



**Conseil Scientifique**  
Domaine de la Santé

# **PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE AU LUXEMBOURG EN 2026**

**RECOMMANDATION DE BONNE  
PRATIQUE MÉDICALE**

2 0 2 6

# TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	4
MOTS-CLÉS.....	5
MESSAGES-CLÉS.....	5
GRADES DE RECOMMANDATION ET NIVEAUX D'ÉVIDENCE.....	7
Grades de recommandation de la société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE).....	7
Grades de recommandation et niveaux de preuve de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France.....	8
Grades de recommandation du Conseil scientifique du domaine de la santé au Luxembourg ..	8
1. INTRODUCTION.....	9
1.1. Généralités.....	9
1.2. Mécanisme physiopathologique.....	9
1.3. Classification.....	10
1.4. Facteurs de risque.....	10
1.5. Cadre et objectifs de la recommandation.....	11
1.6. Données épidémiologiques.....	12
2. DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION CLINIQUE DE L'ENDOMÉTRIOSE.....	13
2.1. Anamnèse - identification des symptômes et signes évocateurs.....	13
2.2. Examens de première intention.....	14
2.2.1 Examen clinique : recherche de signes évocateurs.....	14
2.2.2 Echographie endovaginale.....	14
2.3. Examens de deuxième intention.....	15
2.4. Prise en charge ciblée.....	15
2.4.1 Des examens complémentaires.....	15
2.4.2 Laparoscopie diagnostique.....	16
2.5. Les biomarqueurs et les tests génétiques.....	17
2.5.1 Les tests basés sur des biomarqueurs.....	17
2.5.2 Les tests génétiques.....	17
2.6. Schéma récapitulatif de la stratégie diagnostique en cas de suspicion d'endométriose.....	18
3. INFORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PATIENTE.....	19
4. TRAITEMENT DE LA DOULEUR LIÉE À L'ENDOMÉTRIOSE.....	19
4.1. Traitement symptomatique de la douleur par des antalgiques.....	20
4.2. Traitements hormonaux.....	21
4.2.1 Généralités.....	21
4.2.2 Contraceptifs combinés (œstroprogestatifs).....	22
4.2.3 Progestatifs.....	23
4.2.4 Agonistes et antagonistes de la GnRH.....	24

4.3. Options de traitement non médicamenteux.....	25
5. PRINCIPES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL .....	26
5.1. Généralités.....	26
5.2. Endométriose profonde .....	26
5.3. Endométriome .....	26
5.4. Hystérectomie .....	26
6. TRAITEMENTS MÉDICAUX EN COMPLÉMENT DE LA CHIRURGIE .....	27
7. TRAITEMENT D'INFERTILITÉ LIÉE À L'ENDOMÉTRIOSE .....	27
7.1. Traitements hormonaux et fertilité .....	28
7.2. Chirurgie et fertilité .....	28
7.3. Procréation médicalement assistée (PMA) .....	29
7.4. Préservation de la fertilité et grossesse .....	29
8. CAS PARTICULIERS .....	30
8.1. Endométriose et adolescence.....	30
8.1.1 Diagnostic .....	30
8.1.2 Traitement.....	31
8.1.3 Fertilité.....	31
8.2. Endométriose et ménopause .....	31
8.2.1 Prise en charge de la maladie après la ménopause.....	31
8.2.2 Traitement des symptômes ménopausiques chez les femmes avec antécédents d'endométriose .....	32
8.3. Endométriose extrapelvienne .....	32
8.4. Endométriose asymptomatique, découverte fortuitement .....	32
9. PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE DE L'ENDOMÉTRIOSE .....	33
10. RÉFÉRENCES .....	34
11. GROUPE DE TRAVAIL .....	37
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE VIE.....	38

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

AE	Accord d'experts HAS (France)
AFMPS	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
ASRM	American Society for Reproductive Medicine
CBIP	Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
Colo-CT	Colo-scanner
DHPC	Direct Healthcare Professional Communication
EER	Écho-endoscopie rectale
EFI	Endometriosis Fertility Index
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
EVA	Échelle visuelle analogique
GDG	Guideline Development Group (ESHRE)
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormone
GPP	Good Practice Point (ESHRE)
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
GT	Groupe de travail
HAS	Haute Autorité de la Santé
IMC	Indice de masse corporelle
IReSP	Institut pour la Recherche en Santé Publique (France)
IRM	Imagerie par résonance magnétique
KCE	Federaal Kenniscentrum (Centre fédéral d'expertise, Belgique)
NP	Niveau de preuve, HAS
PMA	Procréation médicalement assistée
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
STATEC	Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg

## MOTS-CLÉS

- Endométriose
- Douleurs pelviennes
- Dysménorrhée
- Dyspareunie
- Dyschésie
- Infertilité
- Laparoscopie (Coelioscopie)
- Traitements hormonaux

