



HAL
open science

Évolution de la qualité de vie après une chirurgie d'endométriose

Alice Mussigmann

► **To cite this version:**

Alice Mussigmann. Évolution de la qualité de vie après une chirurgie d'endométriose. Gynécologie et obstétrique. 2024. dumas-04677479

HAL Id: dumas-04677479

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04677479v1>

Submitted on 26 Aug 2024

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ DE VIE APRÈS UNE CHIRURGIE D'ENDOMÉTRIOSE

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Par Mme Alice MUSSIGMANN

[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le 21/05/2024

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury :

Mme Mélanie VABRE

Membres :

M. le Dr Pierre-Louis FOREY (vice-président)

M. le Dr Julien ESCALON (directeur de mémoire)

Mme Claire BAUDON (co-directrice de mémoire)

Mme Laurence COMBET-BLANC

L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ DE VIE APRÈS UNE CHIRURGIE D'ENDOMÉTRIOSE

Résumé :

Objectifs : L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact de la chirurgie sur la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose. De plus, nous avons examiné l'association entre la sévérité des lésions préexistantes et l'amélioration de la qualité de vie.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative réalisée auprès de 10 femmes atteintes d'endométriose confirmée, suivies à la clinique Belledonne de Grenoble par le docteur Julien Escalon, à l'aide d'un questionnaire anonyme, entre novembre et décembre 2023. Celui-ci était composé de deux scores de qualité de vie l'EHP-5 et l'EQ5D, remplis à la fois en pré-opératoire puis en post-opératoire. Le score de complexité chirurgicale AAGL relatif à chaque patiente était ensuite mis en relation avec le potentiel gain de qualité de vie obtenu.

Résultats : Une amélioration significative des scores EHP-5 et EQ5D a été observée, la qualité de vie s'est améliorée pour l'ensemble des patientes trois mois après la chirurgie. Aucune corrélation n'a été trouvée entre le niveau d'atteintes préexistantes et le gain de qualité de vie.

Conclusion : La qualité de vie est améliorée par la chirurgie à trois mois post-opératoire. L'EHP-5 et l'EQ5D sont des outils adaptés à l'évaluation de la qualité de vie. L'utilisation d'un score de gravité lésionnelles serait pertinent dans des études plus approfondies et sur des effectifs plus importants.

Mots Clés : Qualité de vie, chirurgie, endométriose

QUALITY OF LIFE EVOLUTION FOLLOWING ENDOMETRIOSIS SURGERY

Abstract :

Objectives: The objective of this study was to evaluate the impact of surgery on the quality of life of patients with endometriosis. We also examined the association between the severity of pre-existing lesions and the improvement in quality of life.

Methods: This was a quantitative study conducted with 10 women with confirmed endometriosis followed at the Belledonne Clinic in Grenoble by Dr Julien Escalon. The patients completed an anonymous questionnaire between November and December 2023. The questionnaire consisted of two quality of life scores, the EHP-5 and EQ5D, filled out both preoperatively and postoperatively. The AAGL surgical complexity score associated with each patient was then correlated with the potential gain in quality of life obtained.

Results: A significant improvement in EHP-5 and EQ5D scores was achieved, with quality of life improving for all patients three months after surgery. No correlation was found between the level of pre-existing lesions and the gain in quality of life.

Conclusion: Quality of life is improved by surgery at three months postoperatively. EHP-5 and EQ5D are suitable tools for evaluating quality of life. The use of a severity score for lesions would be relevant in more extensive studies with larger sample sizes.

Keywords: Quality of life, surgery, endometriosis.

Remerciements :

Je remercie les membres du Jury :

- Présidente du jury : Mme Mélanie VABRE, Sage-femme, Enseignante au Département de Maïeutique, UGA

- Vice-Président du jury : M. Pierre-Louis FOREY, Docteur, Gynécologue Obstétricien, CHUGA

- Directeur de mémoire : M. Julien ESCALON, Docteur, Gynécologue Obstétricien, Clinique Belledonne

- Sage-femme enseignante : Mme Claire BAUDON, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, UGA

- Sage-femme invitée : Mme Laurence COMBET-BLANC, Sage-Femme, Coordinatrice en Maïeutique, Pôle Gynécologie-Obstétrique, CHUGA

Je remercie plus particulièrement :

- Julien ESCALON, Docteur, Gynécologue Obstétricien, Clinique Belledonne, Directeur de mémoire ;

D'avoir accepté de m'accompagner et d'avoir pris du temps pour encadrer ce travail de recherche.

Merci pour ta disponibilité, tes précieux conseils et tout ce que tu m'as appris.

- Claire BAUDON, Sage-femme enseignante, Co-directrice de ce mémoire ;

Pour sa disponibilité, sa bienveillance et son rôle de « chef de la cohérence ».

Merci de ton aide.

- Lionel CURTO, Sage-femme enseignant, Référent de notre promotion ;

Pour m'avoir si bien accueilli dans cette nouvelle promotion et accompagné jusqu'au diplôme.

- Delphine SAVOY, Sage-femme enseignante, Référente de ma première promotion ;

Pour m'avoir soutenue durant mes premières années, ta bienveillance et le dévouement que tu as

porté à ta promotion.

Je remercie à titre personnel :

- Mes amies sages-femmes : Clémence, Vanessa, Elisa, Emmie, Marie, Orane, Andréa, Loona, Célia, Margot et Lucie ;

Pour faire partie de ma vie qui est plus belle à vos côtés. Merci pour tous ces fous rires, les bêtises, les vacances, à ce métier formidable qui vous a mis sur ma route. Merci d'avoir été là pour moi à chaque instant.

-Mon amie : Alice ;

Pour tout ce que tu représentes à mes yeux, les moments de vadrouille à tes côtés, ta gentillesse et nos trucs d'Alices. Je t'estime énormément, tu seras une formidable médecin.

-Mes parents ;

Sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour ce soutien inconditionnel, votre amour, vos encouragements. Je vous aime.

-Mes frères ;

Sur qui je pourrai compter toute ma vie. Rémi, mon grand frère qui m'a toujours soutenue, écoutée et changé les idées à coup de potager pendant ces études. Martin, mon jumeau, la personne qui me fait le plus rire, nos moments où personne ne nous comprend, ton soutien. Merci pour tout.

Table des matières :

Abréviations.....	1
1. Introduction :.....	2
2. Matériel et Méthode :.....	5
2.1. Schéma de l'étude :.....	5
2.2. Population de l'étude :.....	5
2.3. Mesures utilisées pour l'étude :.....	6
2.3.1. Critères de jugements principaux :.....	6
2.3.2. Critère de jugement secondaire :.....	8
2.4. Recueil des données :.....	8
2.5. Analyse des données :.....	9
2.6. Cadre légal :.....	10
3. Résultats :.....	11
3.1. Inclusion :.....	11
3.2. Résultats principaux :.....	11
3.3. Résultats secondaires :.....	16
4. Discussion :.....	19
4.1. Objectifs et résultats :.....	19
4.2. Validité externe de notre étude :.....	19
4.3. Limites et points forts :.....	23
4.4. Perspectives :.....	24
5. Conclusion :.....	26
6. Références bibliographiques :.....	27
7. Annexes :.....	29

Abréviations

- AAGL** : American Association of Gynecologic Laparoscopists
- AFSr** : American Fertility Society, révisé en 1985
- CCPP** : Critères de Convergence PP
- CNGOF** : Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français
- EHP-5** : Endometriosis Health Profil-5
- EHP-30** : Endometriosis Health Profil-30
- EQ5D** : EuroQuol-5 Dimensions
- EQVAS** : Echelle Visuelle de l'EQ5D
- EVA** : Echelle Visuelle Analogique
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

1. Introduction :

L'endométriose est une pathologie gynécologique chronique qui affecte directement le quotidien des femmes, touchant une femme sur dix en âge de procréer, soit 190 millions de personnes à l'échelle mondiale(1). Elle représente un enjeu de santé publique important (2).

L'endométriose se caractérise par la présence de tissu semblable à l'endomètre à l'extérieur de la cavité utérine : principalement dans la cavité pelvienne et l'abdomen. Sous l'influence du cycle hormonal, lors de la période de menstruation, ce tissu va se mettre à saigner, provoquant ainsi un environnement inflammatoire.

Nous distinguons classiquement trois phénotypes d'endométriose :

- Superficielle, limitée à la surface du péritoine ou à la séreuse utérine.
- Profonde, définie par une infiltration de l'espace sous péritonéal supérieure ou égale à cinq millimètres. On peut alors retrouver une atteinte digestive, urinaire et génitale.
- Ovarienne, responsable d'endométriomes, de taille variable uni ou bilatéraux.

Bien que décrite pour la première fois en 1860, les mécanismes physiopathologiques sous-jacents à l'endométriose ne sont pas élucidés à ce jour(3). Plusieurs théories tentent d'apporter des pistes.

La théorie principale, formulée par Sampson en 1927, postule qu'une partie du sang menstruel, normalement évacué, peut refluer dans les trompes de Fallope pendant les règles. Ce reflux rétrograde est soupçonné de provoquer la dissémination de fragments d'endomètre œstrogène-dépendants dans la cavité abdominale. Cependant 90 % des femmes seraient concernées par ce phénomène alors que seulement 10 % d'entre elles développeraient une endométriose (4).

En fonction du phénotype plusieurs origines seraient possibles : infectieuse pour les endométriomes, reflux pour la forme superficielle, restes de canaux de Müller au niveau de la cloison recto-vaginale pour l'endométriose profonde.

