

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2018 N°148

**COMPÉTENCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN
ENDOMÉTRIOSE :
ÉVALUATION DE L'APPORT D'UNE FICHE D'AIDE
DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE**

**THÈSE D'EXERCICE EN
MÉDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 26 juin 2018
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Anne-Margaux BELAT
Née le 27 décembre 1991 à Viriat (01)

Sous la direction du Docteur Simon DUCOULOMBIER

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de	Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales	
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d’Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l’Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est
Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie

Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
LeTrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé Xavier

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean- François	
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillat	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de Conférence –
Praticiens Hospitaliers
Première classe**

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de Conférences –
Praticiens Hospitaliers
Seconde classe**

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean- Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

COMPOSITION DU JURY

PRÉSIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur François GOLFIER

MEMBRES ASSESSEURS :

Monsieur le Professeur Pascal ROUSSET

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ

Monsieur le Docteur Simon DUCOULOMBIER

MEMBRE INVITÉ :

Monsieur le Professeur Olivier BONIN

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury,

Monsieur le Professeur François GOLFIER,

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en présidant ce jury. Merci infiniment d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse, pour votre investissement et votre confiance. Merci d'avoir pris du temps dans votre planning déjà bien chargé pour me guider au fil des étapes, d'avoir eu la gentillesse de partager vos connaissances et votre réseau. Mon semestre à vos côtés a été riche et formateur et ce travail permet, je l'espère, de rendre hommage à votre service auquel je suis très attachée.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Pascal ROUSSET,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en participant à ce jury en qualité d'expert en imagerie de l'endométriome.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail, sur un sujet prévalent en médecine générale. Merci pour votre implication dans notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde estime.

Monsieur le Professeur Olivier BONIN,

Nous vous remercions de la gentillesse dont vous avez fait preuve en acceptant de faire partie de ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Simon DUCOULOMBIER,

Je te remercie d'avoir accepté si gentiment ta « promotion » comme directeur de thèse ! Merci pour ta disponibilité, tes conseils et ta gestion du stress !

Je te remercie également pour ce que tu m'as apporté en tant que chef. Tu savais prendre le temps pour nous expliquer et nous montrer. Je te souhaite de t'épanouir dans ton nouveau projet.

À ceux qui ont apporté leur contribution à ce travail,

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à notre étude

Éco, merci pour ton aide inestimable pour les stats ! Ce travail se serait avéré difficile sans tes explications, ta patience et ta disponibilité.

PE, merci d'avoir eu la gentillesse de pallier mes (grosses) lacunes dans les domaines Excel, Word et autres problèmes de mise en page...

À tous ceux venus m'entourer pour ce jour important

SOMMAIRE

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	17
2	ARTICLE	20
2.1.1	INTRODUCTION.....	20
2.2	MATÉRIEL ET MÉTHODES	22
2.2.1	Contexte organisationnel	22
2.2.1.1	Organisation générale	22
2.2.1.2	Recrutement des médecins généralistes.....	22
2.2.2	Élaboration du questionnaire	22
2.2.3	Élaboration de la fiche de synthèse	23
2.2.4	Démarche statistique	26
2.3	RÉSULTATS.....	27
2.3.1	Échantillon d'analyse.....	27
2.3.2	Progression générale des connaissances en endométriose	27
2.3.2.1	Total des deux dossiers cliniques	27
2.3.2.2	Progression sur le premier dossier clinique.....	27
2.3.3	Progression des connaissances cliniques en endométriose	29
2.3.3.1	Total des deux dossiers cliniques	29
2.3.3.2	Évolution de la connaissance de la valeur diagnostique des nodules bleutés	29
2.3.3.3	Évolution de la pratique d'un examen clinique chez une jeune patiente n'ayant jamais eu de rapports sexuels	29
2.3.4	Progression des connaissances paracliniques sur l'endométriose.....	30
2.3.4.1	Total des deux dossiers cliniques	30
2.3.5	Progression des connaissances sur le traitement de l'endométriose	30
2.4	DISCUSSION	31
3	CONCLUSIONS	37
	BIBLIOGRAPHIE.....	39
	Annexe 1 : Questionnaire sur l'endométriose envoyé aux médecins généralistes.....	43

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EEV : Échographie Endo-Vaginale

ENS : Échelle Numérique Subjective

EP : Endométriose Profonde

ESHRE : European Society of Human Reproduction and Embryology

EVA : Échelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MG : Médecins Généralistes

OP : Oestro-Progestatif

QRM : Question à Réponses Multiples

TR : Toucher Rectal

TV : Toucher Vaginal

1 INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie qui a longtemps été méconnue et sous-diagnostiquée. Elle concernerait pourtant environ 10% de la population féminine en âge de procréer (1).

Cette pathologie se manifeste principalement par des douleurs pelviennes chroniques associées à des dysménorrhées intenses et des dyspareunies profondes (2). Ces douleurs ont souvent un important retentissement fonctionnel, à l'origine de troubles de la fertilité et d'absentéisme fréquent.

L'endométriose est une maladie inflammatoire, définie par la présence ectopique d'épithélium et de stroma endométrial hors de la cavité utérine. Les localisations les plus fréquentes sont pelviennes : péritonéale, ovarienne (on parlera d'endométriome ovarien), vésicale, rectale ainsi que sur les ligaments utéro-sacrés et le ligament large. On distingue ces formes d'endométriose dites « externes » de l'endométriose interne, appelée adénomyose. Il s'agit dans ce cas de la présence d'endomètre dans le myomètre (3).

La théorie pathogénique communément admise est celle du reflux menstruel tubaire et de l'implantation, dite de Sampson (4). Les implants endométriosiques proviendraient de cellules endométriales refluant dans la cavité péritonéale par les trompes lors des menstruations et qui s'implanteraient à la surface des différents organes. Cependant, ce phénomène de reflux tubaire est physiologique et présent chez 90% des femmes ayant des trompes de Fallope perméables (5). Cette théorie ne peut donc pas à elle-seule expliquer la physiopathologie de l'endométriose.

Plus récemment, des anomalies moléculaires spécifiques ont été mises en évidence au sein de cellules endométriales eutopiques, ectopiques et du liquide péritonéal de patientes atteintes d'endométriose. Ces anomalies seraient à l'origine d'une diminution de l'apoptose des cellules endométriales (6). On constate également une concentration élevée en médiateurs de l'inflammation dans le liquide péritonéal des patientes endométriosiques, notamment en macrophages. Ces derniers sont responsables de la production de cytokines et de facteurs de croissance (7), ainsi que d'une augmentation

des phénomènes de stress oxydatif. Ces anomalies pourraient favoriser la prolifération et l'implantation des cellules endométriosiques.

L'endométriose devient une maladie lorsqu'elle est symptomatique, provoquant des douleurs chroniques et des troubles de la fertilité. Elle est alors responsable d'un important retentissement sur la qualité de vie des patientes, tant sur le plan personnel, social et sexuel, que professionnel. Des études qualitatives menées dans le but de connaître le ressenti des patientes concernant le vécu de leur maladie montrent qu'elles ont souvent eu l'impression de ne pas avoir été écoutées par les médecins qu'elles consultaient par rapport à ces douleurs (8) et notamment en soins primaires (9). Ces retards diagnostiques sont source d'angoisse pour les patientes, qui ont l'impression que leur douleur est banalisée voire normale (10). Elles souhaitent que les professionnels de santé reconnaissent leurs troubles et ne les attribuent pas à des problèmes psychologiques (11). Les études réalisées sur le sujet confortent ce ressenti, puisqu'il est mis en avant que le délai moyen de diagnostic de cette pathologie varie entre 5 et 10 ans en Europe, suivant les pays. Au Royaume-Uni, le délai moyen est de 8 ans, avec un délai minimum de 2 ans avant que le diagnostic ne soit posé. Le délai est de 10 ans en Autriche et en Allemagne (12), de 5 ans en Irlande (13).