## MESSAGES-CLÉS

1. L'endométriose doit être suspectée en cas de douleurs cycliques sévères, de saignements cataméniaux atypiques ou d'infertilité inexplicée. Certaines formes rares se manifestent par des symptômes extrapelviens. La dysménorrhée à elle seule ne suffit pas à poser un diagnostic.
2. En cas de douleur pelvienne chronique ou de suspicion d'endométriose, une évaluation complète (intensité, signes associés, questionnaires validés) est indispensable. La qualité de vie doit également être systématiquement évaluée.
3. En cas de dysménorrhée isolée, sans autres douleurs ni désir de grossesse immédiat, la recherche d'une endométriose n'est pas recommandée si le traitement hormonal est efficace.
4. L'échographie endovaginale et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont des examens de référence, mais un examen négatif n'exclut pas la maladie.
5. Les principes appliqués chez les adultes peuvent être transposés à l'examen clinique des adolescentes. Toutefois, avant de réaliser un examen vaginal et/ou rectal, ainsi qu'une échographie endovaginale et/ou rectale, il est essentiel d'évaluer l'acceptabilité de ces gestes avec la patiente et son représentant légal.
6. Une prise en charge ciblée requiert une expertise pluridisciplinaire, particulièrement lorsque le diagnostic reste incertain malgré une imagerie réalisée.
7. La laparoscopie ne doit pas être réalisée systématiquement. Elle n'est indiquée qu'en cas de discordance clinique, d'échec thérapeutique ou de forte suspicion persistante. Lorsqu'elle est effectuée, des biopsies ciblées et une description détaillée sont recommandées.
8. Les biomarqueurs ne sont pas recommandés pour diagnostiquer l'endométriose.
9. La prise en charge de la douleur liée à l'endométriose doit être personnalisée, avec une évaluation précise et, en cas de douleur chronique, une approche pluridisciplinaire.

#### 10. Traitement médicamenteux :

- De première intention :
  - Contraceptifs hormonaux combinés (oraux, anneau vaginal, forme transdermique)
  - Progestatifs (oraux, dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel, intramusculaires (forme dépôt), implants sous-cutanés)
- De deuxième intention :
  - Agonistes de la Gonadotropin-Releasing Hormone (GnRH)
  - Antagonistes de la GnRH
- En parallèle d'un traitement par agonistes ou antagonistes de la GnRH, les cliniciens doivent prescrire une thérapie de compensation hormonale (add-back therapy) afin de prévenir la perte osseuse et les symptômes liés à l'hypoestrogénie.
- Chez les adolescentes et les jeunes femmes, les agonistes et antagonistes de la GnRH ne doivent être envisagés qu'en dernier recours, après l'échec de toutes les autres options thérapeutiques. Une vigilance particulière est nécessaire chez les adolescentes de moins de 16 ans, qui n'ont pas encore atteint leur densité minérale osseuse maximale.
- Comme traitement antalgique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et le paracétamol peuvent être utilisés, seuls ou associés. Les AINS ne doivent pas être utilisés comme traitement de longue durée à raison de leurs effets indésirables.

11. Un traitement chirurgical peut être proposé dans des situations sélectionnées, toujours dans le cadre d'une décision partagée avec la patiente.

12. L'infertilité liée à l'endométriose nécessite une approche pluridisciplinaire, intégrant l'évaluation de la réserve ovarienne, la prise en charge de la douleur, ainsi qu'une éventuelle intervention chirurgicale, à décider au cas par cas.

13. En cas d'endométriose ovarienne étendue, une discussion sur la préservation de la fertilité est indispensable en cas de désir de grossesse.

14. Les cliniciens doivent garder à l'esprit que l'endométriose peut rester symptomatique après la ménopause.

15. Les cliniciens doivent rester vigilants face aux signes pouvant évoquer une endométriose extrapelvienne, même si celle-ci demeure exceptionnelle.

16. Chez les femmes chez qui une endométriose asymptomatique est découverte fortuitement, l'abstention thérapeutique est recommandée, avec une information claire et rassurante donnée à la patiente.

# GRADES DE RECOMMANDATION ET NIVEAUX D'ÉVIDENCE

Grades de recommandation de la société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE)

GRADES DE RECOMMANDATION	FONDEMENT	MÉTHODOLOGIE
<b>Recommandation forte (Strong recommendation)</b>	Preuves de haute qualité (essais contrôlés randomisés, méta-analyses).	Méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) : bénéfices clairement supérieurs aux risques.
<b>Recommandation faible (Weak/Conditional recommendation)</b>	Preuves de qualité modérée ou faible.	Méthode GRADE : incertitude sur les bénéfices ou préférences variables.
<b>GPP (Good Practice Point)</b>	Recommandation basée sur le bon sens ou consensus d'experts. Absence ou faiblesse de preuves scientifiques.	Consensus d'experts, expérience clinique.
<b>GDG Statement (Guideline Development Group Statement)</b>	Consensus interne du groupe de développement des recommandations.	Peut inclure des considérations pratiques, éthiques ou organisationnelles.