Il existe une composante génétique certaine et une composante environnementale (perturbateurs endocriniens, polluants éternels) (5). On ne retrouve pas systématiquement de lien entre l'étendue des lésions et la symptomatologie. Une femme peut être porteuse d'endométriose sans manifestations cliniques, comme il est possible que les lésions soient minimales avec des douleurs insupportables.

On distingue trois formes : asymptomatique, celle associée à l'infertilité (30%), et le syndrome douloureux abdomino-pelvien (Dysménorrhée, Dysurie, Dyschésie, Dyspareunies, Douleurs pelviennes chroniques) ¹.

La prise en charge de l'endométriose souffre d'un retard diagnostique qui peut parfois être qualifié d'errance médicale (6). L'interrogatoire à la recherche de symptômes d'endométriose, peu spécifiques, est complété par l'examen clinique qui comprend un toucher vaginal et une palpation abdominale. L'échographie pelvienne est l'examen paraclinique de première intention. L'IRM pelvienne, plus sensible, sera utilisée en deuxième intention (7).

Aujourd'hui, il n'existe pas de traitement étiologique définitif mais seulement des traitements symptomatiques de l'endométriose. Les recommandations du Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) s'accordent à ne pas traiter les formes asymptomatiques. Le traitement médical vient avant la chirurgie, une pilule en continu ou un stérilet hormonal sera instauré en priorité. Un traitement antalgique sera également mis en place. En cas d'échec, une approche médico-chirurgicale est recommandée, impliquant une exérèse complète des lésions endométriosiques. Une résection incomplète de ces lésions mène à une poursuite évolutive de la maladie, rendant cet acte complexe et technique. La chirurgie par coelioscopie est préférée pour l'endométriose pelvienne légère à modérée, car elle réduit la douleur

¹ 5D

à court et moyen terme et augmente le taux de grossesse spontanée chez les patientes infertiles. Cependant, la chirurgie des endométriomes ovariens peut affecter la réserve ovarienne et la fertilité postopératoire, surtout en cas d'endométriomes volumineux ou récidivants. Pour les lésions profondes impliquant le système urinaire ou digestif, une approche multidisciplinaire est recommandée. Enfin, chez les patientes sans désir de grossesse, l'hystérectomie avec résection des lésions d'endométriose peut être envisagée (7).

L'endométriose impacte la qualité de vie des femmes qui en sont atteintes. Le diagnostic difficile et les douleurs chroniques entraînent des conséquences sur les activités quotidiennes. La notion de qualité de vie, émergée dans les années 1970, est un critère majeur d'évaluation en santé. Définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1993, comme : « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes (8). »

Nous avons évalué l'impact de la chirurgie sur la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose, avec pour objectif principal d'évaluer l'effet de l'intervention sur leur qualité de vie. L'hypothèse principale étant que la qualité de vie s'améliore après la chirurgie. L'objectif secondaire s'intéressait à l'étendue des lésions préexistantes mise en lien avec l'amélioration de la qualité de vie. Nous supposons qu'un gain de qualité de vie plus élevé serait obtenu pour les atteintes les plus sévères.

2. Matériel et Méthode :

2.1. Schéma de l'étude :

Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, prospective, comparative et monocentrique.

Elle s'est déroulée à la Clinique Belledonne, Grenoble France, de novembre 2023 à février 2024.

Ce travail a été réalisé sous la direction et avec l'aide du Docteur Julien Escalon.

Le choix de la méthodologie, orientée vers une étude quantitative, est motivé par l'existence de scores préexistants ayant déjà fait partie d'études de ce type.

2.2. Population de l'étude :

La population éligible était constituée de toutes les femmes majeures, non ménopausées, qui étaient suivies pour suspicion d'endométriose. L'échantillon était composé de toutes les patientes devant bénéficier d'une prise en charge chirurgicale pour une endométriose pelvienne symptomatique quel que soit le phénotype, avec ou sans atteintes digestives.

Le diagnostic était porté en préopératoire grâce aux données de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens paracliniques (échographie pelvienne endovaginale et IRM abdominopelvienne).

L'indication opératoire était posée sur les symptômes persistants et altérant la qualité de vie et a fait l'objet d'une décision partagée avec la patiente. Le diagnostic d'endométriose était confirmé lors de l'exploration chirurgicale et par l'examen anatomopathologique des pièces opératoires.

L'échantillon a été constitué des patientes opérées entre novembre et décembre 2023.

2.3. Mesures utilisées pour l'étude :

2.3.1. Critères de jugements principaux :

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'évolution de la qualité de vie après une chirurgie d'endométriose. Nous avons décidé d'utiliser deux scores de qualité de vie complémentaires, présentés ci-dessous, qui avaient tous deux fait l'objet d'une traduction française validée. L'analyse de chacun des scores par sous-domaines en pré et post opératoire, permettait de mettre en évidence une évolution des symptômes.

Le questionnaire EHP-5 :

Le questionnaire « Endometriosis Health Profil »(EHP) est une auto-évaluation de la qualité de vie liée à la santé, utilisée pour mesurer les effets de l'endométriose sur la vie des femmes. Les preuves publiées concluent que l'EHP est un instrument fiable et valide pour évaluer les domaines de préoccupation des femmes atteintes d'endométriose qui ne sont pas abordés par d'autres questionnaires spécifiques et génériques. Il est particulièrement approprié pour une utilisation dans les essais cliniques visant à évaluer l'efficacité des thérapies médicales ou chirurgicales.

L'EHP-5 est la version courte de l'EHP-30, c'est un questionnaire d'évaluation globale des effets de la douleur sur les actes de la vie quotidienne (9). Il comporte 11 questions, qui traitent respectivement de : douleur, contrôle et impuissance, accompagnement social, bien-être émotionnel, image de soi, travail, relation avec l'enfant/les enfants, relations sexuelles, sentiments à l'égard de la profession médicale, sentiments à propos du traitement et sentiments face à l'infertilité.

Les réponses attendues sont fonction de la fréquence d'apparition des troubles. Chaque réponse est codée de 0 à 100, comme suit :

- jamais = 0
- rarement = 25
- parfois = 50
- souvent = 75
- toujours = 100

Le total du score EHP5 donne un résultat allant de « 0 à 1100 »(10).

Le questionnaire EQ5D :

L'EuroQuol 5 Dimensions (EQ5D) (11) est une échelle de qualité de vie européenne. Il se présente de la manière suivante : une première partie avec les questions dites « système descriptif EQ5D5L ». Le système descriptif comprend cinq dimensions : mobilité, soins personnels, activités habituelles, douleur/inconfort et anxiété/dépression. La réponse se fait suivant le degré d'atteinte. Les réponses seront codées de 0 à 100 de la même façon qu'expliqué précédemment pour l'EHP-5 :

- pas de problème = 0
- problèmes légers = 25
- problèmes modérés = 50
- problèmes sévères = 75
- problèmes extrêmes ou incapacité totale = 100

Le total du score de l'EQ5D donne un résultat de « 0 à 500 ». De même que pour l'EHP-5, plus le score est élevé plus la qualité de vie est dégradée. Celui-ci est complété par une échelle visuelle analogique, dénommée « EQ-5D VAS ». Elle consiste en une ligne de 20 cm, graduée de 0 à 100, où le patient doit indiquer comment il évalue son état de santé actuel : 0 étant « la pire santé que vous puissiez imaginer » et 100 « la meilleure santé que vous puissiez imaginer ». Dans ce cas et à l'inverse

des deux scores précédents, plus le chiffre est élevé plus la qualité de vie est considérée comme bonne (11).

2.3.2. Critère de jugement secondaire :

L'objectif secondaire de cette étude porte sur l'impact des lésions existantes sur l'évolution de la qualité de vie avant et après chirurgie.

Pour cela, le score AAGL 2021 « American Association of Gynecologic Laparoscopists » (12) est un système de classification de l'endométriose qui se concentre uniquement sur les atteintes pelviennes. Il permet d'évaluer la complexité chirurgicale pré-opératoire et d'examiner sa corrélation avec les douleurs et l'infertilité déclarés par les patientes. En le confrontant aux résultats du questionnaire, nous aspirons à établir une corrélation.

La complexité chirurgicale évaluée par un chirurgien expert pour le traitement de l'endométriose a été calculée et résumée pour chaque site anatomique. Par la suite ces scores sont traduits en une échelle d'endométriose en quatre stades, le stade un étant le moins complexe et le stade quatre le plus complexe :

- stade 1 = ≤ 8
- stade 2 = 9 à 15
- stade 3 = 16 à 21
- stade 4 = > 21

2.4. Recueil des données :

Un questionnaire de 17 questions a été créé à partir des deux scores et échelle précités : L'EHP5, l'EQ5D et l'EQVAS. Celui-ci était remis aux patientes une semaine avant l'intervention, sur papier.

Par la suite, ce même questionnaire était envoyé à leur domicile, à distance de la chirurgie, soit trois mois après, afin de recueillir leur qualité de vie post-opératoire.

Pour obtenir l'anonymisation des données, nous avons attribué à chaque patiente, un numéro de questionnaire. Ce numéro devait être reporté par la patiente au moment de la saisie à distance, pour permettre l'appariement du pré et du post-opératoire. La cotation du score AAGL a été recueillie auprès du Dr Escalon en pré-opératoire.

Les données ont été reportées manuellement sur le logiciel Excel. Elles ont ensuite été analysées à l'aide du logiciel R4WEB® et R Studio®.