Depuis quelques années, des associations ont vu le jour dans le but de faire connaître cette maladie par le grand public via des actions dans les médias notamment. On peut citer les associations de patientes « EndoFrance » (14), « Endomind » ainsi qu'« Info-Endométriose », à l'origine de la première campagne de sensibilisation à l'endométriose en France en mars 2016 (15).

Le but de ces associations est aussi de favoriser le dialogue entre les patientes et les professionnels de santé et de promouvoir la formation des médecins.

Ces derniers se considèrent eux-mêmes peu formés à ce sujet. On note d'ailleurs que l'endométriose ne bénéficie pas d'un item dédié dans le programme de l'Examen Classant National. Ce sujet est seulement abordé de façon indirecte dans le cadre de l'item n°39 intitulé « Algies pelviennes chez la femme » (16).

Une thèse de médecine générale réalisée en 2012 en Seine-Maritime a cherché à évaluer les connaissances des médecins généralistes (MG) au sujet de l'endométriose

(17). Il en ressort que les connaissances des MG ne sont pas suffisamment solides, que ce soit par rapport aux signes cliniques d'alerte, aux indications d'examens complémentaires ou à la thérapeutique. Seulement 37% des MG interrogés se sentaient « assez » ou « très à l'aise » par rapport à la prise en charge de l'endométriose et un médecin sur trois ne citait pas les dysménorrhées parmi les symptômes principaux. Lorsqu'ils suspectaient cliniquement une endométriose, 24% des médecins ont adressé leur patiente directement à un gynécologue pour un avis spécialisé, sans bilan complémentaire ni test thérapeutique.

Du fait des difficultés démographiques actuelles, particulièrement vis-à-vis des spécialités gynécologiques et obstétricales (18), les MG sont et vont de plus en plus être sollicités pour réaliser le suivi gynécologique de leur patiente. En raison de la prévalence de l'endométriose, de sa méconnaissance par nombre de patientes et de médecins et des répercussions de cette pathologie sur la qualité de vie des patientes, il semble primordial de renforcer la formation médicale continue des MG.

L'objectif de ce travail de thèse était de proposer un outil d'aide à la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose destinée aux praticiens de soins primaires, sous forme d'une fiche synthétique rédigée en concordance avec les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) parues en décembre 2017. Nous avons évalué le bénéfice de cette fiche pour la formation médicale continue des médecins généralistes.

2 ARTICLE

2.1.1 INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie qui a longtemps été méconnue et sous-diagnostiquée. Elle concernerait pourtant environ 10% de la population féminine en âge de procréer (1).

Cette pathologie se manifeste principalement par des douleurs pelviennes chroniques associées à des dysménorrhées intenses et des dyspareunies profondes (2). Ces douleurs ont souvent un important retentissement fonctionnel, à l'origine de troubles de la fertilité et d'absentéisme fréquent.

L'endométriose devient une maladie lorsqu'elle est symptomatique, provoquant des douleurs chroniques et des troubles de la fertilité. Elle est alors responsable d'un important retentissement sur la qualité de vie des patientes, tant sur le plan personnel, social et sexuel, que professionnel. Des études qualitatives menées dans le but de connaître le ressenti des patientes concernant le vécu de leur maladie montrent qu'elles ont souvent eu l'impression de ne pas avoir été écoutées par les médecins qu'elles consultaient par rapport à ces douleurs (8) et notamment en soins primaires (9). Ces retards diagnostiques sont source d'angoisse pour les patientes, qui ont l'impression que leur douleur est banalisée voire normale (10). Elles souhaitent que les professionnels de santé reconnaissent leurs troubles et ne les attribuent pas à des problèmes psychologiques (11). Les études réalisées sur le sujet confortent ce ressenti, puisqu'il est mis en avant que le délai moyen de diagnostic de cette pathologie varie entre 5 et 10 ans en Europe, suivant les pays. Au Royaume-Uni, le délai moyen est de 8 ans, avec un délai minimum de 2 ans avant que le diagnostic ne soit posé. Le délai est de 10 ans en Autriche et en Allemagne (12), de 5 ans en Irlande (13).

Depuis quelques années, des associations ont vu le jour dans le but de faire connaître cette maladie par le grand public via des actions dans les médias notamment. On peut citer les associations de patientes « EndoFrance » (14), « Endomind » ainsi qu'« Info-Endométriose », à l'origine de la première campagne de sensibilisation à l'endométriose en France en mars 2016 (15).

Le but de ces associations est aussi de favoriser le dialogue entre les patientes et les professionnels de santé et de promouvoir la formation des médecins.

Ces derniers se considèrent eux-mêmes peu formés à ce sujet. On note d'ailleurs que l'endométriose ne bénéficie pas d'un item dédié dans le programme de l'Examen Classant National. Ce sujet est seulement abordé de façon indirecte dans le cadre de l'item n°39 intitulé « Algies pelviennes chez la femme » (16).

Une thèse de médecine générale réalisée en 2012 en Seine-Maritime a cherché à évaluer les connaissances des médecins généralistes (MG) au sujet de l'endométriose (17). Il en ressort que les connaissances des MG ne sont pas suffisamment solides, que ce soit par rapport aux signes cliniques d'alerte, aux indications d'examens complémentaires ou à la thérapeutique. Seulement 37% des MG interrogés se sentaient « assez » ou « très à l'aise » par rapport à la prise en charge de l'endométriose et un médecin sur trois ne citait pas les dysménorrhées parmi les symptômes principaux. Lorsqu'ils suspectaient cliniquement une endométriose, 24% des médecins ont adressé leur patiente directement à un gynécologue pour un avis spécialisé, sans bilan complémentaire ni test thérapeutique.

Du fait des difficultés démographiques actuelles, particulièrement vis-à-vis des spécialités gynécologiques et obstétricales (18), les MG sont et vont de plus en plus être sollicités pour réaliser le suivi gynécologique de leur patiente. En raison de la prévalence de l'endométriose, de sa méconnaissance par nombre de patientes et de médecins et des répercussions de cette pathologie sur la qualité de vie des patientes, il semble primordial de renforcer la formation médicale continue des MG.

L'objectif de ce travail de thèse était de proposer un outil d'aide à la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose destinée aux praticiens de soins primaires, sous forme d'une fiche synthétique rédigée en concordance avec les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) parues en décembre 2017. Nous avons évalué le bénéfice de cette fiche pour la formation médicale continue des médecins généralistes.

2.2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.2.1 Contexte organisationnel

2.2.1.1 Organisation générale

Nous avons choisi de réaliser une étude analytique de type avant/après afin d'évaluer le bénéfice apporté par une fiche de synthèse sur l'endométriose aux connaissances et à la pratique des MG. La méthode a consisté à rédiger un questionnaire d'évaluation sur l'endométriose sous la forme de deux cas cliniques diffusés à un groupe de MG. Les MG devaient répondre une première fois à ce questionnaire. Une fois leur réponse reçue, ils recevaient la fiche de synthèse accompagnée du même questionnaire à remplir après avoir pris connaissance de la fiche. Nous avons alors calculé les moyennes des notes obtenues avant et après soumission de la fiche afin de déterminer les différences de moyenne.