## Grades de recommandation et niveaux de preuve de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France

Grade des recommandations	
<b>A</b>	<p style="text-align: center;"><b>Preuve scientifique établie</b></p> <p>Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.</p>
<b>B</b>	<p style="text-align: center;"><b>Présomption scientifique</b></p> <p>Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.</p>
<b>C</b>	<p style="text-align: center;"><b>Faible niveau de preuve</b></p> <p>Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).</p>
<b>AE</b>	<p style="text-align: center;"><b>Accord d'experts</b></p> <p>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.</p>

## Grades de recommandation du Conseil scientifique du domaine de la santé au Luxembourg

### Recommandation forte

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation claire et confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation forte est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle est applicable à la plupart des patients concernés par l'intervention.

### Recommandation faible

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation prudente et moyennement confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation faible est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle peut être applicable uniquement à un sous-groupe restreint de patients.

### Absence de recommandation

En l'absence d'éléments suffisants permettant une étude pertinente de l'intervention médicale, le CS constate son incapacité à émettre une recommandation quelconque.

### Avis d'experts (Consensus des experts du GT)

En l'absence d'évidence scientifique, un consensus d'experts cliniciens se basant sur une longue expérience et une connaissance approfondie de l'intervention médicale peut justifier une recommandation.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Généralités

L'endométriose est une affection gynécologique chronique à composante inflammatoire, caractérisée par une croissance de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. L'endométriose touche généralement les femmes entre la puberté et la ménopause. Le profil clinique est très varié, mais la plupart des patientes présentent principalement des douleurs pelviennes intenses, une dysménorrhée et une dyspareunie. D'autres symptômes incluent la dyschésie, la dysurie, l'hématurie, les rectorragies, la constipation et les ballonnements. L'infertilité est également fréquemment associée à cette maladie. Dans certains cas, l'endométriose peut même être asymptomatique (As-Sanie et al., 2025).

Au-delà des symptômes physiques, la qualité de vie peut de même être affectée : les femmes souffrent souvent de fatigue, maux de tête, dépression et leur activité sexuelle peut être perturbée. Ces symptômes physiques et psychiques entraînent souvent une réduction de performance scolaire ou une incapacité de travail.

Le manque d'informations et de sensibilisation à la maladie tant au sein du grand public que chez les professionnels de santé, ainsi que la crainte de stigmatisation ressentie par les patientes expliqueraient pourquoi le diagnostic est souvent retardé de plusieurs années (Zondervan et al., 2020).

De plus, le diagnostic constitue un défi médical en l'absence de symptômes plus spécifiques et de marqueurs biologiques pertinents (Zondervan et al., 2020). En effet, des symptômes tels que la dysménorrhée, la dyspareunie, la dyschésie et l'infertilité ne sont pas assez spécifiques et peuvent être attribués à d'autres affections gynécologiques (l'adénomyose, fibromes utérins, kystes ovariens) ou non-gynécologiques (le syndrome du côlon irritable, autres atteintes inflammatoires pelviennes) (As-Sanie et al., 2025).

## 1.2. Mécanisme physiopathologique

Le mécanisme physiopathologique exact est encore sujet à discussion. La théorie communément acceptée est celle du reflux rétrograde, caractérisé par une migration de cellules endométriales à travers les trompes de Fallope vers le pelvis. La présence de ces cellules ectopiques contribuerait à l'apparition des lésions dans la cavité pelvienne ou abdominale (As-Sanie et al., 2025).

Les proliférations et les adhérences tissulaires sont étroitement liées à un état inflammatoire chronique, entretenu par une surproduction de prostaglandines, cytokines et métalloprotéinases. Cette dysrégulation immunitaire est médiée par des concentrations élevées d'estradiol et potentiellement favorisée par une résistance à la progestérone, qui inhiberait normalement la prolifération endométriale œstro-dépendante. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas de déterminer si cet état inflammatoire est la cause ou la conséquence de la maladie (Taylor et al., 2021).

Longtemps considérée comme une pathologie strictement pelvienne, l'endométriose peut en réalité s'étendre à des sites extrapelviens : diaphragme, cavité thoracique, paroi abdominale, et, dans des cas exceptionnels, jusqu'au cerveau (Taylor et al., 2021).