2.5. Analyse des données :

La taille de l'échantillon était faible. Les données ne suivaient pas une distribution normale, et les deux groupes étaient appariés. Dans ce contexte, le test de rang de signe de Wilcoxon, un test non paramétrique, était approprié pour les comparaisons (13). Nous avons fait le choix de calculer les médianes, ce qui, dans notre étude compte tenu de la taille de l'échantillon, était plus pertinent que le calcul des moyennes. Elles ont été calculées pour chaque item de chacun des scores (difficultés à la marche, changements d'humeur... ; mobilité, activités courantes...). Ainsi que pour chacun des scores dans leur globalité (EHP-5, EQ5D, EQVAS).

Les données étaient également représentées à l'aide d'histogrammes pour offrir une représentation visuelle des résultats avant et après chirurgie.

Concernant l'objectif secondaire de cette étude, la relation entre le niveau de sévérité des lésions et l'amélioration de la qualité de vie a été étudiée pour chaque patiente. Le but était de déterminer s'il existait une corrélation entre le niveau des lésions et l'amélioration de la qualité de vie. Cette

amélioration correspond à l'écart entre le score pré-opératoire et le score post-opératoire, on considère qu'au plus l'écart est grand, plus l'amélioration est significative.

Pour chaque indice (EHP5, EQ5D, EQVAS), le gain de qualité de vie après une prise en charge chirurgicale des patientes a été comparé avec leur score de complexité. Par conséquent, la moyenne des améliorations pour chaque niveau de complexité a été calculée, (ex : pour EHP5, on fait la moyenne des écarts d'amélioration pour chaque score « 1, 2, 3 et 4 »).

Par la suite, un test de corrélation de Pearson a été réalisé afin de vérifier s'il existait une corrélation significative entre le score de complexité et l'amélioration des patientes. Les indices de corrélation et les valeurs p ont été mis en relation. Si le coefficient de corrélation (cor) était proche de 0, cela signifiait l'absence de corrélation. Si (cor) tendait vers 1, alors cela signifiait une corrélation positive, si (cor) tendait vers -1, la corrélation était négative.

2.6. Cadre légal :

Il s'agissait d'une étude non interventionnelle n'impliquant pas la personne humaine, hors loi Jardé et n'impliquant pas l'avis d'un comité de protection des personnes. Le questionnaire ne comportait aucune question permettant d'identifier les participantes, ce qui a permis de garantir l'anonymat.

3. Résultats :

3.1. Inclusion :

Les réponses de 12 femmes ont été recueillies. Parmi elles, un total de 10 sujets a été retenu. En effet, une patiente n'a pas répondu au questionnaire à trois mois et une autre a été exclue de l'analyse statistique, car il s'est avéré que l'analyse anatomopathologique n'a pas retrouvé d'endométriase, ce qui ne répondait pas aux critères d'inclusion de l'étude. Nous reviendrons sur ce cas lors de la discussion.

3.2. Résultats principaux :

Les indicateurs de qualité de vie avant et après la chirurgie observés lors de cette étude sont présentés dans le tableau I. Le choix d'analyser l'item de l'EHP5 « difficultés à s'occuper des enfants » séparément a été fait (figure 3), car plus de la moitié des patientes n'étaient pas concernées. Le total du score EHP5 donnera donc un résultat allant de « 0 à 1000 ».

	Médianes ²		
	avant	après	P < 0.05
EHP-5	475	200	0.044
EQ5D	225	37,5	0.003
EQVAS	50	80	0.013

Tableau I/ Scores EHP5, EQ5D et EQVAS

² Test de Wilcoxon

Pour l’EHP-5 et l’EQ5D une diminution du score correspond à une augmentation de la qualité de vie, ce qui les différencie de l’échelle visuelle où une augmentation du score est associée à une augmentation de la qualité de vie. Nous avons mis en évidence une amélioration significative du score EHP-5 de 275 points ($p < 0.044$). La médiane du score pré-opératoire étant de 475 (min : 50 ; max : 775) contre 200 (min : 0 ; max : 550) en post-opératoire. Nous avons également montré une amélioration significative du score EQ-5D VAS de 187,5 points ($p < 0,0026$), le score, médian pré-opératoire étant de 225 (min : 25 ; max : 275) contre 37,5 (min : 0 ; max : 150) en post-opératoire. Pour l’échelle visuelle (EQVAS), le score moyen en pré-opératoire était de 50 (min : 80 ; max : 10) contre 80 en post-opératoire (min : 60 ; max : 95), soit un gain de qualité de vie de 30 points, également significatif ($p = 0,013$).

Si l'on examine maintenant l'évolution de la qualité de vie avant et après la chirurgie pour chaque question présente dans le questionnaire, on obtient la figure 1 ci-dessous.

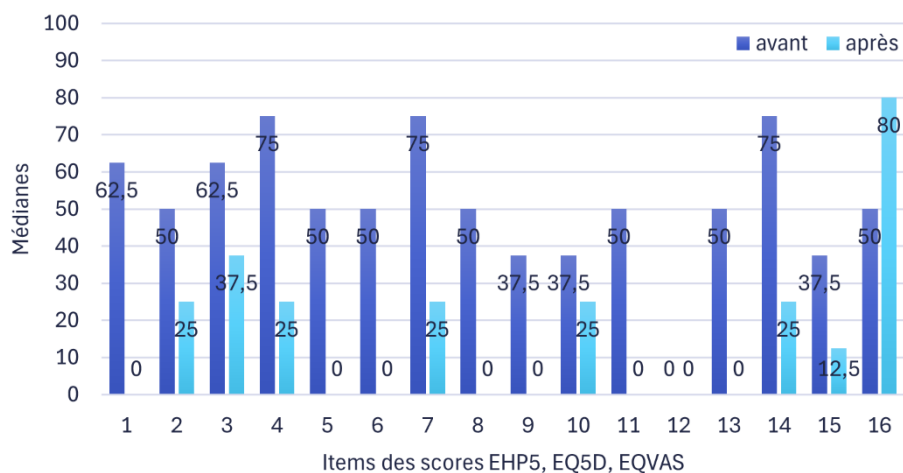


Figure 1/ Médianes des items de chaque score (EHP5, EQ5D, EQVAS) avant et après la chirurgie

Lorsque les médianes diminuent en post-opératoire, cela signifie que la qualité de vie des femmes opérées augmente. En revanche, pour l’échelle visuelle (item 16), une augmentation de la médiane en post-opératoire correspond à une meilleure qualité de vie.

Dans la figure une, toutes les médianes obtenues après la chirurgie montrent une amélioration de la qualité de vie. Les items 1 à 10 renvoient à l'EHP-5, 11 à 15 à l'EQ5D et 16 à l'échelle visuelle.

Pour présenter les résultats de manière détaillée, l'évolution de la qualité de vie avant et trois mois après la chirurgie pour chacune des thématiques abordées dans le questionnaire est détaillée dans les figures 2,3,4 et 5.

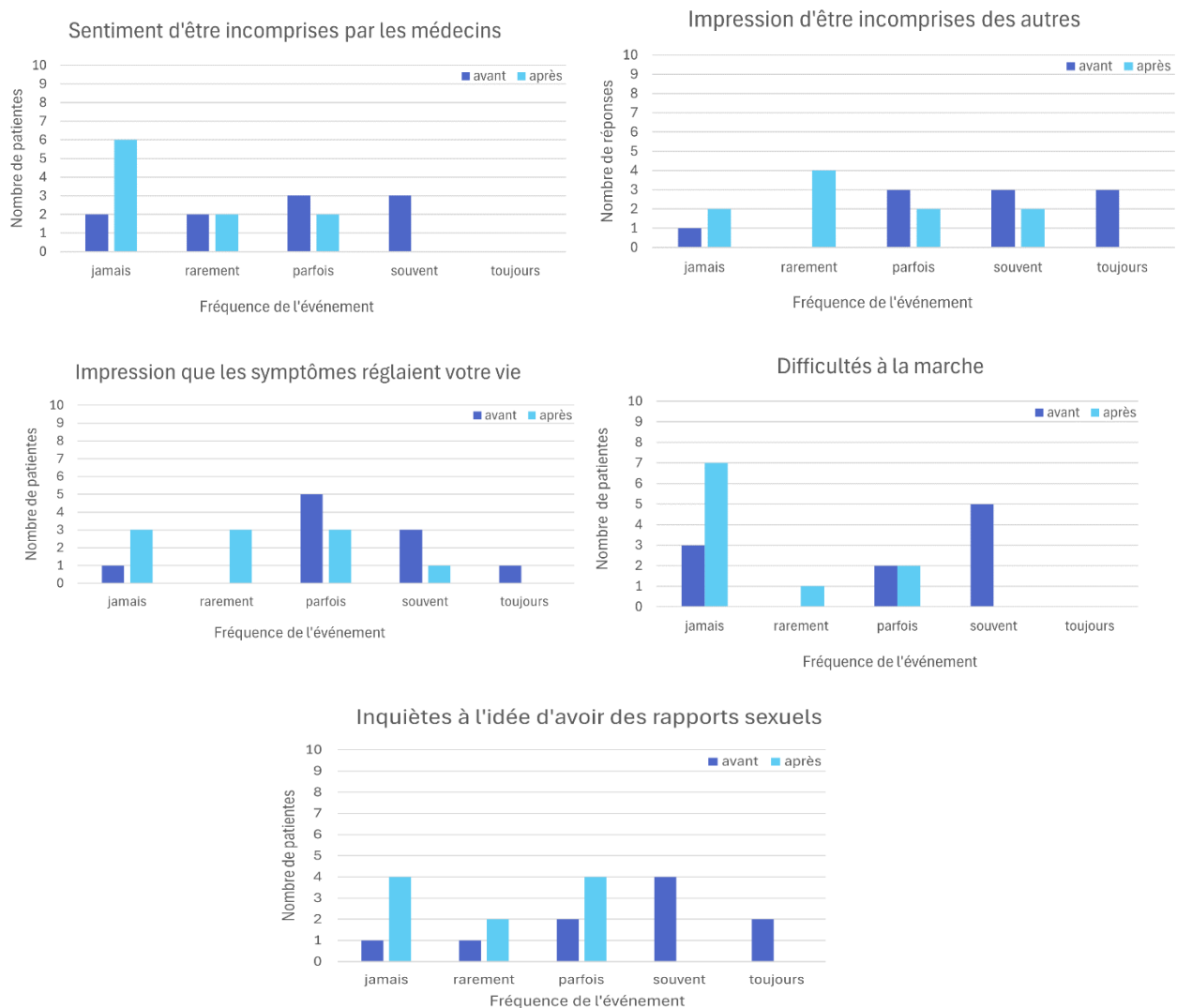


Figure 2/ L'EHP5 avant et après la chirurgie. Distribution des réponses selon la fréquence de l'événement