2.2.1.2 Recrutement des médecins généralistes

Le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Lyon Sud organise tous les ans une journée de formation continue destinée aux médecins généralistes. Nous avons sollicité ces médecins, sensibilisés à la gynécologie, à l'occasion de la journée le 8 juin 2017. Les soixante-neuf médecins présents ont accepté d'être contactés par mail. A l'issue de la journée, nous avons envoyé 69 questionnaires accessibles via un lien disponible dans le mail. Il leur était demandé de répondre si possible dans la semaine suivant la réception du mail.

2.2.2 Élaboration du questionnaire

Préalablement à cette journée, une réunion d'élaboration du questionnaire a permis de rédiger deux dossiers cliniques sous forme de question à réponses multiples (Annexe 1).

Le principe de ces cas cliniques était de présenter 2 situations courantes que l'on pouvait rencontrer dans le cadre de consultation de médecine générale. Le but était de sensibiliser les MG à l'importance de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge

initiale des patientes atteintes d'endométriose et de leur faire prendre conscience de ce qui leur était possible de faire avant d'éventuellement confier la suite de la prise en charge à un spécialiste gynécologue. Il s'agissait donc de motifs de consultation fréquents pour lesquelles les patientes peuvent être amenées à solliciter leur médecin traitant. La question des indications chirurgicales n'était pas abordée puisque relevant des spécialistes.

Afin de faciliter l'analyse des réponses, nous avons divisé le déroulement des situations en trois temps : des questions sur les symptômes et l'examen clinique, des questions concernant les indications d'explorations complémentaires de première intention et des questions sur les traitements pouvant être prescrits par les MG. Par ailleurs, nous avons mis en avant, à travers des questions dédiées, deux points importants sur lesquels les recommandations insistent : la recherche de nodules bleutés lors de l'examen clinique de la patiente et la place de l'échographie dans les examens de première intention.

Le premier cas portait sur une jeune fille de 13 ans, n'ayant jamais eu de rapports sexuels, qui consultait en compagnie de sa mère pour des règles douloureuses. Il comportait 5 questions, dont 3 sur des points cliniques (symptômes et examen), 1 sur les explorations paracliniques et 1 sur la thérapeutique.

Le deuxième cas portait sur une jeune femme de 18 ans, ayant des rapports sexuels depuis six mois, sans contraception, qui consultait pour des douleurs pelviennes. Il comportait 7 questions, dont 3 sur des points cliniques, 2 sur les explorations paracliniques et 2 sur la thérapeutique.

Le questionnaire a ensuite été rédigé sur le site internet Google Form afin de pouvoir être envoyé par mail aux MG.

2.2.3 Élaboration de la fiche de synthèse

Nous avons délibérément choisi de rédiger la fiche de synthèse a posteriori des réponses au premier questionnaire, afin de cibler les points forts des connaissances des MG ainsi que les connaissances à approfondir. Nous nous sommes basés principalement sur les recommandations de l'European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) (19), en concordance avec les dernières recommandations de l'HAS et du CNGOF (20).

Il s'agissait d'une fiche au format A4 en recto, envoyée sous PDF. Ce format nous a semblé le plus adapté pour que la fiche soit facilement consultable par les MG. Elle était divisée en 3 parties, portant sur la définition, sur les points d'appel cliniques (avec un encadré spécifique sur les nodules bleutés) et sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose.

ENDOMETRIOSE EN MEDECINE GENERALE

(D'APRES LES RECOMMANDATIONS DU CNGOF ET DE L'ESHRE)

1. DEFINITION

- L'endométriose n'est une maladie que si elle est responsable de douleurs, d'infertilité ou d'une altération de la fonction d'un organe.
- Incidence mal connue : 5% à 10% ?
- Difficultés du diagnostic précoce
- **3 FORMES :**
 - **L'ENDOMETRIOSE PERITONEALE SUPERFICIELLE**
 - **L'ENDOMETRIOME OVARIEN**
 - **L'ENDOMETRIOSE SOUS-PERITONEALE PELVIENNE PROFONDE (EP) :** cul-de-sac vaginal postérieur, ligaments utérosacrés, tube digestif (rectum, sigmoïde, appendice, caecum et iléon), vessie, uretères, utérus.

2. POINTS D'APPEL CLINIQUES

- **Antécédents familiaux :** Risque x 5 de développer une endométriose pour les apparentées au 1er degré d'une femme malade.
- **Principaux symptômes évocateurs de l'endométriose :** dysménorrhée sévère ($\geq 8/10$), signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale, infertilité. Mesurer leur intensité par l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique subjective (ENS), leur retentissement (utilisation d'antalgiques ? absentéisme scolaire ? absentéisme au travail ? questionnaire de qualité de vie EHP30 ou EHP5 ?).
Symptômes de l'EP : dyspareunie profonde, douleur à la défécation à recrudescence cataméniale.
- **En cas de douleurs pelviennes chroniques :** rechercher une EP si douleur à la défécation pendant les règles ou dyspareunie profonde intense.
- **Examinez alors vos patientes.** Patientes vierges : inspection vulvaire, pas de toucher vaginal, ni spéculum.

Avez-vous vu le cul-de-sac postérieur du vagin derrière le col ?

Le cul-de-sac postérieur est difficile à visualiser ? Il est d'autant plus important de chercher à voir d'éventuels **nodules bleutés**

Vous n'arrivez pas à le voir ?

Allez palper par le TV cette **zone rétrocervicale** pour rechercher un **nodule du vagin ou du cul de sac de Douglas** ou des **ligaments utérosacrés**, une **douleur** à la palpation de cette zone rétrocervicale

En présence de ces signes, des explorations complémentaires sont recommandées.

3. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

- **Si endométriose possible et douloureuse, sans symptômes d'EP :**
 - Pas d'échographie pelvienne en 1^{ère} intention (sauf désir de grossesse ou infertilité)
 - Traitement symptomatique : Antalgiques (paracétamol et/ou AINS) + oestroprogestatifs (OP) ou microprogestatifs ou DIU au levonorgestrel
 - Echographie pelvienne si échec du traitement symptomatique.
La recherche d'une endométriose n'est pas nécessaire en cas d'efficacité du traitement hormonal en l'absence de symptômes d'EP ou d'infertilité
- **Si symptômes d'EP :**
 - Examen clinique par clinicien expérimenté
 - Echographie pelvienne par opérateur entraîné
 - Pas d'IRM en 1^{ère} intention
 - Traitement symptomatique en attendant : Antalgiques (paracétamol et/ou AINS) + oestroprogestatifs (OP) ou microprogestatifs ou DIU au Levonorgestrel

2.2.4 Démarche statistique

Notre échantillon d'analyse comportait 30 sujets (sur les 69 médecins contactés). Nous avons pu supposer que la distribution des résultats suivait une loi normale. Ainsi, pour chaque catégorie de résultats, nous avons testé la normalité de la distribution des valeurs à l'aide du test de Shapiro-Wilk (seuil α de 0,05).

Si la distribution normale était respectée ($p > 0,05$), nous avons alors comparé les différences de moyenne à l'aide du test T de Student pour échantillons appariés avec un seuil α de 0,05. Si la valeur $|T|$ était supérieure à 2.045, on pouvait conclure que les moyennes étaient significativement différentes, ce qui permettait de calculer le η^2 pour connaître la taille de l'effet des résultats.

L'effet est considéré de grande taille lorsque le η^2 est égal ou supérieur à 0,14 et de petite taille lorsqu'il est autour de 0,01.

Si la distribution des valeurs n'était pas compatible avec une distribution normale ($p < 0,05$), nous avons effectué un test non-paramétrique de Wilcoxon (seuil α de 0,05).

