurs de règles ». La prise en charge se retrouve ainsi souvent incomplète ou inadaptée.

Ensuite, les modalités thérapeutiques restent encore trop méconnues d'une partie des médecins pour traiter les symptômes efficacement.

Enfin, le frein des patientes à accepter une aménorrhée face à diverses croyances peut empêcher la mise en place d'une prise en charge adéquate. La transmission par le praticien d'informations nécessaires à la bonne compréhension de la maladie et de ses modalités de prise en charge aux patientes est donc essentielle.

V/ CONCLUSION

La dysménorrhée est un symptôme fréquent pouvant être révélateur d'une endométriose, maladie méconnue évoluant sur le long terme et pouvant entraîner des conséquences dramatiques et irréversibles. Ce signe clinique nécessite un dépistage précis associé à la recherche d'éventuels autres symptômes évocateurs de l'endométriose. Une prise en charge efficace et adaptée doit également être réalisée afin de ralentir l'évolution de la maladie.

Nous avons observé dans notre étude que la dysménorrhée est insuffisamment prise en compte que ce soit par les femmes ou par les praticiens de ville.

Dans l'opinion générale, les « douleurs de règles » sont un phénomène normal qu'il n'est donc pas nécessaire de verbaliser auprès de son médecin. De plus, l'aménorrhée est souvent source de méfiance par les patientes qui craignent une grossesse passant inaperçue ou encore d'agir « contre nature ». Une information ciblée des femmes via des campagnes de prévention pourrait permettre une meilleure sensibilisation sur les potentiels méfaits des dysménorrhées et sur la nécessité de verbaliser celles-ci auprès de leur médecin généraliste. Ce dernier doit informer ses patientes et les rassurer vis-à-vis de leurs éventuelles craintes.

Concernant les médecins, nombreux sont ceux différenciant encore les dysménorrhées des « douleurs de règles ». Certains estiment qu'il est inutile de les dépister quand d'autres n'ont tout simplement pas le réflexe de poser la question sur l'existence d'éventuelles douleurs. Enfin, certains praticiens recherchent les dysménorrhées mais n'en tiennent pas compte dans leur prise en charge. C'est souvent en matière de connaissances diagnostiques et thérapeutiques qu'ils présentent des lacunes, ce qui les empêche de traiter la douleur efficacement. Ainsi, la prescription d'une contraception en schéma continu est encore insuffisamment réalisée malgré la preuve de son efficacité.

Notre travail révèle également que les praticiens formés à l'endométriose ont une prise en charge plus adaptée des dysménorrhées, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Une formation orientée pourrait être bénéfique pour les praticiens libéraux au cours de leur FMC.

Enfin, les recommandations actuelles, que ce soit dans l'endométriose ou dans le domaine de la contraception, entretiennent des biais de prise en charge chez les médecins. Il apparaît indispensable qu'une révision des AMM et des indications des différentes thérapeutiques concernées soit effectuée.

Face aux nombreuses questions suscitées par ces réflexions, il serait de bon ton de se demander si les médecins généralistes sont suffisamment armés aujourd'hui dans leur pratique courante pour prendre en charge l'endométriose. Actuellement, ils sont au premier plan dans l'appréhension de cette maladie. Il paraît donc nécessaire de développer des recommandations pour la pratique clinique leur permettant d'améliorer leurs connaissances sur la pathologie et sa prise en charge.

ANNEXES

Annexe 1 : score de l'American Fertility Society révisé (AFSr) en 1985 de l'endométriose

1 - Lésions péritonéales		
Superficielles	Profondes	
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	6
2 - Lésions ovariennes		
Ovaire droit	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
Ovaire gauche	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
3 - Adhérences		
Ovaire droit	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Ovaire gauche	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe droite	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
Trompe gauche	Vélamenteuses	Denses
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhérent sur toute la circonférence), compter 16		
4 - Oblitération du Douglas		
Partielle	4	
Totale	40	
Stade de l'endométriose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriose minime	1 - 5
Stade II	endométriose modérée	6 - 15
Stade III	endométriose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriose sévère	> 41

Annexe 2 : Questionnaire validé et envoyé par l'URPS aux médecins généralistes de Haute Normandie par messagerie électronique.

Déroulement d'une consultation de contraception en médecine générale

Je suis actuellement en fin de cursus en médecine générale et prépare ma thèse de fin d'études.

Ce questionnaire vise à évaluer le déroulement d'une consultation d'introduction ou de renouvellement d'une contraception chez les médecins généralistes de Haute Normandie et plus particulièrement la démarche thérapeutique découlant des différents tableaux observés.

Ceci ne vous prendra que quelques minutes. Le but est d'évaluer les pratiques réelles d'exercice c'est pourquoi je vous demanderai de ne répondre qu'une seule fois, de ne pas faire de recherches au préalable et de ne pas revenir en arrière lors du déroulement du questionnaire. Les résultats seront évalués par la suite dans le respect de l'ANONYMAT.