La totalité des patientes a présenté une amélioration de la qualité de vie et ce sur l'ensemble des dimensions recherchées dans le questionnaire. Cette amélioration était significative concernant les difficultés à marcher ($p = 0.022$), les symptômes qui régissaient leur vie ($p = 0.033$), le sentiment d'être incomprises par les autres ($p = 0.028$), l'inquiétude à l'idée d'avoir des rapports sexuels ($p = 0.012$) et la relation avec le monde médical ($p = 0,036$). En revanche, cela n'était pas le cas à trois mois de la chirurgie pour les changements d'humeurs ($p = 0,332$), l'apparence qui change ($p = 0,286$), les obligations professionnelles ($p = 0,117$), la déception liée au traitement ($p = 0,29$) ainsi que le sentiment de déprime dû au fait de ne pas avoir d'enfants ($p = 0,369$) (cf annexe 6).

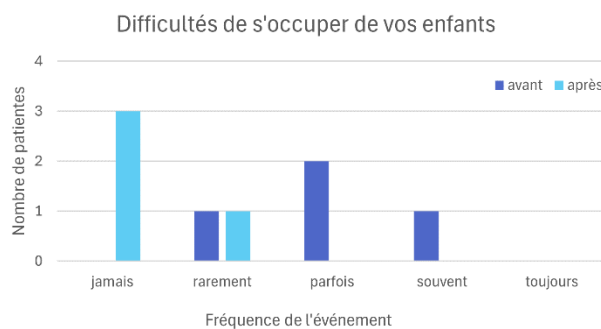


Figure 3/ Distribution des réponses sur l'item « difficultés à s'occuper des enfants » de l'EHP-5

Seulement quatre patientes étaient concernées par cette dimension. Après l'intervention, les mères rencontraient moins de difficultés à s'occuper de leurs enfants ($p = 0.036$).

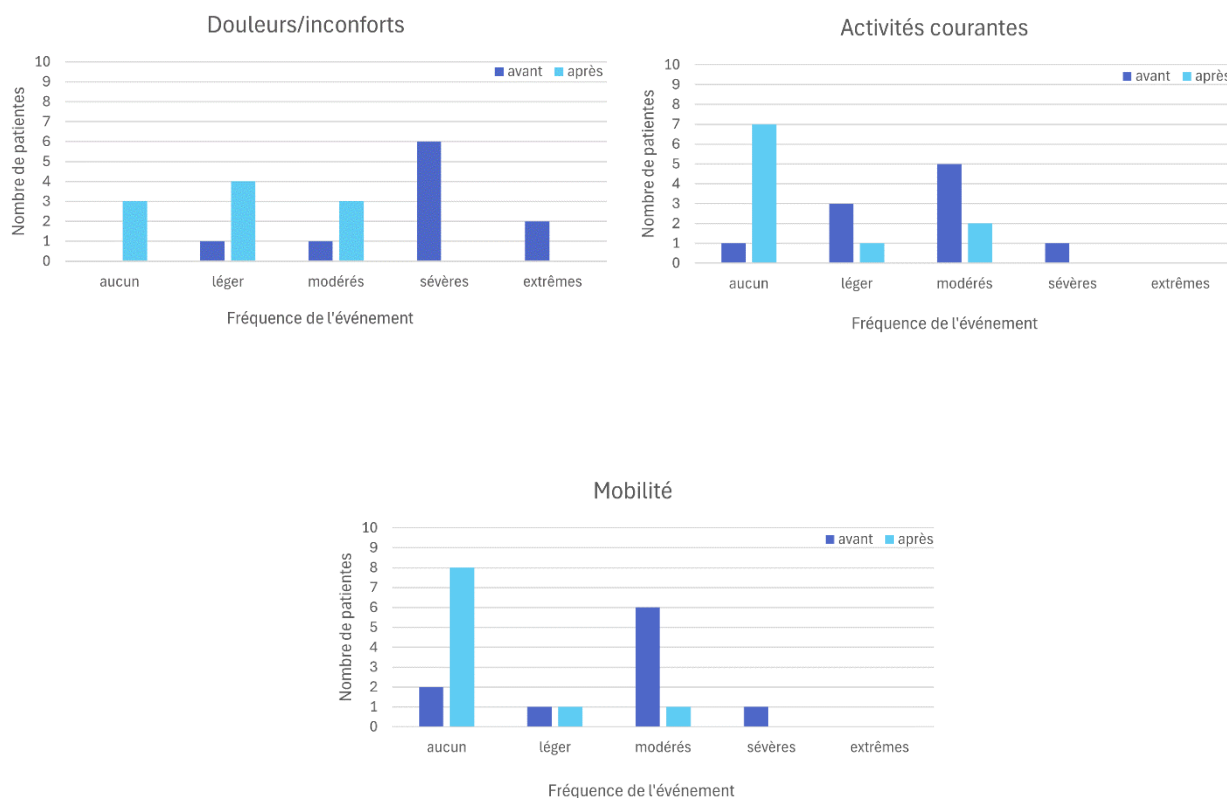


Figure 4/ L'EQ5D avant et après chirurgie. Distribution des réponses selon la fréquence de l'événement pour chaque dimension

On observe une amélioration de la qualité de vie sur toutes les dimensions de l'EQ5D. La mobilité ($p = 0.006$), les activités courantes ($p = 0.014$), les douleurs et/ou gênes ($p = 0.01$) dans le quotidien des femmes, se sont améliorées de façon significative. Contrairement à l'anxiété et/ou la dépression ($p = 0.155$) ainsi que l'autonomie de la personne ($p = 0.167$) qui n'ont pas montré d'amélioration significative sur la qualité de vie (cf annexe 6).

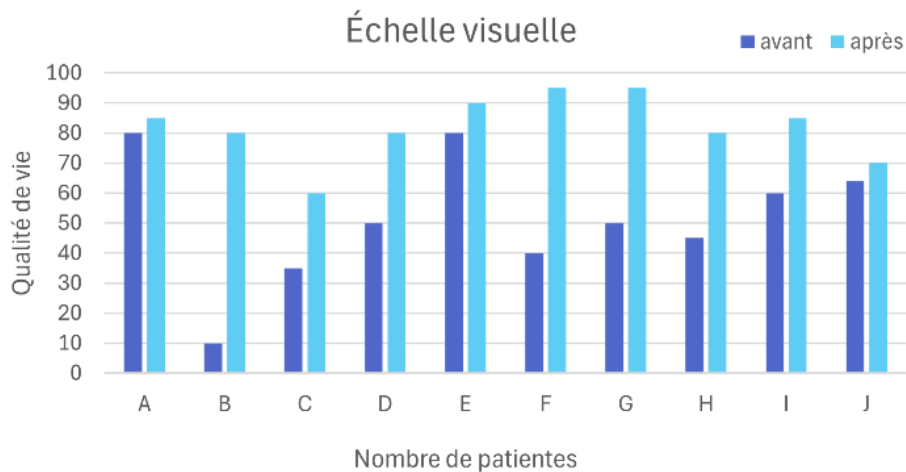


Figure 5/ L'EQVAS avant et après chirurgie

La qualité de vie a augmenté pour chaque patiente après la chirurgie. Cette amélioration s'est révélée significative ($p = 0.002$).

3.3. Résultats secondaires :

Un score de complexité chirurgicale (AAGL) a été évalué en pré-opératoire. Le but était d'associer ce score à l'évolution de la qualité de vie présentée par les patientes. Ces calculs ont été réalisés sur un effectif de sept patientes. Le score AAGL étant une classification prenant uniquement en compte les atteintes pelviennes, trois patientes n'étaient pas concernées par celui-ci. Les résultats sont présentés dans le tableau II et la figure 7 ci-dessous.

Scores	corrélation ³	p-value
EHP5	-0.1569	0.805
EQ5D	-0.0549	0.907
EQVAS	-0.2095	0.652

Tableau II/ Tests de corrélation entre le score AAGL et les scores EHP5, EQ5D et EQVAS

Une corrélation non significative entre le score de complexité chirurgicale et l'amélioration après chirurgie de la qualité de vie des patientes est visible. La corrélation tend vers 0 pour les trois scores de qualité de vie ce qui indique une absence de corrélation.