Les statistiques et les données ont été traités à l'aide du site internet « Statistical Tools For High-Throughput Data Analysis (STHDA) » et du logiciel Microsoft Excel. La valeur de $p < 0,05$ a été retenue comme seuil de significativité statistique.

2.3 RÉSULTATS

2.3.1 Échantillon d'analyse

A l'issue de la journée de formation du 8 juin 2017, le lien pour le questionnaire a été envoyé par mail à 69 médecins généralistes. Quarante et un ont répondu au premier envoi du questionnaire. Ils ont ensuite reçu la fiche de synthèse sur l'endométriose et le lien pour répondre une deuxième fois au questionnaire. Trente médecins (43% des envois initiaux) ayant répondu deux fois au questionnaire, avant et après diffusion de la fiche, ont constitué l'effectif de l'échantillon d'analyse.

2.3.2 Progression générale des connaissances en endométriose

2.3.2.1 Total des deux dossiers cliniques

La note maximale pouvant être obtenue au total des deux cas cliniques était de 41. La moyenne des notes pour le total des deux cas était de 12 et de 17,3 respectivement avant et après diffusion de la fiche, soit une différence de 5,3 statistiquement significative avec $p < 0,05$ et IC = [3,6-7,0]. Le test de Student retrouvait un T à 6,4 avec un η^2 de 0,6 correspondant à un effet de grande taille. Avant diffusion de la fiche, la note minimale était de 3 et la note maximale était de 20. Après diffusion de la fiche, la note minimale était de 7 et la note maximale de 24. Trois médecins évalués ont obtenu moins de points au post-test qu'au pré-test, en passant respectivement de 11 à 10/41, 12 à 10/41 et 14 à 10/41. Deux médecins ont obtenu les mêmes notes avant et après (20/41 et 7/41).

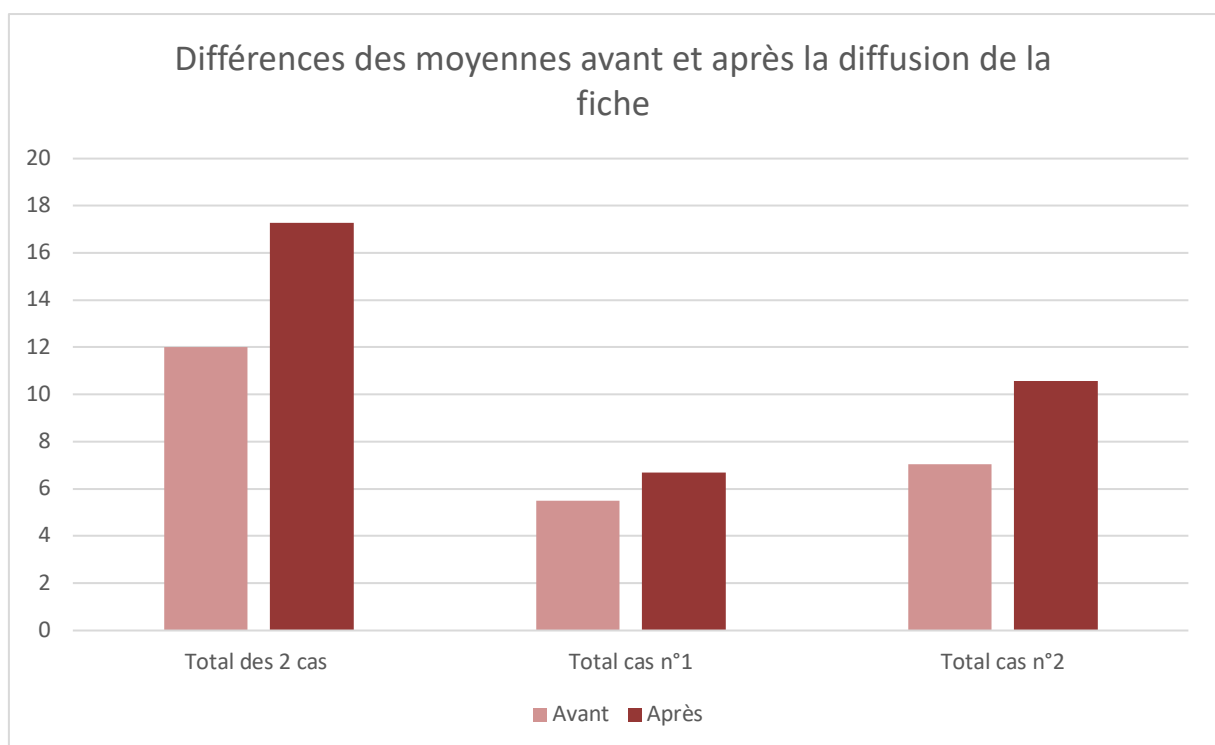
2.3.2.2 Progression sur le premier dossier clinique

Pour le premier cas, la note maximale pouvant être obtenue était de 18. La différence des moyennes était de 1,2 (5,5 avant et 6,7 après soumission de la fiche) avec $p < 0,05$, IC = [0,2-2,2], T = 2,5 et $\eta^2 = 0,2$. Avant diffusion de la fiche, la note minimale était de 1, la note maximale de 11. Après diffusion de la fiche, la note minimale était de 3, la note maximale de 11.

3.2.3 Progression sur le deuxième dossier clinique

Pour le deuxième cas, la note maximale pouvant être obtenue était de 23. La différence des moyennes était de 3,6 (7 avant et 10,6 après soumission de la fiche) avec $p < 0,05$, $IC = [3,1-5,0]$, $T = 8,6$ et $\eta^2 = 0,7$. Avant diffusion de la fiche, la note minimale était de 2, la note maximale de 12. Après diffusion de la fiche, la note minimale était de 4, la note maximale de 15.

Les moyennes avant et après la diffusion de la fiche étaient statistiquement différentes.



	Moyenne avant	Moyenne après	Différence des moyennes	IC	p-value	Test T de Student	η^2
Total	12	17,3	5,3	[3,6-7]	< 0,05	6,4	0,6
Cas n°1	5,5	6,7	1,2	[0,2-2,2]	< 0,05	2,5	0,2
Cas n°2	7	10,6	3,6	[3,1-5,0]	< 0,05	8,6	0,7

2.3.3 Progression des connaissances cliniques en endométriose

2.3.3.1 Total des deux dossiers cliniques

La note maximale pouvant être obtenue pour les questions portant sur la clinique était de 29.

La moyenne des notes pour le total des deux cas avant et après diffusion de la fiche était respectivement de 7,0 et de 10,3. La différence de 3,3 points était statistiquement significative ($p < 0,05$ et IC = [1,9-4,7]). Le test de Student retrouvait un T à 4,9 avec une valeur η^2 de 0,5.

2.3.3.2 Évolution de la connaissance de la valeur diagnostique des nodules bleutés

La question portant sur les nodules bleutés (« Quel élément de votre examen clinique affirmerait le diagnostic d'endométriose ? ») était évaluée sur 1 point. La moyenne des notes avant et après soumission de la fiche était de 0,3 et 0,9 respectivement, soit une différence de 0,6. Les données n'étant pas compatible avec une distribution normale, le test de Wilcoxon a été utilisé et retrouvait une différence statistiquement significative ($p < 0,05$).

2.3.3.3 Évolution de la pratique d'un examen clinique chez une jeune patiente n'ayant jamais eu de rapports sexuels

À la deuxième question du premier cas notée sur 1 point « Réalisez-vous un examen clinique (chez une jeune fille de 13 ans qui consulte pour ses règles douloureuses en compagnie de sa mère et qui n'a jamais eu de rapports sexuels) ? », la moyenne des notes avant et après soumission de la fiche était de 0,8 et 0,6 respectivement, soit une différence de - 0,2 avec $p = 0,1$ au test de Wilcoxon.