Merci par avance pour votre participation et votre aide.

Mathieu CASSAGNE

*Obligatoire

1/ Vous êtes *

Une seule réponse possible

Un homme

Une femme

2/ Age *

3/ Année de début d'activité *

4/ Lieu d'activité *

Une seule réponse possible.

Rural

Urbain

Semi rural

5/ Dans quel secteur êtes-vous conventionné(e) ? *

Une seule réponse possible.

Secteur 1

Secteur 2

Non conventionné

6/ Introduisez-vous et/ou renouvelez-vous des traitements contraceptifs chez des femmes ? *

Une seule réponse possible.

Oui Non (Non entraînait la clôture du questionnaire)

7/ Lors d'une consultation de ce type, quel(s) élément(s) recherchez-vous systématiquement lors de votre interrogatoire ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Tabagisme	Oui Non
Diabète	Oui Non
HTA	Oui Non
Surpoids	Oui Non
Antécédent familial ou personnel d'accident(s) thromboembolique(s) veineux profond(s) ou artériel(s)	Oui Non
Pratique(s) sexuelle(s) à risque	Oui Non
ATCD médical ou chirurgical notamment au niveau gynécologique	Oui Non
Douleurs abdominales pendant les règles	Oui Non
Migraine avec aura	Oui Non

8/ Quel(s) examen(s) réalisez-vous au cours de la consultation ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Examen gynécologique	Oui Non
Examen des seins	Oui Non
Prise de pression artérielle	Oui Non
Palpation abdominale	Oui Non
Interrogatoire seul	Oui Non

9/ Les douleurs abdominales pendant les règles sont-elles un phénomène normal selon vous ? *

Une seule réponse possible.

Oui Non

10/ Lors de cette consultation évaluez-vous l'importance des douleurs de règles ?*

Une seule réponse possible.

OUI

NON *Passez à la question 12 directement*

11/ A l'aide de quel(s) élément(s) évaluez-vous l'importance des douleurs pendant les règles ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Intensité des douleurs (évaluation par échelle type EVA, échelle numérique...)	Oui Non
Nécessité de prise d'antalgiques	Oui Non
Localisation de la douleur (diffuse ou localisée)	Oui Non
Influence sur activité professionnelle ou activités quotidiennes	Oui Non

12/ S'il y a notion de douleurs pendant les règles, cela influence-t-il votre choix de traitement contraceptif ? *

Une seule réponse possible.

Oui Non

13/ Excluez-vous un ou plusieurs type(s) de contraception en cas de douleurs pendant les règles ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Pilule oestro progestative (Lévonorgestrel + Ethynilestradiol = LEELOO, MINIDRIL...)	Oui Non
Timbre transdermique (Norelgestromine + Ethynilestradiol = EVRA)	Oui Non
Anneau vaginal (Etonogestrel + Ethynilestradiol = NUVARING)	Oui Non
Micro progestatif (Désogestrel = CERAZETTE)	Oui Non
Micro progestatif (Lévonorgestrel micronisé = MICROVAL)	Oui Non
Stérilet au cuivre	Oui Non
Stérilet hormonal (Lévonorgestrel = MIRENA)	Oui Non
Implant sous cutané (Etonogestrel = NEXPLANON)	Oui Non
Aucune	Oui Non

14/ Privilégiez-vous un ou plusieurs type(s) de contraception en cas de douleurs pendant les règles ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Pilule oestro progestative (Lévonorgestrel + Ethynilestradiol = LEELOO, MINIDRIL...)	Oui Non
Timbre transdermique (Norelgestromine + Ethynilestradiol = EVRA)	Oui Non
Anneau vaginal (Etonogestrel + Ethynilestradiol = NUVARING)	Oui Non
Micro progestatif (Désogestrel = CERAZETTE)	Oui Non
Micro progestatif (Lévonorgestrel micronisé = MICROVAL)	Oui Non
Stérilet au cuivre	Oui Non
Stérilet hormonal (Lévonorgestrel = MIRENA)	Oui Non
Implant sous cutané (Etonogestrel = NEXPLANON)	Oui Non
Aucune	Oui Non

15/ En cas de douleurs pendant les règles, si votre choix se porte sur une pilule en première intention, comment la prescrivez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- En discontinu (schéma avec règles)
- En continu (schéma sans règles)
- Autre :

16/ En cas de douleurs pendant les règles, si votre choix se porte sur une pilule, prescrivez-vous systématiquement un ou plusieurs traitements complémentaires ?*

Une seule réponse possible.

Oui Non

17/ Quels sont les traitements complémentaires que vous prescrivez en cas de douleurs pendant les règles? *

Une seule réponse possible par ligne.