Les résultats sont détaillés et présentés pour l'EQVAS dans la figure 6 ci-dessous, ainsi que pour l'EHP-5 et l'EQ5D (cf annexe 8).

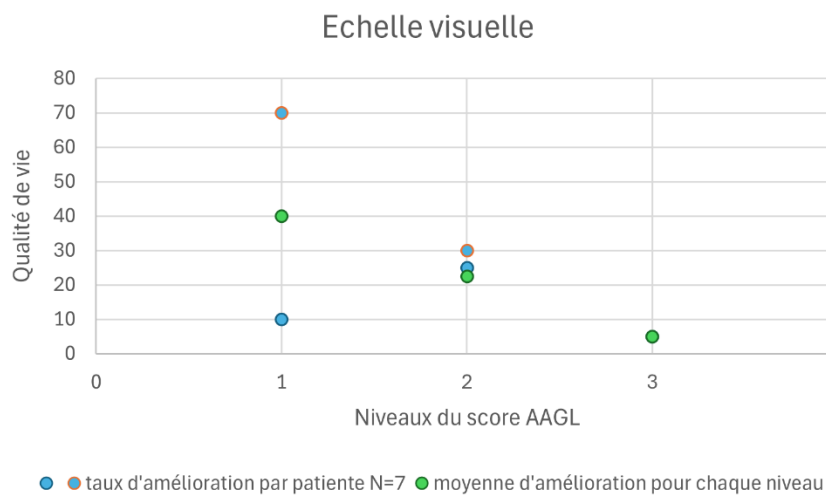


Figure 6/ Moyennes de l'amélioration de la qualité de vie du score EQVAS en fonction du score AAGL

³ Test de corrélation de Pearson

Les patientes présentent différentes améliorations, et cela pour le même score de complexité chirurgicale : plus le taux d'amélioration est élevé, plus la qualité de vie augmente. Pour un niveau de complexité chirurgicale égal à un, une patiente présente une amélioration de 10 tandis qu'une autre affiche une amélioration de 70. Au niveau deux, l'amélioration est de 25 pour une patiente et de 30 pour une autre. Pour le niveau trois, l'amélioration était de cinq. Pour le niveau quatre, une patiente obtient un gain de qualité de vie de 5 et l'autre de 55. L'ensemble des améliorations relatives à l'échelle visuelle n'est pas significatif ($p = 0,652$).

4. Discussion :

4.1. Objectifs et résultats :

Ce travail avait pour objectif principal d'évaluer l'impact d'une intervention chirurgicale sur la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose. L'étude a montré une amélioration significative au niveau de l'EHP-5 et de l'EQ5D en intra-groupe à J+3 mois après l'opération en comparaison aux évaluations menées avant l'opération.

L'objectif secondaire était d'établir s'il existe une corrélation entre le niveau des atteintes endométriosiques pelviennes et le degré d'amélioration de la qualité de vie après chirurgie. L'étude n'a pas permis de retrouver cette corrélation.

4.2. Validité externe de notre étude :

L'analyse de la littérature retrouve plusieurs études similaires à la nôtre. Ces études ont généralement inclus un effectif plus important et ont bénéficié d'un suivi sur une période plus longue.

Dans le score EHP-5 et EQ5D, plusieurs sous-groupes ont présenté une amélioration significative de la qualité de vie après chirurgie. En 2016, des travaux ont été menés au CHU de Dijon, utilisant le score EHP-30 en pré-opératoire, à trois et six mois. Cette étude, menée sur un effectif de 22 femmes, a montré une amélioration significative de la qualité de vie pour les items « douleurs », « relations sexuelles », « relation avec le monde médical », en accord avec nos résultats (14).

Une étude de 2017, conduite sur la Cohorte Inter-Régionale nord-ouest des femmes atteintes d'ENDOmétrie (CIRENDO) s'intéressait à la persistance des dyspareunies et la qualité de vie sexuelle après une chirurgie. Elle a montré que l'amélioration de la qualité de vie était significative à trois ans (sur un effectif de 215 patientes), et toujours significative à cinq ans de suivi (sur un

effectif de 88 patientes) concernant la persistance des dyspareunies. Le propos est un peu plus nuancé en ce qui concerne la qualité de vie sexuelle, qui s'améliore de façon significative à un an mais ne perdure pas à trois et cinq ans (15).

Une autre étude réalisée au centre hospitalier de Versailles en 2013, utilisant cette fois-ci l'EHP-5 et l'EQ5D, sur un effectif de 41 patientes et sur une durée de 35 mois, a montré une évolution positive significative de la qualité de vie pour les deux scores (16). Ce qui suggère qu'une étude menée sur un effectif plus grand amène à des résultats similaires aux nôtres et que l'effet de la chirurgie serait pérenne dans le temps. On peut se demander qu'elle est la part de l'effet placebo dans cette amélioration de la qualité de vie?

Une étude de 2004 menée sur un effectif de 39 patientes au Royaume-Uni, a examiné l'effet sur la douleur et la qualité de vie des femmes à tous les stades de l'endométriose subissant une chirurgie laparoscopique par rapport à une chirurgie placebo(17). Cette étude utilisée le score EQ5D et a montré une amélioration significative de la qualité de vie à six mois de la chirurgie. En conclusion, l'étude confirme que l'excision laparoscopique de l'endométriose est plus efficace que le placebo pour réduire la douleur et améliorer la qualité de vie des patients. Cependant, elle souligne également que la chirurgie est associée à un taux de réponse placebo de 30 %, indépendant de la gravité de la maladie, et qu'environ 20 % des femmes ne signalent aucune amélioration après une intervention chirurgicale pour l'endométriose. L'effet placebo de la chirurgie fait référence à l'amélioration des symptômes ou à la perception du bien-être d'un patient après avoir subi une intervention chirurgicale, qui peut être attribuée à des facteurs autres que les composants spécifiques de la procédure chirurgicale elle-même. Cet effet peut être influencé par des éléments tels que les attentes du patient, l'attention médicale reçue, le contexte psychosocial et émotionnel, ainsi que les mécanismes neurobiologiques de la réponse placebo. En d'autres termes, même si une intervention chirurgicale n'a pas de véritable efficacité médicale, elle peut quand même entraîner

une amélioration des symptômes ou du bien-être du patient en raison de l'effet placebo. Cela souligne l'importance des attentes, des perceptions et de la confiance dans le processus de guérison, en particulier dans le domaine de la chirurgie.

Pour revenir à notre étude, nous avons exclu une patiente qui à l'analyse anatomopathologique ne présentait pas de lésions d'origine endométriosique. Nous avons cependant recueilli son questionnaire avant et après la chirurgie, et elle a présenté une amélioration significative de la qualité de vie entre le pré-opératoire et le post-opératoire. Dans l'espace commentaire supplémentaire du questionnaire, la patiente a exprimé être principalement soulagée par le fait d'avoir subi une intervention chirurgicale. Or lors de l'acte chirurgical, aucun geste n'a été effectué, rien n'a été retiré. Ce résultat pourrait relever d'un effet placebo. On peut alors se demander quelle est la part de l'effet psychologique d'une prise en charge chirurgicale quelle que soit la lésion. L'effet psychologique de la chirurgie englobe les réactions émotionnelles et mentales d'un individu suite à une intervention chirurgicale. Cela peut inclure une variété de sentiments tels que l'anxiété, le soulagement, la peur ou la satisfaction. Ces réactions peuvent influencer le bien-être général et le processus de récupération du patient (18).

Notre étude n'a pas permis de vérifier notre hypothèse secondaire, à savoir que le niveau d'atteinte lésionnelle pourrait avoir une influence sur le gain d'amélioration de la qualité de vie. Plusieurs remarques peuvent être faites. Indéniablement, le très faible effectif de notre population ne nous a pas permis d'atteindre le niveau de puissance nécessaire. C'est très certainement le point clé.

Il faut ensuite s'intéresser au choix du score de gravité lésionnelle qui n'est peut-être pas le plus adapté à cette étude. Nous l'avons choisi car il classe la complexité chirurgicale en quatre catégories, tout comme « l'American Fertility Society, révisé en 1985 » (AFSr) (19) et à l'inverse de l'Enzian (20), qui ne classe pas en catégories. L'AFSr présente certaines limites, en raison de sa description

incomplète de l'endométriose profonde. L'AAGL a montré dans l'étude princeps une corrélation entre le niveau de douleur initiale et le score, mais Il n'a pas été évalué pour l'amélioration de la qualité de vie. Cependant, une revue structurée du groupe des lignes directrices de pratique de l'AAGL, parue en novembre 2023 (21), a révélé que l'EHP-5 et l'EQ5D sont des outils appropriés pour évaluer la qualité de vie dans le traitement chirurgical de l'endométriose, ce qui a motivé son utilisation dans cette étude.

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'article ayant analysé cette relation entre gravité lésionnelle et amélioration de la qualité de vie. Il nous semble cependant que ce point est particulièrement intéressant car il permettrait de savoir quelles sont les patientes qui bénéficieraient le plus d'une prise en charge chirurgicale.