2.3.4 Progression des connaissances paracliniques sur l'endométriiose

2.3.4.1 Total des deux dossiers cliniques

La note maximale pouvant être obtenue pour les questions portant sur les explorations complémentaires était de 5 points. La moyenne des notes avant et après diffusion de la fiche était respectivement de 1,8 et de 2,7, soit une différence de 0,9 points statistiquement significative ($p < 0,05$ selon le test de Wilcoxon).

3.4.2 Connaissance sur le place de l'échographie

La question portant particulièrement sur la place de l'échographie dans la démarche diagnostique (« Quel examen d'imagerie complémentaire prescrivez-vous ») était évaluée sur 1 point. La moyenne des notes avant et après diffusion de la fiche était respectivement de 0,1 et 0,7, soit une différence de 0,6 points statistiquement significative ($p < 0,05$ selon le test de Wilcoxon).

2.3.5 Progression des connaissances sur le traitement de l'endométriiose

La note maximale pouvant être obtenue pour les questions en lien avec les traitements était de 7 points. La moyenne des notes pour le total des deux cas avant et après diffusion de la fiche était respectivement de 3,2 et de 4,2, soit une différence de 1 point statistiquement significative ($p < 0,05$ et IC = [0.5-1.7]). Le test de Student retrouvait un T à 3,7 avec une valeur η^2 de 0,3.

2.4 DISCUSSION

Notre enquête retrouve des notes en pré-test qui peuvent sembler basses, avec une moyenne de 12/41. La population concernée était pourtant constituée de médecins généralistes que l'on peut considérer comme sensibilisés à la gynécologie, puisqu'ils venaient participer à une formation sur ce sujet. Ces résultats sont cependant en cohérence avec les données de la littérature.

L'endométriose est une maladie fréquente mais de diagnostic difficile. Malgré la publication de recommandations nationales et internationales, la prise en charge reste souvent compliquée tant sur le plan du diagnostic que sur les indications des examens complémentaires appropriés et des traitements.

Une étude réalisée en 2005 par Huntington insiste sur la nécessité pour les MG d'avoir un niveau de suspicion plus élevé afin de réduire le délai diagnostic de l'endométriose (21).

Nos résultats sont en cohérence avec l'impression générale des MG de ne pas être assez formés à la question de l'endométriose, comme le montre l'enquête de Quibel réalisée en 2012 qui évaluait les connaissances des MG à ce sujet. Cette enquête révèle que deux-tiers des médecins généralistes interrogés se considèrent « peu » ou « pas du tout à l'aise » au sujet de l'endométriose (17), argument qui renforce la nécessité de mieux former les praticiens.

Cependant, ces notes s'expliquent aussi par notre système de cotation lors de la correction des réponses au questionnaire. Les questions portant sur les éléments d'orientation diagnostique à rechercher pendant l'interrogatoire (Questions 1.1 et 2.1) étaient des questions ouvertes avec de nombreuses réponses possibles. Chacune de ces réponses possibles comptait pour 1 point, ce qui représentait 9 points pour la question 1.1 et 11 points pour la question 2.1. Il semblait donc difficile d'obtenir la totalité des points dans le cadre de ces questions ouvertes.

Pour les Questions à Réponses Multiples portant sur les examens complémentaires (Questions 1.4 et 2.4 : « Prévoyez-vous, à ce stade, de prescrire des examens complémentaires ? »), nous avons compté comme réponses justes à la fois « aucun » ainsi que les examens qu'il était possible de demander, puisque les deux attitudes se justifiaient. Cette ambiguïté possible dans l'interprétation peut expliquer que la moyenne post-test des questions en lien avec les examens complémentaires ne soit que de 2,7/5.

Il nous semble toutefois important de rappeler que le but de ce questionnaire n'était pas d'évaluer les connaissances des MG mais bien la création de la fiche de synthèse. Les notes brutes des médecins ne sont donc pas le sujet de notre analyse mais bien la différence des notes avant et après la diffusion de la fiche.

Une amélioration statistiquement significative des connaissances des MG sur cette pathologie a été mise en évidence grâce à notre enquête, aussi bien pour les questions sur les symptômes et l'examen clinique que les questions sur les explorations complémentaires et les traitements.

Sur le plan du design de l'étude, nous n'avons pas de groupe contrôle. Nous ne pouvons donc pas conclure que l'amélioration des moyennes soit statistiquement la conséquence de la diffusion de notre fiche. Il semblait bien sûr difficile de solliciter des médecins pour faire partie d'un groupe « contrôle » car cela aurait consisté à leur demander de faire deux fois le questionnaire sans bénéficier de l'envoi de la fiche, alors qu'ils sont déjà beaucoup sollicités pour des travaux de thèse.

On constate cependant une différence statistiquement significative entre les moyennes avant et après. On peut alors extrapoler que cette différence soit la conséquence de la fiche car c'était, à notre connaissance, la seule variable pouvant modifier les connaissances des MG sur l'endométriose. Il semble donc bien que notre fiche ait un intérêt dans l'amélioration des connaissances des MG sur l'endométriose et puisse être un outil pour la formation médicale continue, bien que cela ne soit pas prouvé de façon statistique.

Le premier cas a été globalement moins réussi que le deuxième (différence de moyenne respectivement de 1,2/18 et 3,6/23). Les trois médecins qui ont obtenu moins de points au post-test qu'au pré-test ont tous progressé au deuxième cas mais perdu des points sur le premier.

La question portant sur la réalisation d'un examen clinique chez cette adolescente n'ayant jamais eu de rapports sexuels (Question 1.2 : « Réalisez-vous un examen clinique ? » avec comme réponse attendue « oui ») est la seule pour laquelle la différence des moyennes est négative (-0,2/1), correspondant à une régression en post-test. Il faut donc insister sur l'importance de « la réalisation d'un examen clinique et

pelvien si possible » dans toutes les situations où une endométriose est suspectée, comme il est précisé dans les recommandations de l’HAS (22).

La question suivante « Quelles étapes de votre examen clinique pourraient vous orienter sur les origines de cette dysménorrhée ? » était conditionnée par une réponse positive à la question 1.2. On explique donc les raisons de la moindre réussite au premier dossier clinique.

La différence de moyenne entre le pré- et le post test a été de 0,6 point sur 1 pour la question 2.3 portant sur la constatation de nodules bleutés lors de l’examen clinique (« Quel élément de votre examen clinique affirmerait le diagnostic d’endométriose ? »). L’encadré de la fiche spécifiquement dédié à cet élément a semble-t-il bien mis en valeur l’importance de la recherche de ces nodules bleutés.

Les données de la littérature au sujet de la réalisation et des éléments à rechercher lors de l’examen clinique concernent uniquement des populations de patientes très sélectionnées, recrutées dans des centres experts d’endométriose dans lesquels exercent des praticiens référents. Il n’existe à ce jour pas d’étude s’intéressant à la valeur de l’examen clinique de première ligne. Il nous a cependant semblé intéressant d’insister sur la recherche des nodules bleutés lors de l’examen sous speculum car c’est un élément visuel pathognomonique, retrouvé dans 5 à 17% des séries (23–25).

La progression à la sixième question du deuxième cas portant spécifiquement sur la place de l’échographie (« Quel examen d’imagerie complémentaire prescrivez-vous ? ») montre une amélioration statistiquement significative avec une différence de 0,6 point/1.