Anti spasmodiques (SPASFON,...)	Oui Non
AINS (IBUPROFENE...)	Oui Non
Paracétamol (DAFALGAN,...)	Oui Non
Antalgiques de palier 2 (TRAMADOL, CODEINE...)	Oui Non

18/ Si au cours d'un renouvellement de traitement contraceptif vous découvrez l'existence de douleurs pendant les règles, modifiez-vous votre prescription de contraceptif ? *

Une seule réponse possible.

OUI

NON *Passez à la question 20.*

19/ Quelle modification au niveau contraceptif faites-vous lors d'un renouvellement si vous découvrez l'existence de douleurs pendant les règles ? *

Une seule réponse possible.

- Passage à traitement en continu (schéma sans règles) si existence au préalable d'un traitement par pilule à dose usuelle (schéma avec règles)
- Changement de contraception
- Autre :

20/ Si au cours d'un renouvellement de traitement contraceptif vous découvrez l'existence de douleurs pendant les règles, ajoutez-vous un ou plusieurs traitement(s) complémentaire(s) ? *

Une seule réponse possible.

OUI

NON *Passez à la question 22.*

21/ Si au cours d'un renouvellement de traitement contraceptif vous découvrez l'existence de douleurs pendant les règles, quel(s) traitement(s) ajoutez-vous ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Anti spasmodiques (SPASFON,...)	Oui Non
AINS (IBUPROFENE,...)	Oui Non
Paracétamol (DAFALGAN,...)	Oui Non
Antalgiques de palier 2 (TRAMADOL, CODEINE,...)	Oui Non

22/ Pensez-vous que prescrire une pilule en continu (schéma sans règles) puisse être néfaste pour la patiente ? *

Une seule réponse possible.

OUI

NON

Je ne me prononce pas

23/ D'après vous serait-il difficile pour la patiente d'accepter un traitement contraceptif en continu (schéma sans règles)? *

Une seule réponse possible.

Pas difficile Faiblement difficile Moyennement difficile Difficile

24/ Pouvez-vous expliquer brièvement ce qui freinerait la patiente au moment de la consultation dans l'acceptation d'un traitement contraceptif en continu (schéma sans règles) ?

25/ Y'a-t'il une différence pour vous entre douleurs pendant les règles et dysménorrhées ? *
Une seule réponse possible

Oui Non

26/ Pouvez-vous brièvement préciser les différences existant selon vous entre dysménorrhée et douleur pendant les règles ?

27/ Selon vous, une dysménorrhée (ou douleur pendant les règles) est-elle un symptôme difficile à prendre en charge ? *

Une seule réponse possible.

Pas difficile Peu difficile Moyennement difficile Difficile

28/ Pouvez-vous expliquez brièvement pour quelle(s) raison(s) la dysménorrhée est un symptôme difficile à prendre en charge ?

29/ Pensez-vous que la consultation de contraception soit une occasion pour diagnostiquer l'endométriose ? *

Une seule réponse possible.

Oui Non

30/ Selon vous quels sont les symptômes de l'endométriose ?

31/ Quelle formation avez-vous reçu en gynécologie ? *

Une seule réponse possible par ligne.

Stage d'externat

Oui Non

Stage d'internat

Oui Non

Diplôme universitaire (DU)

Oui Non

Formation Médicale Continue (FMC)

Oui Non

Aucune

Oui Non

32/ Avez-vous été formé sur l'endométriose ? *

Une seule réponse possible.

Oui Non

33/ Pensez-vous qu'une éventuelle formation sur l'endométriose vous serait utile ? *

Une seule réponse possible.

Oui Non

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Sahin S, Ozdemir K, Unsal A, Arslan R. Review of frequency of dysmenorrhea and some associated factors and evaluation of the relationship between dysmenorrhea and sleep quality in university students. *Gynecol Obstet Invest.* 2014;78(3):179-85.
- 2) Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* avr 2004;18(2):177-200.
- 3) Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril.* 2011;96:366–73 e8.
- 4) Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod.* 12 janv 2012;27(12):3412-6.
- 5) Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A, et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil Steril.* 1 mai 2010;93(7):2424-8.
- 6) Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
- 7) Giudice LC. Endometriosis. *N Engl J Med* 2010;362:2389–2398.
- 8) Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Afssaps. Recommandations de bonne pratique. Les traitements médicamenteux de l'endométriose génitale (en dehors de l'adénomyose). *Gynecol Obstet Fertil* 2006 ; 34 : 71-9.
- 9) M.Canis, A. Fauconnier. recommandations pour la pratique clinique : prise en charge de l'endométriose. CNGOF (collège National des gynécologues obstétriciens français); 2006.
- 10) Rokitansky C. Ueber Uterusdruesen-Neubildung in Uterus und Ovarialsarcomen. *Z Ges Aerzte Wien.* 1860;16:577–581.
- 11) Hsu AL, Sinaii N, Segars J, Nieman LK, Stratton P. Relating pelvic pain location to surgical findings of endometriosis. *Obstet Gynecol* 2011;118:223–230.
- 12) Sampson J A. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissues into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol.* 1927;14:422–469
- 13) Halme J, Hammond M G, Hulka J F. et al. Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstet Gynecol.* 1984;64:151–154