Un objectif similaire au nôtre peut être retrouvé dans une étude menée entre 2004 et 2011 et publié en 2017. Les 167 patientes de cette étude ont été recrutées dans le registre régional d'Auvergne, France, sur l'endométriose. Elle avait pour but d'identifier les seuils préopératoires des composants du questionnaire SF-36 au-dessus desquels un risque élevé d'échec de la chirurgie peut être prédit, afin d'améliorer la qualité de vie après la chirurgie chez les patientes souffrant d'endométriose minimale (22). Le questionnaire AFSr était distribué la semaine précédant la chirurgie, à six mois et un an après. Toutes les patientes incluses dans l'étude étaient porteuses d'une endométriose minimale confirmée par le score AFSr et par l'analyse anatomopathologique des pièces opératoires. Il a été montré sur l'ensemble de cette population, que la chirurgie n'a réussi que dans 16% des cas à conduire vers une amélioration de la qualité de vie. Ainsi, dans les cas d'endométriose minimale, cette étude a conclu que la chirurgie entraîne un risque accru de ne pas améliorer la qualité de vie. Cela nous interroge car ces patientes ont justement été opérées pour améliorer leur qualité de vie. Existe-t-il des atteintes pour lesquelles la chirurgie n'aurait pas de bénéfices ? Ce travail, effectué

sur une population plus importante que la nôtre, a permis de fournir des résultats pertinents concernant les lésions « minimales », mais n'explore pas les autres stades de la maladie.

4.3. Limites et points forts :

En ce qui concerne les limites de cette étude, plusieurs biais ont été identifiés. L'effectif restreint de cette étude, a constitué une limitation majeure qui a entraîné une faible puissance des résultats. Cette limite est principalement due à des contraintes de temps, en particulier la difficulté à recueillir des données à deux moments distincts, tout en préservant l'anonymat des patientes. Ce processus de collecte de données n'a pas permis d'obtenir les caractéristiques démographiques détaillées de la population étudiée. Ces informations auraient été utiles pour approfondir l'analyse en comprenant mieux l'historique de la maladie et les défis rencontrés avant la chirurgie. On peut également relever un biais de retranscription, attribuable à la nature papier des questionnaires. Cette particularité a imposé un processus manuel de transfert des résultats recueillis, susceptible d'avoir engendré des inexactitudes dans la collecte et l'analyse des données. Cependant, ce biais a été compensé par de nombreuses relectures, qui ont permis d'être particulièrement vigilant lors du transfert des réponses des questionnaires.

Malgré ses limites, l'un des principaux points forts de l'étude réside dans la mise en place d'un suivi longitudinal des patientes, permettant de recueillir des données sur leur qualité de vie avant et après la chirurgie. Cette approche souligne l'importance que nous accordons au suivi continu des patientes dans le cadre de leur traitement de l'endométriose. En suivant les patientes sur une période prolongée, nous sommes en mesure d'observer de manière détaillée l'évolution de leurs symptômes et de leur qualité de vie dans leur vie quotidienne. Cette méthodologie nous permet d'obtenir des résultats pertinents et précieux sur la manière dont la chirurgie affecte les aspects de

leur vie courante, offrant ainsi des idées significatives pour la gestion et le suivi des patientes atteintes d'endométriose.

4.4. Perspectives :

Un suivi à plus long terme serait très pertinent. Cette étude se focalise sur le post-opératoire à trois mois de la chirurgie, mais ne va pas au-delà. Un suivi comparatif à six mois et à un an permettrait de déterminer si la qualité de vie continue à s'améliorer, stagne ou si une récurrence apparaît. À partir de ces constats, il serait possible d'identifier les dimensions les plus problématiques, ce qui permettrait de mettre en place une prise en charge adaptée pour pallier certains inconforts. Outre la chirurgie, des moyens peuvent être mis en place pour entretenir la qualité de vie obtenue. C'est notamment ce que proposent certains centres spécialisés dans la prise en charge de l'endométriose, avec une approche pluridisciplinaire, faisant appel à des algologues (médecin de la douleur), des sage-femmes, des kinésithérapeutes, des nutritionnistes, des psychologues, des naturopathes et des ostéopathes.

Notre point secondaire mériterait d'être développé comme un objectif prioritaire. En effet, nous l'avons vu, les données manquent dans la littérature alors que la question de la « bonne indication opératoire » est une question essentielle au quotidien dans la prise en charge des patientes. Pour aller plus loin sur cette question de « la bonne indication opératoire » il serait également intéressant d'explorer si nos patientes étaient touchées par une hypersensibilisation à la douleur. Cependant, une telle recherche aurait nécessité l'utilisation d'échelles telles que l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), ce qui aurait exigé l'approbation préalable d'un comité d'éthique.

L'hypersensibilité à la douleur est un phénomène couramment observé dans le contexte de l'endométriose. La prise en charge de cette maladie s'inscrit dans un parcours médical long et souvent complexe, caractérisé par un diagnostic tardif et une errance médicale. Ce processus peut favoriser le développement d'une symptomatologie de douleurs chroniques, qui entraîne une hyperstimulation des récepteurs de la douleur. Les personnes hypersensibles à la douleur peuvent réagir de manière exagérée à des stimuli douloureux qui seraient normalement tolérables pour d'autres personnes. Dans ce contexte, les Critères de Convergence PP (CCPP) (23) ont été développés pour fournir un cadre systématique afin d'évaluer l'hypersensibilisation à la douleur dans les douleurs pelvipérinéales chroniques. Ce cadre a été établi dans le but d'identifier les critères cliniques les plus pertinents pour déterminer la sensibilisation chez ces patients. Ces critères résultent d'un consensus d'experts, sélectionnant 10 critères qui croisent des variables liées à la sensibilisation avec des zones anatomiques spécifiques. Ils sont considérés comme évocateurs d'une sensibilisation pelvipérinéale, une condition caractérisée par des manifestations telles que l'allodynie et l'hyperalgésie. La validation psychométrique de cet outil est en cours, et un score supérieur à 5/10 est suggéré comme seuil de sensibilisation (24). Son utilisation pourrait améliorer le diagnostic et le traitement des patients souffrant de douleurs pelvipérinéales chroniques, notamment celles atteintes d'endométriose.

5. Conclusion :

Dans cette étude, nous avons examiné l'évolution de la qualité de vie des patientes après une chirurgie d'endométriose, avec un accent supplémentaire sur l'impact de la sévérité des atteintes pelviennes sur cette évolution. Les résultats ont montré une amélioration significative de la qualité de vie, mesurée à l'aide des scores EHP-5 et EQ5D, à trois mois après l'opération par rapport aux évaluations pré-opératoire. Cependant, nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la sévérité des atteintes pelviennes évaluée par le score AAGL et l'amélioration de la qualité de vie, contredisant notre hypothèse secondaire.

Malgré la taille limitée de notre échantillon, nos résultats concordent avec d'autres études similaires, suggérant une amélioration significative de la qualité de vie après chirurgie d'endométriose. Ces études, avec des effectifs plus importants et un suivi sur une période plus longue, renforcent la validité externe de nos résultats. Cependant, des questions persistent quant à la durabilité de cette amélioration et à l'effet placebo potentiel de la chirurgie, soulignant ainsi la nécessité de suivis à plus long terme et d'approches multidisciplinaires pour maintenir les gains obtenus.

En conclusion, cette étude représente une première exploration importante de l'impact de la chirurgie sur la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose. Ces résultats pourraient servir de base pour des recherches futures avec des effectifs plus importants et des suivis à plus long terme. En somme, cette étude représente une étape préliminaire prometteuse qui pourrait ouvrir la voie à des travaux plus vastes et plus approfondis dans ce domaine.

6. Références bibliographiques :

1. OMS. Endométriose [Internet]. 2023 [cité 15 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
2. EndoFrance. Association EndoFrance. 2024 [cité 8 mars 2024]. Stratégie Nationale de lutte contre l'endométriose • Association EndoFrance. Disponible sur: <https://endofrance.org/nos-actions/endofrance-ministere-affaires-sociales-sante/strategie-nationale-de-lutte-contre-lendometriose/>
3. Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Tahlak M, Keckstein J, wattiez A, et al. The epidemiology of endometriosis is poorly known as the pathophysiology and diagnosis are unclear. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 1 mars 2021;71:14-26.
4. Halme J, Hammond MG, Hulka JF, Raj SG, Talbert LM. Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstet Gynecol*. août 1984;64(2):151-4.
5. Ploteau S. Etude du lien entre l'exposition aux polluants organiques persistants et l'endométriose [Internet] [These de doctorat]. Nantes, Ecole nationale vétérinaire; 2016 [cité 6 avr 2024]. Disponible sur: <https://theses.fr/2016ONIR087F>
6. Anaïs Morisset Desmond, Martin Straub. Les invisibles. Ampelos. Vol. 1. Maisons-Laffitte; 2022. 268 p.
7. Bourdel N, Chauvet P, Canis M. Stratégies diagnostiques dans l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2018;46(3):209-13.
8. HAS. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 2 mars 2024]. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie
9. Fauconnier A, Huchon C, Chaillou L, Aubry G, Renouvel F, Panel P. Development of a French version of the Endometriosis Health Profile 5 (EHP-5): cross-cultural adaptation and psychometric evaluation. *Qual Life Res*. 2017;26(1):213-20.
10. Oxford University Innovation. Oxford University Innovation. 2016 [cité 5 mars 2024]. The Endometriosis Health Profile (EHP). Disponible sur: <https://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/endometriosis-health-profile-ehp/>
11. EuroQol. User guides [Internet]. EuroQol. 2019 [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://euroqol.org/information-and-support/documentation/user-guides/>
12. Abrao MS, Andres MP, Miller CE, Gingold JA, Rius M, Neto JS, et al. AAGL 2021 Endometriosis Classification: An Anatomy-based Surgical Complexity Score. *J Minim Invasive Gynecol*. 1 nov 2021;28(11):1941-1950.e1.
13. DATAtab Team. t-Test, khi-deux, ANOVA, Régression, Corrélation... [Internet]. 2024 [cité 9 févr 2024]. Disponible sur: <https://datatab.fr/tutorial/wilcoxon-test>