Dans notre fiche, nous avons indiqué qu’il était possible de prescrire un traitement médical sans systématiquement réaliser d’échographie pelvienne d’emblée en cas de symptômes compatibles avec l’endométriose (dysménorrhée, douleur pelvienne) sans signes d’endométriose profonde. Cette attitude nous semble adaptée et licite dans une pratique de soins de premier recours, particulièrement chez des patientes jeunes, peu symptomatique et n’ayant jamais eu de rapports sexuels. C’est ce que nous voulions illustrer par la question 1.4., tout en admettant bien entendu que la prescription d’une échographie soit possible.

Les dernières recommandations de l'HAS, publiées après la rédaction et l'envoi de notre fiche, suggèrent cependant de réaliser une échographie pelvienne de première ligne chez les patientes consultant pour des symptômes douloureux pelviens chroniques, en l'absence de symptômes localisateurs d'endométriose profonde. L'échographie a montré son efficacité par rapport à l'examen clinique seul, aussi bien pour la détection des atteintes ovariennes (26) que celles des ligaments utéro-sacrés, de la cloison recto-vaginale (27), vésicales et digestives (28,29). Cet examen est facile d'accès en soins primaires, peu coûteux et réalisable chez des patientes vierges (réalisation d'une échographie abdomino-pelvienne sans recours à la sonde endo-vaginale).

En cas de suspicion d'endométriose profonde, les examens à réaliser sont une échographie endo-vaginale (EEV) de seconde intention réalisée par un échographiste référent et/ou une IRM pelvienne. D'après une revue de la Cochrane en 2016, ni l'EEV ni l'IRM ne peuvent remplacer la chirurgie, qui reste le gold-standard diagnostique de l'endométriose (30). Toujours d'après cette revue, l'EEV a une spécificité équivalente mais une sensibilité moindre que l'IRM pour le diagnostic d'endométriose ovarienne alors que pour l'endométriose profonde, elle a une bien meilleure spécificité que l'IRM (94% vs 77%). L'IRM a cependant une sensibilité supérieure dans ces atteintes (94% vs 79%). Aucune étude n'a étudié la valeur de ces deux examens associés qui semblent cependant complémentaires. Le protocole de l'IRM pelvienne doit comprendre des séquences en T2 et T1, sans et avec saturation de graisse. L'injection de gadolinium est utile pour caractériser des masses ovariennes complexes (31). L'opacification vaginale et rectale est une option mais est utile en l'absence de préparation digestive préalable (22).

Vingt-quatre médecins sur les trente ont répondu qu'ils prescriraient une pilule oestro-progestative (OP) en continu à la septième question du deuxième cas (« Quelle(s) adaptation(s) simple(s) du traitement hormonal pouvez-vous lui proposer [devant la suspicion d'une endométriose profonde avec des douleurs persistantes malgré la prescription d'une contraception oestro-progestative et d'AINS] ? »). Ceci explique que la moyenne post-test des questions en lien avec le traitement ne soit que de 4,2/7 points.

Conformément aux dernières recommandations, nous avons retenu comme réponse juste la prescription d'un micro-progestatif ou d'un DIU aux progestatifs car la prescription d'une pilule OP en continu est une prescription hors-AMM. Aucune étude n'a montré la supériorité de la prise d'une contraception OP en continu par rapport à une prise cyclique sur la réduction de la douleur (32), hormis pour les dysménorrhées chez les patientes opérées (33). Les études n'ont pas montré d'efficacité de la prise continue sur la réduction des douleurs pelviennes chroniques ni sur les dyspareunies (34). L'arrêt du traitement est plus fréquent avec le schéma continu que discontinu (35).

Il existe cependant une pilule OP récemment commercialisée sous un format permettant la prise en continu. Elle contient 84 comprimés avec du lévonorgestrel et de l'éthinylestradiol et 7 comprimés avec de l'éthinylestradiol à prendre sans arrêt et permettant ainsi d'éviter la chute hormonale secondaire à la prise des placebos habituels.

Notre taux de retour de 43% est satisfaisant puisqu'on estime en général à seulement 25 % les taux de retour des enquêtes par questionnaire (36).

Du fait de la sélection de notre échantillon de MG lors d'une journée de formation consacrée exclusivement au domaine de la gynécologie, notre étude présente un biais de recrutement. Nous pouvons considérer que notre échantillon présente un niveau de connaissance supérieur à la plupart des MG sur les problématiques liées à la gynécologie et donc sur l'endométriose. L'enquête de Quibel (17) a montré que le fait d'avoir participé à des formations en gynécologie au cours des cinq dernières années était un facteur associé à la probabilité d'avoir de meilleurs résultats aux questions. On peut donc s'attendre à ce que les notes obtenues par des médecins moins sensibilisés aux problématiques de la gynécologie soient inférieures aux notes obtenues par notre échantillon de médecin lors du pré-test. Se pose alors la question de la validité externe de nos résultats. Est-ce que ces médecins progresseraient mieux grâce à notre fiche car il y aurait plus de marge de progression ? Ou du fait d'un probable intérêt moindre pour le sujet, la fiche aurait un moindre impact sur leur connaissance ? Il semblerait intéressant de tester de nouveau la fiche sur un public moins sélectionné.

Il existe aussi un biais lié à la correction des questionnaires puisque ceux-ci ont été corrigés par un des instigateurs de l'étude. Il faut donc prendre en compte un possible biais d'interprétation. Cela concerne le cas de réponses ne correspondant pas exactement à des termes apparaissant dans notre correction (notamment pour les questions ouvertes concernant les questions à poser lors de l'entretien qui orientent vers l'endométriose).

Il est envisageable que les MG aient fait le post-test en s'aidant directement de la fiche pour répondre puisqu'ils réalisaient le questionnaire en ligne seuls, sans la présence d'un correcteur. Mais cette méthode de réponse était voulue de notre part. Nous souhaitons que notre outil soit le plus facile d'utilisation au quotidien. Les médecins doivent en permanence renouveler leurs connaissances et nous savons qu'il est difficile de tout retenir. Cette fiche a été conçue pour pouvoir être utilisée comme « aide-mémoire » afin d'être facilement consultable. Notre méthode d'évaluation se voulait proche de la pratique quotidienne des MG, c'est-à-dire qu'il leur était possible de répondre au questionnaire en consultant la fiche.

Notre étude confirme l'impression générale de la nécessité de renforcer les connaissances des acteurs de soins primaires sur l'endométriose. Les moyens pour y parvenir pourraient être d'intégrer cette pathologie spécifiquement au programme de la formation initiale des étudiants en médecine et le recours à des outils de formation continue, comme la fiche que nous étudions.

Malgré les limites évoquées, les résultats de notre étude suggèrent que la diffusion de notre fiche ait permis d'améliorer les connaissances des médecins généralistes de notre échantillon sur la prise en charge de l'endométriose. Il semblerait intéressant d'évaluer cette fiche sur une population plus importante constituée de médecins généralistes qui ne soient pas sensibilisés à la gynécologie et de comparer cette population à un groupe « contrôle » qui ne bénéficierait pas de l'accès à la fiche.

3 CONCLUSIONS



Nom, prénom du candidat : **BELAT Anne-Margaux**

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie fréquente chez les femmes en âge de procréer. Elle se manifeste principalement par des douleurs qui peuvent avoir une répercussion importante sur la qualité de vie des patientes. La littérature rapporte qu'il existe souvent un retard diagnostique de plusieurs années. L'optimisation du diagnostic et du traitement de l'endométriose passe par la sensibilisation du médecin traitant à la démarche diagnostique et thérapeutique initiale.