- 14) Liu DT, Hitchcock A. Endometriosis: its association with retrograde menstruation, dysmenorrhoea and tubal pathology. *Br J Obstet Gynaecol.* août 1986;93(8):859-62.
- 15) Bedaiwy MA, Abdel-Aleem MA, Miketa A, Falcone T. Endometriosis: a critical appraisal of the advances and the controversies of a challenging health problem. *Minerva Ginecol.* 2009;61(4):285-298.
- 16) Javert C. Pathogenesis of endometriosis based on endometrial homeoplasia, direct extension, exfoliation and implantation, lymphatic and hematogenous metastasis, including five case reports of endometrial tissue in pelvic lymph nodes. *1949;2(3):399-410.*
- 17) 1. Králíčková M, Vetvicka V. Immunological aspects of endometriosis: a review. *Ann Transl Med [Internet].* juill 2015
- 18) Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet.* 2004; 364(9447):1789-1799.
- 19) Harada T, Taniguchi F, Izawa M, et al. Apoptosis and endometriosis. *Front Biosci.* 2007;12:3140-3151.
- 20) Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril.* oct 1997;68(4):585-96.
- 21) Nisolle M., Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril* 1997;68:585-596.
- 22) Hughesdon P.E. The structure of endometrial cysts of the ovary. *J Obstet Gynaecol Br mp* 1957;64:481-487.
- 23) Al-Fozan H, Bakare S, Chen MF and Tulandi T (2004) Nerve fibers in ovarian dermoid cysts and endometriomas. *Fertil Steril* 82,230–231.
- 24) Brosens IA, Puttemans PJ, Deprest J. The endoscopic localization of endometrial implants in the ovarian chocolate cyst. *Fertil. Steril.* 1994 juin;61(6):1034–8.
- 25) Chapron C, Santulli P, de Ziegler D, Noel J-C, Anaf V, Streuli I, et al. Ovarian endometrioma: severe pelvic pain is associated with deeply infiltrating endometriosis. *Hum Reprod.* mars 2012;27(3):702-11.
- 26) Koninckx P.R., Martin D.C. Deep endometriosis: a consequence of infiltration or retraction or possibly adenomyosis externa?. *Fertil Steril* 1992;58:924-928
- 27) Bazot M., Malzy P., Cortez A., Roseau G., Amouyal P., Darai E. Accuracy of transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography in the diagnosis of deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30:994-1001.

- 28) Donnez J, Van Langendonck A. Typical and subtle atypical presentations of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* oct 2004;16(5):431-7.
- 29) Jansen R.P., Russell P.: Non pigmented endometriosis: clinical, laparoscopic and pathologic definition. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1986, 155, 1154-1159.
- 30) Stripling M.C., Vander Zwaag R., Martin D.C., Poston W.M., Chatman D.L.: Subtle appearance of pelvic endometriosis. *Fertil. Steril.*, 1986, 49, 427-431.
- 31) Brosens I.A.: Minimal endometriosis should it be treated ?. *Réf. Gynécol. Obstet.*, 1993, 1, 367-372.
- 32) Redwine D.B.: Age-related evolution in color appearance of endometriosis. *Fertil. Steril.*, 1987, 48, 1062-1063.
- 33) Vernon M.W., Beard J. S., Graves K., Wilson E.A.: Classification of endometriotic implants by morphologic appearance and capacity to synthesize prostaglandin F., *Fertil. Steril.*, 1986, 46, 801-806.
- 34) Brosens I.A, Vasquez G.V., Gordts S.: Scanning electron microscopy study of the pelvic peritoneum in unexplained infertility and endometriosis., *Fertil. Steril. (Abst.)*, 1984, 41, 21 S.
- 35) Jenkins S., Olive D.L., Haney A.F.: Endometriosis Pathogenic implications of the anatomic distribution. *Obstet.gynecol.*, 1986, 67,335-338.
- 36) Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod.* janv 2003;18(1):157-61.
- 37) Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, Barbieri RL, Marshall LM, Hunter DJ. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors. *Am J Epidemiol.* 2004;160:784-96.
- 38) Gruppo Italiano per lo Studio dell' endometriosi Risk factors for pelvic endometriosis in women with pelvic pain or infertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1999;83:195-9.
- 39) Hediger ML, Hartnett HJ, Louis GM. Association of endometriosis with body size and figure. *Fertil Steril.* 2005;84:1366-74.
- 40) Matalliotakis IM, Cakmak H, Fragouli YG, Goumenou AG, Mahutte NG, Arici A. Epidemiological characteristics in women with and without endometriosis in the Yale series. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277:389-93.
- 41) Arumugam K, Lim JM. Menstrual characteristics associated with endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104:948-50.