14. Selvi Dogan F, Cottenet J, Douvier S, Sagot P. Qualité de vie après chirurgie de l'endométriose pelvienne profonde : évaluation d'une version française de l'EHP-30. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* mars 2016;45(3):249-56.
15. Salome D. Impact de la chirurgie d'endométriose sur les dyspareunies et la qualité de vie sexuelle : étude de cohorte prospective multicentrique sur 5 ans de suivi [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2017 [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-7697>
16. Bailly E, Margulies AL, Letohic A, Fraleu-Louër B, Renouvel F, Panel P. Évolution des symptômes et de la qualité de vie des patientes après chirurgie de l'endométriose digestive. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 nov 2013;41(11):627-34.
17. Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P, Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: A randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril.* 1 oct 2004;82(4):878-84.
18. Orri M. Psychologie de la santé en chirurgie : facteurs psychologiques, subjectivité et émotions dans les soins chirurgicaux [Internet] [phdthesis]. Université Sorbonne Paris Cité; 2015 [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01578495>
19. Classification des lésions endometriosiques par le score AFSR [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: https://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/score_afsr_endometriose.html
20. Keckstein J, Saridogan E, Ulrich UA, Sillem M, Oppelt P, Schweppe KW, et al. The #Enzian classification: A comprehensive non-invasive and surgical description system for endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(7):1165-75.
21. Abbott J, Billow M, Gallant T, Hackett L, Kho RM, Knapman B, et al. Patient-Reported Outcome Measures Used in Randomized Controlled Trials Following Surgical Intervention for Endometriosis: A Structured Review from the AAGL Practice Guidelines Group. *J Minim Invasive Gynecol.* 1 févr 2024;31(2):71-83.e17.
22. Valentin L, Canis M, Pouly JL, Lasnier C, Jaffeux P, Aublet-Cuvelier B, et al. SF-36 preoperative interest of predicting improvement of quality of life after laparoscopic management of minimal endometriosis. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* févr 2017;46(2):137-42.
23. Quistrebert-Davanne V, Hardouin JB, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Levesque A. [Psychometric validation of Convergence criteria PP]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol.* déc 2021;31(17):1192-200.
24. Levesque A, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Labat JJ, Convergences PP Network. Clinical Criteria of Central Sensitization in Chronic Pelvic and Perineal Pain (Convergences PP Criteria): Elaboration of a Clinical Evaluation Tool Based on Formal Expert Consensus. *Pain Med Malden Mass.* 1 oct 2018;19(10):2009-15.

7. Annexes :

	Faible impact			Fort impact	
	Jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
Difficultés à marcher à cause des douleurs (=10)	3	0	2	5	0
L'impression que les symptômes réglait votre vie (n=10)	1	0	5	3	1
Changements d'humeurs (n=10)	1	2	2	4	1
Impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez (n=10)	1	0	3	3	3
Impression changement d'apparence (n=10)	4	0	3	2	1
Incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs (n=10)	1	3	4	2	0
Difficultés à s'occuper de vos enfants (n=4)	0	1	2	1	0
Sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports sexuels à cause de la douleur (n=10)	1	1	2	4	2
Sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête (n=10)	2	2	3	3	0
Décue par l'inefficacité du traitement (n=10)	4	1	3	2	0
Déprimée par l'éventualité de ne pas avoir des enfants (n=10)	3	2	1	3	0

Annexe 1 : Détail du score EHP-5 avant chirurgie

	Faible impact			Fort impact	
	Jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
Difficultés à marcher à cause des douleurs (=10)	7	1	2	0	0
L'impression que les symptômes réglait votre vie (n=10)	3	3	3	1	0
Changements d'humeurs (n=10)	3	2	2	2	1

Impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez (n=10)	2	4	2	2	0
Impression changement d'apparence (n=10)	6	0	3	1	0
Incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs (n=10)	6	1	1	2	0
Difficultés à s'occuper de vos enfants (n=4)	3	1	0	0	0
Sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports sexuels à cause de la douleur (n=10)	4	2	4	0	0
Sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête (n=10)	6	2	2	0	0
Déçue par l'inefficacité du traitement (n=10)	6	2	1	1	0
Déprimée par l'éventualité de ne pas avoir des enfants (n=10)	4	2	3	1	0

Annexe 2 : Détail du score EHP-5 après chirurgie

	Effectif (n=10)				
	Aucune difficulté/ problème	Quelques difficultés/ problèmes		Extrêmes difficultés/ problèmes	
	aucun	légers	modérés	sévères	extrêmes
Mobilité	2	1	6	1	0
Autonomie de la personne	8	2	0	0	0
Activités courantes	1	3	5	1	0
Douleurs/inconforts	0	1	1	6	2
Anxiété/Dépression	3	2	2	1	2

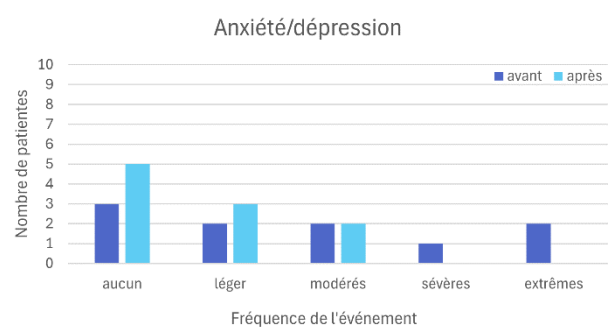
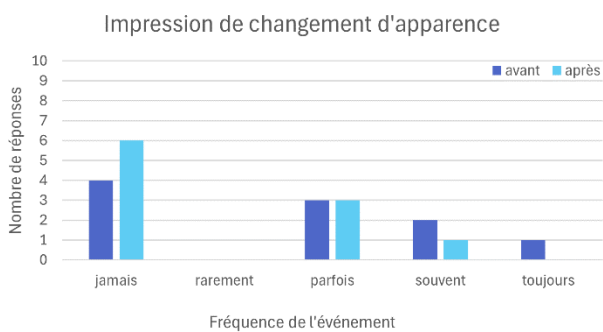
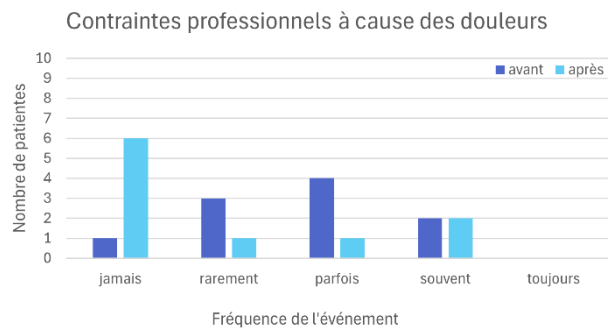
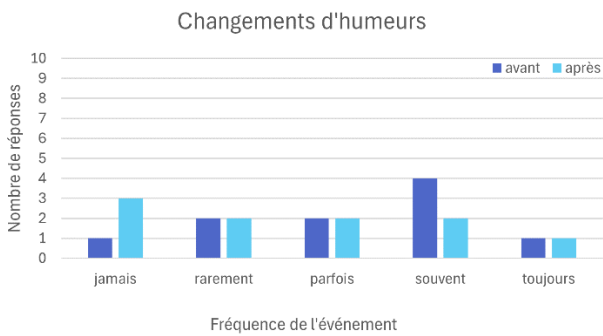
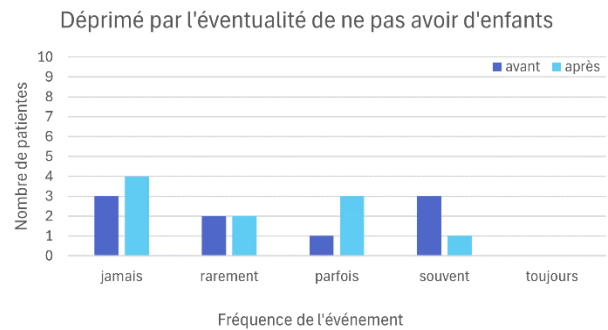
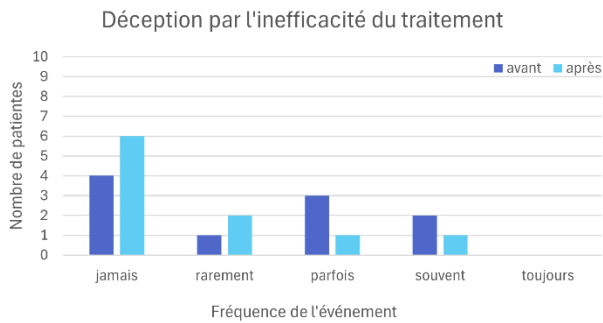
Annexe 3 : Détail du score Eq-5D avant chirurgie