OBJECTIF

Nous avons rédigé une fiche d'aide à la prise en charge diagnostique et thérapeutique destinée aux médecins généralistes. Notre étude a consisté à évaluer son intérêt dans l'amélioration de leur pratique.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude analytique de type avant/après en soumettant à un groupe de médecins généralistes recrutés lors d'une journée de formation en gynécologie un questionnaire sur l'endométriose sous forme de 2 dossiers cliniques. Une fiche synthétique concordante avec les dernières recommandations de pratique leur a été ensuite diffusée en leur demandant de répondre à nouveau au même questionnaire. Nous avons alors calculé les moyennes des notes obtenues avant et après soumission de la fiche.



RESULTATS ET DISCUSSION

Trente médecins généralistes ont répondu au questionnaire avant et après la diffusion de la fiche. La moyenne pour le total des deux dossiers est passée de 12 à 17,3/41. Ils ont significativement augmenté leur note de 5,3 points. Pour le premier cas qui portait sur une adolescente présentant des dysménorrhées et n'ayant pas de rapports sexuels, la différence des moyennes était de 1,2 (moyenne de 5,5 avant et 6,7/18 après). Pour le deuxième cas qui portait sur une jeune femme se plaignant de douleurs pelviennes gênantes, la différence des moyennes était de 3,6 (moyenne de 7 avant et 10,6/23 après). Pour les questions en lien avec la clinique, la différence était de 0,6 sur un total de 29 points alors qu'elle était de 0,3 sur un total de 5 points pour celles en lien avec les explorations paracliniques.

CONCLUSION

La fiche évaluée semble améliorer la pratique des médecins généralistes et pourrait être un outil intéressant pour la formation médicale continue en endométriose. Il pourrait être pertinent d'évaluer cette fiche chez un groupe de médecins généralistes moins sensibilisés à la gynécologie.

CENTRE HOSPITALIER LYON SUD
165 Chemin du Grand Revoyet
69495 Pierre Bénite Cedex
N° FINESS : 690 784 137
chirurgie Gynécologique et Cancérologique
Obstétrique
Professeur François GOLFIER
PU - PH - Chef de Service
Tél. 04 78 86 41 79

**Le Président de la thèse,
Pr GOLFIER François**

Vu :
**Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 24 MAI 2018

BIBLIOGRAPHIE

1. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* juin 1997;24(2):235-58.
2. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* oct 2008;115(11):1382-91.
3. Velemir L, Krief M, Matsuzaki S, Rabischong B, Jardon K, Botchorishvili R. Physiopathologie de l'endométriose. In: *Encyclo Méd Chir, Gynécologie [149-A-05]*, 2008 [Internet]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/178873/physiopathologie-de-l-endometriose>
4. Sampson JA. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. *Am J Pathol.* mars 1927;3(2):93-110.43.
5. 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.
6. Dmowski WP, Ding J, Shen J, Rana N, Fernandez BB, Braun DP. Apoptosis in endometrial glandular and stromal cells in women with and without endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl.* sept 2001;16(9):1802-8.
7. Harada T, Iwabe T, Terakawa N. Role of cytokines in endometriosis. *Fertil Steril.* juill 2001;76(1):1-10.
8. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* juin 2004;25(2):123-33.
9. Denny E, Mann CH. Endometriosis and the primary care consultation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juill 2008;139(1):111-5.
10. Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs.* juin 2004;46(6):641-8.
11. Dancet EAF, Apers S, Kremer JAM, Nelen WLDM, Sermeus W, D'Hooghe TM. The patient-centeredness of endometriosis care and targets for improvement: a systematic review. *Gynecol Obstet Invest.* 2014;78(2):69-80.
12. 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 Oxf Engl.* déc 2012;27(12):3412-6.

13. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, Nardone F de C, Nardone C de C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril.* août 2011;96(2):366-373.e8.
14. ENDOFRANCE - Association française de lutte contre l'endométriose [Internet]. ENDOFRANCE. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.endofrance.org/>
15. Endométriose - Info endométriose [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.info-endometriose.fr/>
16. Haute Autorité de Santé - UE 2 : De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - l'adolescent (21-52) [Internet]. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608425/fr/ue-2-de-la-conception-a-la-naissance-pathologie-de-la-femme-heredite-l-enfant-l-adolescent-q21-52
17. Quibel A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose par les médecins généralistes de Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen-Normandie; 2012.
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [En ligne] [Internet]. 2017 [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
19. Dunselman G a. J, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 1 mars 2014;29(3):400-12.
20. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. Recommandations pour la pratique médicale - Endométriose [Internet]. 2006 [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_15.HTM
21. Huntington A, Gilmour JA. A life shaped by pain: women and endometriosis. *J Clin Nurs.* oct 2005;14(9):1124-32.
22. Haute Autorité de Santé, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. Prise en charge de l'endométriose - Recommandations [En ligne] [Internet]. 2017 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf

23. Riazi H, Tehranian N, Ziaei S, Mohammadi E, Hajizadeh E, Montazeri A. Clinical diagnosis of pelvic endometriosis: a scoping review. *BMC Womens Health*. 8 mai 2015;15:39.
24. Chapron C, Dubuisson J-B, Pansini V, Vieira M, Fauconnier A, Barakat H, et al. Routine clinical examination is not sufficient for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. mai 2002;9(2):115-9.
25. Panel P, Renouvel F. Prise en charge de l'endométriose : évaluation clinique et biologique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. avr 2007;36(2):119-28.
26. Bazot M, Lafont C, Rouzier R, Roseau G, Thomassin-Naggara I, Daraï E. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*. déc 2009;92(6):1825-33.
27. Hudelist G, Ballard K, English J, Wright J, Banerjee S, Mastoroudes H, et al. Transvaginal sonography vs. clinical examination in the preoperative diagnosis of deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. avr 2011;37(4):480-7.
28. Abrao MS, Gonçalves MO da C, Dias JA, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl*. déc 2007;22(12):3092-7.
29. Nisenblat V, Bossuyt PMM, Farquhar C, Johnson N, Hull ML. Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 26 févr 2016;2:CD009591.
30. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A, et al. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol*. juill 2017;27(7):2765-75.
31. Thomassin-Naggara I, Toussaint I, Perrot N, Rouzier R, Cuenod CA, Bazot M, et al. Characterization of complex adnexal masses: value of adding perfusion- and diffusion-weighted MR imaging to conventional MR imaging. *Radiology*. mars 2011;258(3):793-803.
32. Mabrouk M, Solfrini S, Frascà C, Del Forno S, Montanari G, Ferrini G, et al. A new oral contraceptive regimen for endometriosis management: preliminary experience with 24/4-day drospirenone/ethinylestradiol 3 mg/20 mcg. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol*. juin 2012;28(6):451-4.

33. Muzii L, Di Tucci C, Achilli C, Di Donato V, Musella A, Palaia I, et al. Continuous versus cyclic oral contraceptives after laparoscopic excision of ovarian endometriomas: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. févr 2016;214(2):203-11.
34. Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, Vicenzi C, Frascà C, Elmakky A, et al. Post-operative use of oral contraceptive pills for prevention of anatomical relapse or symptom-recurrence after conservative surgery for endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl*. nov 2009;24(11):2729-35.
35. 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.
36. École Supérieure de l'Éducation Nationale. Études et conseils : démarches et outils. Questionnaire [En ligne] [Internet]. 2007 [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.esen.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/questionnaire/>

Annexe 1 : Questionnaire sur l'endométriose envoyé aux médecins généralistes

CAS N°1

Une jeune fille de 13 ans consulte pour ses règles douloureuses en compagnie de sa mère. Elle n'a jamais eu de rapports sexuels.