- 42) Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci.* 2002;955:11–22.
- 43) Pan LY. [Menstrual status as risk factors of endometriosis: a case-control study]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1993 mars;28(3):147–9, 188.
- 44) Cramer DW, Wilson E, Stillman RJ, Berger MJ, Belisle S, Schiff I, et al. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking, and exercise. *JAMA.* 1986 avr 11;255(14):1904–8.
- 45) Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al. Reproductive history and endometriosis among premenopausal women. *Obstet Gynecol.* 2004;104(5 pt 1): 965-974.
- 46) Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Painter R. Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics. *BMJ.* 1993;306:182–4.
- 47) Nnoaham K, Hummelshoj L, Webster P, D’Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, Jenkinson C, Kennedy SH, Zondervan KT, World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women’s Health Consortium. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: A multi-centre study across 10 countries. *Fertil Steril* 2011;96:366–373.
- 48) Montgomery GW, Nyholt DR, Zhao ZZ, et al. The search for genes contributing to endometriosis risk. *Hum Reprod Update.* 2008;14:447–57.
- 49) Mamdouh HM, Mortada MM, Kharboush IF, Abd-Elateef HA. Epidemiologic determinants of endometriosis among Egyptian women: a hospital-based case-control study. *J Egypt Public Health Assoc.* 2011;86:21–6
- 50) Matalliotakis IM, Arici A, Cakmak H, Goumenou AG, Koumantakis G, Mahutte NG. Familial aggregation of endometriosis in the Yale Series. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;278:507–11.
- 51) Kashima K, Ishimaru T, Okamura H, et al. Familial risk among Japanese patients with endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004;84:61–4.
- 52) Hemmings R, Rivard M, Olive DL, Poliquin-Fleury J, Gagné D, Hugo P, et al. Evaluation of risk factors associated with endometriosis. *Fertil. Steril.* 2004 juin;81(6):1513-21.
- 53) Candiani GB, Danesino V, Gastaldi A, Parazzini F, Ferraroni M. Reproductive and menstrual factors and risk of peritoneal and ovarian endometriosis. *Fertil. Steril.* 1991 août;56(2):230–4.

- 54) Luisi S, Lazzeri L, Ciani V, Petraglia F. Endometriosis in Italy: from cost estimates to new medical treatment. *Gynecol. Endocrinol.* 2009 nov;25(11):734–40.
- 55) Apter D and Makkonen K. Adolescent health care. *Endocrine Development*, vol. 7. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, Ed. Sultan Ch. 2004; 252-261
- 56) Nasir L, Bope ET. Management of pelvic pain from dysmenorrhea or endometriosis. *J Am Board Fam Pract.* déc 2004;17 Suppl:S437.
- 57) J Belaisch; A Audebert; I-A Brosens; M Canis. *L'Endométrie, précis de gynécologieobstétrique.* 2e éd. Masson; 2003.
- 58) Fauconnier A, Fritel X, Chapron C. [Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009 janv;37(1):57–69.
- 59) Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson J-B, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil. Steril.* 2002 oct;78(4):719–26.
- 60) Roman H, al. Digestive symptoms in women presenting with pelvic endometriosis and their low specificity for the localisation of the lesions: a preliminary prospective study. Hollywood, FL, USA; 2011.
- 61) Blondon J., Caubel P., Foulques H., Lefranc J.P.: Diagnostic et traitement de l'endométriose digestive *Ann Chir.*, 1989, 43: 265267.
- 62) Chapron C, Bourret A, Chopin N, Dousset B, Leconte M, Amsellem-Ouazana D, et al. Surgery for bladder endometriosis: long-term results and concomitant management of associated posterior deep lesions. *Hum. Reprod.* 2010 avr;25(4):884–9.
- 63) Ozkan S, Murk W, Arici A. Endometriosis and infertility: epidemiology and evidencebased treatments. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2008 avr;1127:92–100.
- 64) Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril.* sept 2012;98(3):591-8.
- 65) Barbosa M a. P, Teixeira DM, Navarro P a. a. S, Ferriani RA, Nastri CO, Martins WP. Impact of endometriosis and its staging on assisted reproduction outcome: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* sept 2014;44(3):26178.
- 66) Burns W.N., Schenken R.S. Pathophysiology of endometriosis in " *EndometriosisContemporary concepts in clinical management* " R. S. Schenken edit., 1 vol, 1 989, J.B Lippincott, Philadelphia, pp 83 126.