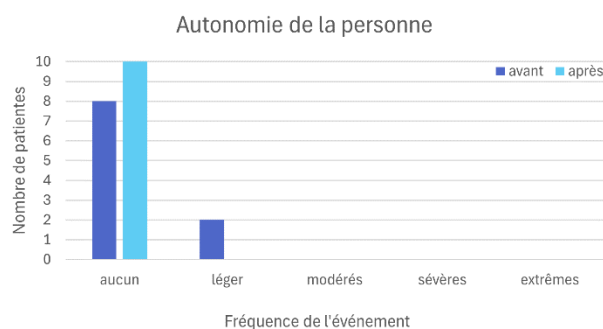
	Effectif (n=10)				
	Aucune difficulté/ problème	Quelques difficultés/ problèmes		Extrêmes difficultés/ problèmes	
	aucun	légers	modérés	sévères	extrêmes
Mobilité	8	1	1	0	0
Autonomie de la personne	10	0	0	0	0
Activités courantes	7	1	2	0	0
Douleurs/inconforts	3	4	3	0	0
Anxiété/Dépression	5	3	2	0	0

Annexe 4 : Détail du score Eq-5D après chirurgie

N=10	Avant	Après
A	80	85
B	10	80
C	35	60
D	50	80
E	80	90
F	40	95
G	50	95
H	45	80
I	60	85
J	64	70

Annexe 5: Score Eq-VAS avant et après chirurgie

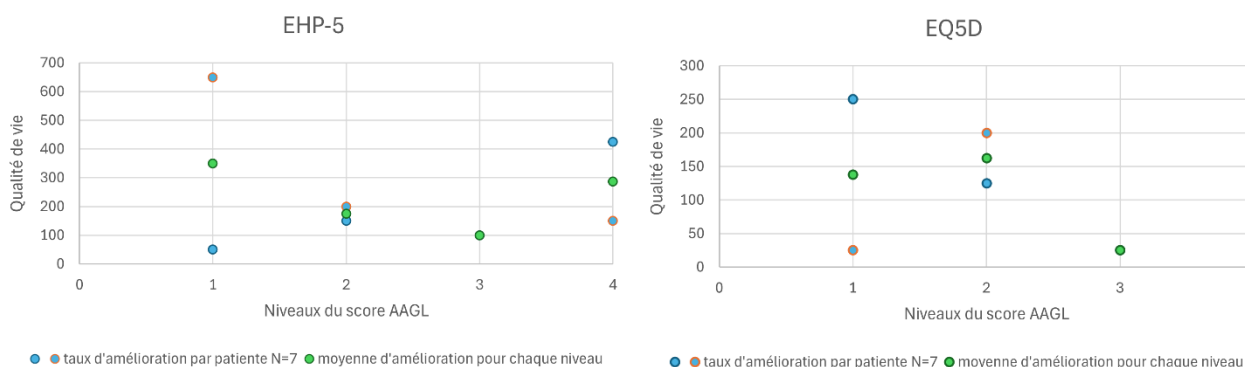




Annexe 6/ L'EHP5 et l'EQ5D avant et après la chirurgie. Distribution des réponses selon la fréquence de l'événement (non significatif)

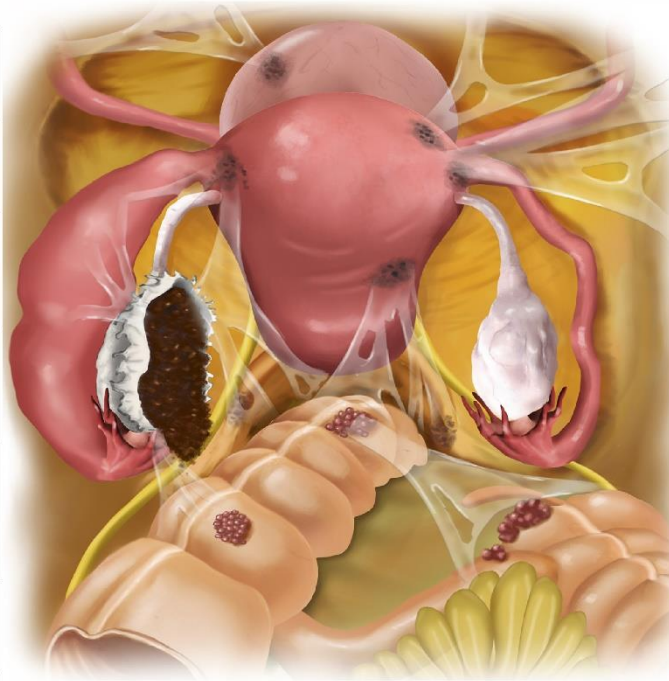
Patientes	Total EHP-5		Total EQ5D		Total EQVAS		AAGL
	avant	après	avant	après	avant	après	
A	300	200	75	50	80	85	3
B	775	125	275	25	10	80	1
C	700	550	275	150	35	60	2
D	500	300	225	25	50	80	2
E	50	0	25	0	80	90	1
F	450	25	275	0	40	95	4
G	450	75	225	25	50	95	/
H	525	450	250	125	45	80	/
I	450	200	200	75	60	85	/
J	700	550	175	150	64	70	4

Annexe 7/ Total des scores EHP5, EQ5D, EQVAS avant et après, en corrélation avec le score AAGL :



Annexe 8/ Moyennes de l'amélioration de la qualité de vie des scores EQ5D et EHP-5 en fonction du score AAGL :

Superficial	Score
< 3 cm	2
≥ 3 cm	4
Vagina (muscularis)	Score
< 3 cm	5
≥ 3 cm	8
Left Ovary	Score
Superficial	2
< 3 cm	5
≥ 3 cm	7
Left Ureter	Score
Extrinsic	6
Intrinsic	8
Hydroureter	9
Left Fallopian Tube	Score
Slight serosal involvement /damage	2
Moderate immobility	4
Severe immobility	6
Complete obstruction	7
Cul-de-sac obliteration	Score
Partial	6
Complete	9
Rectum/ Sigmoid colon	Score
< 3 cm	7
≥ 3 cm	9
Rectovaginal septum	Score
Present	8



Retrocervical	Score
< 3 cm	5
≥ 3 cm	8
Bladder/ detrusor	Score
< 3 cm	5
≥ 3 cm	7
Right Ovary	Score
Superficial	2
< 3 cm	5
≥ 3 cm	7
Right Ureter	Score
Extrinsic	6
Intrinsic	8
Hydroureter	9
Right Fallopian Tube	Score
Slight serosal involvement /damage	2
Moderate immobility	4
Severe immobility	6
Complete obstruction	7
Small bowel/ Cecum	Score
< 3 cm	6
≥ 3 cm	8
Appendix	Score
Present	5

AAGL Endometriosis Stage	Total Score
Stage 1	≤8
Stage 2	9 to 15
Stage 3	16 to 21
Stage 4	>21

Annexe 9/ score AAGL 2021 :

Bonjour à toutes, je m'appelle Alice et je suis en dernière année d'étude pour devenir Sage-femme. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude et en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, j'effectue une étude observationnelle sur l'évolution de la qualité de vie suite à une chirurgie d'endométriose.

En effet, le but de mon étude est d'étudier les bénéfices d'une chirurgie et son impact sur la qualité de vie future.

Vous pouvez choisir d'y participer ou non. Le questionnaire comporte 2 parties et se remplit approximativement en 5 minutes.

Si vous acceptez de participer, ce questionnaire vous sera distribué une première fois avant votre opération, puis dans un second temps à 3 mois après celle-ci.

Répondez de façon la plus honnête possible en exprimant ce qui semble le plus décrire votre ressenti actuel.

Les réponses sont totalement anonymes. Les données recueillies à l'aide de vos réponses seront traitées selon un score statistique qui me permettra d'établir quelle est l'évolution de la qualité de vie dans le temps suite à une intervention.

Merci beaucoup pour votre collaboration.

Alice Mussigmann, étudiante sage-femme à Grenoble. (Adresse e-mail : AMussigmann@chu-grenoble.fr)

Vos coordonnées (mails):

Numéro de questionnaire :

« J'accepte que mes réponses soit utilisées dans le cadre de la réalisation de ce mémoire »

signature :

Partie 1, veuillez compléter le tableau ci dessous :

Score EHP-5 :

→ Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois, du fait de votre endométriose...

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?					
Avez-vous l'impression que vos symptômes réglaient votre vie?					
Avez-vous eu des changements d'humeur ?					
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?					
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changé?					
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs ?					
Avez-vous trouvé difficile de s'occuper de votre (vos) enfant(s) ?					
Vous êtes-vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?					
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?					
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					
Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfant ou d'autres enfants ?					

Partie 2 : Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

MOBILITÉ

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied ☒
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied ☒
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied ☒
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied ☒
- Je suis incapable de me déplacer à pied ☒

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ☒
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ☒
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ☒
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ☒
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) ☒

ACTIVITÉS COURANTES (p. ex., travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes ☒
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes ☒
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes ☒
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes ☒
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes ☒

DOULEURS / GÊNE

- Je n'ai ni douleur ni gêne ☒
- J'ai des douleurs ou une gêne légère(s) ☒
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) ☒
- J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s) ☒
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) ☒

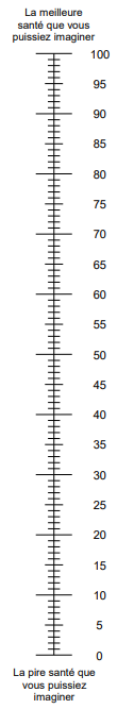
ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e) ☒
- Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ☒
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) ☒
- Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ☒
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e) ☒

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.
- 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire un X sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.

- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI =



Le questionnaire est terminé si vous avez un commentaire à faire vous pouvez vous exprimer ici :

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

Département de
Maïeutique
UGA
SECTEUR
SANTÉ Université
Grenoble Alpes