/18 points

Question 1.1

Quelles questions complémentaires simples pourraient vous orienter vers le diagnostic d'une endométriose ?

Réponse longue

/9 points

Question ouverte

Réponses validées :

- Intensité/EVA/EVN de la dysménorrhée
- Nécessité d'antalgiques pour gérer la dysménorrhée
- Absentéisme scolaire lié à la dysménorrhée
- Douleurs à la défécation pendant les règles
- Douleurs à la miction pendant les règles (≠ de dysurie)
- Hématurie pendant les règles
- Douleurs pelviennes rythmées par les règles
- D'autres membres de la famille ont-ils une endométriose ?
- Douleur scapulaire pendant les règles

Question 1.2

⋮

Réalisez-vous un examen clinique ?

OUI

NON

/1 point

Réponse validée :

- OUI

Question 1.3

⋮

Si oui, quelles étapes de votre examen clinique pourraient vous orienter sur les origines de cette dysménorrhée ?

Réponse longue

/4 points

Question ouverte

Réponses validées :

- Palpation abdominale
- Inspection vulvaire
- Toucher rectal
- Speculum virgo

Toucher vaginal = o (à la question)

Speculum = o (à la question)

Question 1.4

⋮

Prévoyez-vous de prescrire des examens complémentaires à ce stade ?

Aucun

Echographie endovaginale

Echographie abdominale

IRM pelvienne

Echographie endorectale

Dosage du CA 125

/2 points

QRM

Réponses justes : aucun, échographie abdominale

Question 1.5

⋮

A l'issue de cette consultation, quel(s) traitement(s) lui proposez-vous ?

Réponse courte
.....

/2 points

Question ouverte

Réponses validées :

- Antalgique de palier 1
- AINS

CAS N°2

Une jeune femme de 18 ans qui a des rapports sexuels depuis 6 mois environ, protégés par des préservatifs, sans contraception oestro-progestative, vous consulte pour des douleurs pelviennes très gênantes apparues depuis 3-4 mois. Elle n'a pas d'antécédent personnel ni familial et ne prend pas de traitement.

/23 points

Question 2.1

Quelles questions complémentaires simples pourraient-vous orienter vers le diagnostic d'une endométriose ?

Réponse longue

/11 points

Question ouverte

Réponses validées :

- Douleurs pelviennes rythmées par les règles
- Intensité/EVA/EVN de la dysménorrhée/des douleurs pelviennes
- Présence d'une dyspareunie ?
- Si dyspareunie, est-elle superficielle ou profonde ?
- Si dyspareunie profonde, intensité en EVA/EVN
- Nécessité d'antalgiques pour gérer la douleur ?
- Absentéisme lié à la douleur ?
- Douleur à la défécation pendant les règles
- Douleur à la miction pendant les règles
- Douleur scapulaire pendant les règles
- D'autres membres de la famille ont-ils une endométriose ?

Question 2.2

⋮
Quelles seront les étapes de votre examen clinique à la recherche d'une endométriose ?

Réponse longue
.....

/3 points

Question ouverte

Réponses validées :

- TV
- Speculum
- TR

Question 2.3

⋮
Quel élément de votre examen clinique affirmerait le diagnostic d'endométriose ?

Réponse courte
.....

/1 point

Question ouverte

- 1 seule réponse juste :
 - Un nodule bleuté dans le cul de sac vaginal postérieur lors de l'examen sous speculum

Question 2.4

⋮

Prévoyez-vous de prescrire des examens complémentaires à ce stade ?

Aucun

Echographie endovaginale

Echographie abdominale

IRM pelvienne

Echographie endorectale

Dosage du CA 125

/2 points

QRM

Réponses justes : aucun, échographie endovaginale

Question 2.5

A l'issue de cette consultation, quel(s) traitement(s) lui prescrivez-vous ?

Réponse courte
.....

/3 points

Question ouverte

Réponses validées :

- Palier 1
- AINS
- Contraception œstro-progestative (cyclique)

Elle consulte de nouveau 6 mois plus tard. Malgré un traitement par AINS et une contraception oestro-progestative, les douleurs pelviennes sévères persistent. Il s'y associe également des dyspareunies profondes intenses. Vous suspectez une endométriose profonde.

Question 2.6

Quel examen d'imagerie complémentaire prescririez-vous ?

Réponse courte

/1 point

Question ouverte

- 1 seule réponse validée :
 - Échographie

Question 2.7

⋮
Quelle(s) adaptation(s) simple(s) du traitement hormonal pouvez-vous lui proposer ?

Réponse courte

/2 points

Question ouverte

Réponses validées :

- Micro-progestatifs
- DIU aux progestatifs

BELAT Anne-Margaux

**COMPÉTENCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ENDOMÉTRIOSE :
ÉVALUATION DE L'APPORT D'UNE FICHE D'AIDE DIAGNOSTIQUE ET
THERAPEUTIQUE**

RÉSUMÉ :

INTRODUCTION

L'endométriose est une pathologie fréquente chez les femmes en âge de procréer. Elle se manifeste principalement par des douleurs qui peuvent avoir une répercussion importante sur la qualité de vie des patientes. La littérature rapporte qu'il existe souvent un retard diagnostique de plusieurs années. L'optimisation du diagnostic et du traitement de l'endométriose passe par la sensibilisation du médecin traitant à la démarche diagnostique et thérapeutique initiale.

OBJECTIF

Nous avons rédigé une fiche d'aide à la prise en charge diagnostique et thérapeutique destinée aux médecins généralistes. Notre étude a consisté à évaluer son intérêt dans l'amélioration de leur pratique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude analytique de type avant/après en soumettant à un groupe de médecins généralistes recrutés lors d'une journée de formation en gynécologie un questionnaire sur l'endométriose sous forme de 2 dossiers cliniques. Une fiche synthétique concordante avec les dernières recommandations de pratique leur a été ensuite diffusée en leur demandant de répondre à nouveau au même questionnaire. Nous avons alors calculé les moyennes des notes obtenues avant et après soumission de la fiche.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Trente médecins généralistes ont répondu au questionnaire avant et après la diffusion de la fiche. La moyenne pour le total des deux dossiers est passée de 12 à 17,3/41. Ils ont significativement augmenté leur note de 5,3 points. Pour le premier cas qui portait sur une adolescente présentant des dysménorrhées et n'ayant pas de rapports sexuels, la différence des moyennes était de 1,2 (moyenne de 5,5 avant et 6,7/18 après). Pour le deuxième cas qui portait sur une jeune femme se plaignant de douleurs pelviennes gênantes, la différence des moyennes était de 3,6 (moyenne de 7 avant et 10,6/23 après). Pour les questions en lien avec la clinique, la différence était de 3,3 sur un total de 29 points alors qu'elle était de 0,9 sur un total de 5 points pour celles en lien avec les explorations paracliniques.

CONCLUSION

La fiche évaluée semble améliorer la pratique des médecins généralistes et pourrait être un outil intéressant pour la formation médicale continue en endométriose. Il pourrait être pertinent d'évaluer cette fiche chez un groupe de médecins généralistes moins sensibilisés à la gynécologie.

MOTS CLÉS : Endométriose ; soins primaires ; médecine générale ; prise en charge de l'endométriose

JURY

Président : Monsieur le Professeur François GOLFIER
Membres : Monsieur le Professeur Pascal ROUSSET
Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ
Monsieur le Professeur Olivier BONIN
Monsieur le Docteur Simon DUCOULOMBIER

DATE DE SOUTENANCE : LE 26 JUIN 2018

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 52 boulevard des Brotteaux 69006 LYON

EMAIL : am_belat01@hotmail.com