- 67) Buttram V.C., Reiter R.C.: Endometriosis. in " Surgical treatment of the infertile female ". V.C.Buttram, R.C.Reiter edit.,1 vol.,1985, Williams & YVilkins, Baltimore, pp.89-148.
- 68) Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, et al. The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1998;70:1101–8.
- 69) Vercellini P, Crosignani PG, Abbiati A, Somigliana E, Vigano P, Fedele L. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. *Hum Reprod Update* 2009; 15: 177-88.
- 70) Roman H, Sanguin S, Puscasiu L. [Medical treatment of endometriosis: an obligation rather than a mere option!]. *Gynecol Obstet Fertil.* mai 2012;40(5):3205.
- 71) Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Tozzi L, Raffaelli R. Gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for endometriosis of the rectovaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1462-7.
- 72) Roman H, Vassilieff M, Gourcerol G, Savoye G, Leroi AM, Marpeau L, Michot F, Tuech JJ. Surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum: pleading for a symptom-guided approach. *Hum Reprod* 2010; 26: 274-81.
- 73) U. Menakaya, F. Infante, and G. Condous. Consensus on current management of endometriosis. *Human Reproduction*, vol. 28, pp. 3162–3163, 2013.
- 74) G. A. Dunselman, N. Vermeulen, C. Becker et al. ESHRE guideline : management of women with endometriosis. *Human Reproduction*, vol. 29, pp. 400–412, 2014.
- 75) E. C. Hayes and J. A. Rock. COX-2 inhibitors and their role in gynecology. *Obstetrical and Gynecological Survey*, vol. 57,no. 11, pp. 768–780, 2002.10
- 76) C. Allen, S. Hopewell, A. Prentice, and D. Gregory. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, Article ID CD004753, 2009.
- 77) ButtramVC. Cyclic use of combination oral contraceptives and the severity of endometriosis. *Fertil Steril* 1979;31:347-8
- 78) Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, Pasin R, Crosignani PG. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil Steril* 2003b;80:560–563.
- 79) Vercellini P, Somigliana E, Vigano P, Abbiati A, Daguati R, Crosignani PG. Endometriosis: current and future medical therapies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008a;22:275–306.

- 80) Vercellini P, Somigliana E, Vigano P, Abbiati A, Barbara G, Crosignani PG. Endometriosis: current therapies and new pharmacological developments. *Drugs* 2009c;69:649–675.
- 81) Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Hoshiai H, Terakawa N. Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *Fertil Steril*. nov 2008;90(5):15838.
- 82) Vercellini P, Somigliana E, Daguati R, Vigano P, Meroni F, Crosignani PG. Postoperative oral contraceptive exposure and risk of endometrioma recurrence. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2008;198(5):504.e15.
- 83) Seracchioli R, Mabrouk M, Frascà C, Manuzzi L, Montanari G, Keramyda A, et al. Long-term cyclic and continuous oral contraceptive therapy and endometrioma recurrence: a randomized controlled trial. *Fertil Steril*. janv 2010;93(1):526.
- 84) Seracchioli R, Mabrouk M, Frascà C, Manuzzi L, Savelli L, Venturoli S. Long-term oral contraceptive pills and postoperative pain management after laparoscopic excision of ovarian endometrioma: a randomized controlled trial. *Fertil Steril*. juill 2010;94(2):464-71.
- 85) P. Vercellini, B. Eskenazi, D. Consonni et al. Oral contraceptives and risk of endometriosis : a systematic review and metaanalysis. *Human Reproduction Update*, vol. 17, no. 2, Article ID dmq042, pp. 159–170, 2011.
- 86) Vlahos N, Vlachos A, Triantafyllidou O, Vitoratos N, Creatsas G. Continuous versus cyclic use of oral contraceptives after surgery for symptomatic endometriosis: a prospective cohort study. *Fertil Steril*. nov 2013;100(5):1337-42
- 87) Angioni S, Mais V, Contu R, Milano F, Peiretti M, Santeufemia S, Melis GB. Pain control and quality of life after laparoscopic in-block resection of deep infiltrating endometriosis versus incomplete surgical treatment with or without medical therapy. *J Minim Invasive Gynecol* 2006; 13 : S66-7.
- 88) American College of Obstetricians and Gynecologists. Noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Ostet Gynecol* 2010;115:206–218.
- 89) Hannaford PC, Iversen L, Macfarlane TV, Elliott AM, Angus V, Lee AJ. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraceptive Study. *Br Med J* 2010;340:c927.

- 90) Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, Barbieri RL, Malspeis S, Willett WC, Hunter DJ. Reproductive history and endometriosis among premenopausal women. *Obstet Gynecol* 2004;104:965–974.
- 91) Sagsveen M, Farmer JE, Prentice A, Breeze A. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for endometriosis: bone mineral density. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;4:CD001297.
- 92) Vercellini P, Cortesi I, Crosignani PG. Progestins for symptomatic endometriosis: a critical analysis of the evidence. *Modern Trends. Fertil Steril* 1997;68:393–401.
- 93) Vercellini P, Fedele L, Pietropaolo G, Frontino G, Somigliana E, Crosignani PG. Progestogens for endometriosis: forward to the past. *Hum Reprod Update* 2003a;9:387–396.
- 94) Davis LJ, Kennedy SS, Moore J, Prentice A. Modern combined oral contraceptives for pain with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18:CD001019.
- 95) J. Brown, S. Kives, and M. Akhtar, “Progestagens and antiprogestagens for pain associated with endometriosis,” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, p. CD002122, 2012
- 96) Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a evonorgestrelreleasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril* 2001; 75: 485-8
- 97) Lockhat FB, Emembolu JO, Konje JC. The evaluation of the effectiveness of an intrauterine-administered progestogen (levonorgestrel) in the symptomatic treatment of endometriosis and in the staging of the disease. *Hum. Reprod.* 2004 janv;19(1):179–84.
- 98) Y. Bayoglu Tekin, B. Dilbaz, S. K. Altinbas, and S. Dilbaz. Postoperative medical treatment of chronic pelvic pain related to severe endometriosis : levonorgestrel-releasing intrauterine system versus gonadotropin-releasing hormone analogue. *Fertility and Sterility*, vol. 95, no. 2, pp. 492–496, 2011.
- 99) A. M. Abou-Setta, B.Houston,H. G. Al-Inany, and C. Farquhar. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 1, Article ID CD005072, 2013.
- 100) Leone Roberti Maggiore U, Remorgida V, Scala C, Tafi E, Venturini PL, Ferrero S. Desogestrel-only contraceptive pill versus sequential contraceptive vaginal ring in the treatment of rectovaginal endometriosis infiltrating the rectum: a prospective open-label comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* mars 2014;93(3):23947.

- 101) Razzi S, Luisi S, Ferretti C, Calonaci F, Gabbanini M, Mazzini M, et al. Use of a progestogen only preparation containing desogestrel in the treatment of recurrent pelvic pain after conservative surgery for endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* déc 2007;135(2):18890.
- 102) Angioni S, Cofelice V, Pontis A, Tinelli R, Socolov R. New trends of progestins treatment of endometriosis. *Gynecol Endocrinol.* nov 2014;30(11):76973.
- 103) K.Walch, G.Unfried, J.Huber et al., “Implanon versus medroxyprogesterone acetate : effects on pain scores in patients with symptomatic endometriosis—a pilot study,” *Contraception*, vol. 79, no. 1, pp. 29–34, 2009.
- 104) R. W. Shaw, “GnRH analogues in the treatment of endometriosis-rationale and efficacy,” in *Modern Approaches to Endometriosis*, E. J. Thomas and J. A. Rock, Eds., pp. 257–274, Kluwer Academic Publishers, London, UK, 1990.
- 105) M. D. Hornstein, A. A. Yuzpe, K. A. Burry, L. R. Heinrichs, V. L. Buttram Jr., and E. S. Orwoll, “Prospective randomized double-blind trial of 3 versus 6 months of nafarelin therapy for endometriosis associated pelvic pain,” *Fertility and Sterility*, vol. 63, no. 5, pp. 955–962, 1995.
- 106) E. S. Surrey and M.D.Hornstein, “Prolonged GnRH agonist and add-back therapy for symptomatic endometriosis: long-term follow-up,” *Obstetrics & Gynecology*, vol. 99, no. 5, pp. 709–719, 2002.
- 107) A. Prentice, “Regular review: endometriosis,” *The British Medical Journal*, vol. 323, no. 7304, pp. 93–95, 2001.
- 108) Bergqvist A, Jacobson J and Harris S. A double-blind randomized study of the treatment of endometriosis with nafarelin or nafarelin plus norethisterone. *Gynecol Endocrinol* 1997; 11:187-94.
- 109) Management of women with endometriosis. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. Septembre 2013. <http://www.eshre.eu>
- 110) C. M. Cottreau, R. B. Ness, F. Modugno, G. O. Allen, and M. T. Goodman, “Endometriosis and its treatment with danazol or lupron in relation to ovarian cancer,” *Clinical Cancer Research*, vol. 9, no. 14, pp. 5142–5144, 2003.

- 111) Ferrero S, Remorgida V, Venturini PL. Current pharmacotherapy for endometriosis. *Expert Opin Pharmacother.* 2010;11(7):1123-1134.
- 112) Roman H, Tarta O, Pura I, Opris I, Bourdel N, Marpeau L, et al. Direct proportional relationship between endometrioma size and ovarian parenchyma inadvertently removed during cystectomy, and its implication on the management of enlarged endometriomas. *Hum Reprod.* juin 2010;25(6):1428-32.
- 113) Sutton C.J., Ewen S.P., Whitelaw N., Naines P. Prospective, randomised, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994;62:696-700.
- 114) Abbott J., Hawe J., Hunter D., Holmes M., Finn P., Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril* 2004;82:878-884
- 115) Sutton C.J.G., Pooley A.S., Ewen S.P., Haines P. Follow-up report on a randomized controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal to moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1997;68:1070-1074.
- 116) Vercellini P, Somigliana E, Vigano` P, De Matteis S, Barbara G, Fedele L. The effect of second-line surgery on reproductive performance of women with recurrent endometriosis: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88:1074–1082.
- 117) Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update* 2009;15:441–461.
- 118) Goldstein DP, deCholnoky C, Emans SJ, Leventhal JM. Laparoscopy in the diagnosis and management of pelvic pain in adolescents. *J Reprod Med.* 1980;24:251–6.
- 119) Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997;24:235–58.
- 120) Roman H., Gromez A., Hochain P., Marouteau-Pasquier N., Tuech J.J., Resch B., et al. Is painful rectovaginal endometriosis an intermediate stage of rectal endometriosis?. *Fertil Steril* 2008;90:1014-1018.
- 121) Greene R, Stratton P, Cleary SD, Ballweg ML, Sinaii N. Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertil Steril.* janv 2009;91(1):32-9.
- 122) Simoens S, Hummelshoj L, D’Hooghe T. Endometriosis: cost estimates and methodological perspective. *Hum Reprod Update.* août 2007;13(4):395-404.
- 123) Ballard K, Lowton K, Wright J. What’s the delay? A qualitative study of women’s

- experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil. Steril.* 2006 nov;86(5):1296–301.
- 124) Seear K. The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Soc Sci Med.* oct 2009;69(8):1220-7.
- 125) Arruda M.S., Petta C.A., Abrao M.S., Benetti-Pinto C.L. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod* 2003;18:756-759.
- 126) Quibel A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose par les médecins généralistes de Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2012.
- 127) Pouliquen-Secret D, Roman H. Fréquences des symptômes évoquant l'endométriose dans la population générale et les implications sur la pratique clinique des médecins généralistes. France; 2013.
- 128) Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. *Br J Gen Pract.* 2007 juin;57(539):470–6.
- 129) Guigues B. Haute Autorité de Santé - Contraception [Internet]. [cité 22 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710831/fr/contraception.
- 130) Evolution récente de l'utilisation en France des contraceptifs oraux combinés (COC) et autres contraceptifs - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 22 sept 2015]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Evolution-recente-de-l-utilisation-en-France-des-contraceptifs-oraux-combines-COC-et-autres-contraceptifs-Communique>.
- 131) Zannoni L, Giorgi M, Spagnolo E, Montanari G, Villa G, Seracchioli R. Dysmenorrhea, absenteeism from school, and symptoms suspicious for endometriosis in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* oct 2014;27(5):258-65.
- 132) Items des ECN - Avant 2016 - ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine [Internet]. [cité 22 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.anemf.org/etudes-medicales/36-deuxieme-cycle-dfasm/examen-classant-national/1463-les-items-des-ecn-avant-2016.html>

RESUME

Objectif : Evaluer le dépistage et la prise en charge thérapeutique des dysménorrhées au cours d'une consultation de contraception par des médecins généralistes.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive basée sur un questionnaire évaluant le dépistage et le traitement des dysménorrhées au cours d'une consultation de mise en place ou de renouvellement d'une contraception par les praticiens haut-normands. Le questionnaire a été validé et envoyé par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) à 830 praticiens de Haute Normandie.

Résultats : Parmi les 91 médecins généralistes inclus (MGI), plus de la moitié (54.9 %) différencient les dysménorrhées des « douleurs de règles ». 42.9 % d'entre eux pensent que les douleurs abdominales sont un phénomène normal au cours des règles. Lors de l'interrogatoire en consultation de contraception, les douleurs abdominales pendant les règles ne sont recherchées que par ¾ des MGI tandis que d'autres signes tels que l'HTA, le tabac ou le diabète sont demandés de façon quasi systématique. 83.5 % des praticiens affirment évaluer l'importance des douleurs. Au niveau thérapeutique, 20.9 % des MGI affirment que la présence de douleurs n'influence pas le choix de traitement contraceptif. Pour 93.4% des MGI, prescrire la pilule en continu n'est pas néfaste. En cas de dysménorrhées, plus de la moitié des MGI (51.6 %) prescrivent la pilule en continu. En cas de découverte de douleurs lors d'un renouvellement, ils sont 44% à choisir le schéma en continu. Concernant la formation, 48.4 % des MGI ont reçu une formation à l'endométriose. Ils sont 79.1 % à penser qu'une formation de ce type leur serait utile.

Conclusion : Les dysménorrhées sont insuffisamment prises en compte en consultation de médecine générale. La confusion par les praticiens entre dysménorrhées et « douleurs de règles » est un frein à un dépistage efficace. Par oubli ou minimisation des risques, ces douleurs ne font pas partie des éléments clés d'un interrogatoire de contraception. De plus, les femmes en méconnaissent généralement la potentielle gravité. Le diagnostic et le traitement sont donc souvent inadaptés. Une formation appropriée des médecins, une information des patientes et la mise au point de recommandations de bonne pratique seraient bénéfiques.

Mots clés : Dysménorrhée, Médecine générale, Pilule en continu, Endométriose, Contraception