Dans l'endométriose profonde, la douleur prend une dimension particulière lorsque les lésions infiltrant ou compriment des structures nerveuses telles que le plexus hypogastrique, le plexus lombaire ou les branches du nerf sciatique. Cette atteinte directe provoque une irritation mécanique et inflammatoire des fibres nerveuses, générant des douleurs neuropathiques caractérisées par des brûlures, des décharges électriques ou

une allodynie. Elle peut également expliquer des symptômes fonctionnels comme une dysurie sans atteinte vésicale, liée à l'atteinte du plexus hypogastrique ou des nerfs pelviens, ainsi que des douleurs de type sciatique ou cruralgie.

### 1.3. Classification

La classification clinique de l'endométriose repose sur la localisation des lésions (As-Sanie et al., 2025) :

- Endométriose pelvienne superficielle (péritonéale)
- Endométriose pelvienne profonde (sous-péritonéale)
- Endométriose ovarienne (endométriome)
- Endométriose extrapelvienne

D'autre part, l'endométriose est classée en fonction du nombre et l'étendue des lésions selon la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) ("Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis," 1997) :

- Stade I : minime
- Stade II : léger
- Stade III : modéré
- Stade IV : sévère

Cette classification est aujourd'hui parfois jugée obsolète, car elle ne prend pas en compte les atteintes extrapelviennes. De plus, aucune donnée ne démontre une corrélation entre l'étendue, la localisation ou le type des lésions et l'intensité des douleurs (Leroy et al., 2024; Taylor et al., 2021).

### 1.4. Facteurs de risque

Le développement de l'endométriose peut souvent débuter dès l'enfance et l'adolescence et peut être favorisé en cas de prédisposition génétique (Kolanska et al., 2020) ou d'exposition à certains facteurs de risque (As-Sanie et al., 2025) (Zondervan et al., 2020):

- Faible poids à la naissance
- Faible IMC pendant l'enfance et l'adolescence
- Anomalies obstructives congénitales des canaux de Müller
- Age précoce de la ménarche
- Cycles menstruels courts
- Flux menstruel excessif
- Nulliparité
- Exposition à des perturbateurs endocriniens (p.ex. diéthylstilbestrol) pendant la grossesse

Toutefois, ces facteurs doivent être interprétés avec prudence, car les données disponibles ne permettent pas d'établir un lien de causalité définitif.

## 1.5. Cadre et objectifs de la recommandation

### Cadre de la recommandation

Conformément à la lettre de la ministre de la Santé et de la Sécurité sociale en date du 27 novembre 2024 : « *Ces dernières années, l'endométriose a suscité un intérêt croissant de la part du public et des pouvoirs publics. Suite à cet intérêt renouvelé, la Direction de la Santé a rencontré la Société Luxembourgeoise de Gynécologie Obstétrique (SLGO) en 2022. Par ailleurs, le sujet de la prise en charge de l'endométriose a été abordé lors des comités de gestion interhospitalière des 6 juin et 19 septembre 2024. Au vu de ces éléments, je tiens par la présente à saisir le Conseil scientifique du domaine de la santé afin d'émettre un avis pour faire avancer les discussions et organiser une prise en charge plus efficace de l'endométriose.* »

### Objectifs

L'objectif principal de cette recommandation est d'améliorer le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose, en proposant une démarche fondée sur les données actuelles de la littérature et adaptée au contexte national.

Elle vise à :

- Optimiser le repérage précoce des symptômes évocateurs de l'endométriose ;
- Structurer les étapes diagnostiques selon les niveaux de recours (médecine générale, gynécologie, imagerie spécialisée) ;
- Définir les modalités de prise en charge, qu'elles soient médicamenteuses, chirurgicales ou combinées ;
- Encadrer les actions de prévention, notamment en matière d'information, de sensibilisation et de réduction des délais diagnostiques.

### Population concernée

Cette recommandation concerne :

- Les adolescentes et femmes adultes présentant une suspicion ou un diagnostic d'endométriose ;
- Les femmes en période périménopausique ou ménopausée, lorsque les symptômes persistent ou nécessitent une prise en charge spécifique.

**Remarque :** Cette recommandation ne s'applique pas aux femmes présentant une adénomyose.

### Professionnels concernés

Ce guide constitue un outil de référence destiné aux professionnels de santé exerçant au Luxembourg. La prise en charge de l'endométriose étant pluridisciplinaire, elle repose sur une collaboration étroite entre différents intervenants : gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, sage-femmes, chirurgiens, radiologues, pédiatres, spécialistes de la douleur, psychologues, etc.

## 1.6. Données épidémiologiques

Les chiffres exacts concernant l'endométriose sont difficiles à obtenir, car le diagnostic est souvent retardé de plusieurs années. De plus, certaines femmes sont asymptomatiques ou présentent des symptômes peu évocateurs. Un diagnostic définitif repose généralement sur la laparoscopie (coelioscopie) confirmée par une biopsie. Or, les données épidémiologiques disponibles reflètent principalement les cas confirmés par chirurgie. Le nombre réel de femmes concernées est donc probablement bien plus élevé (Harder et al., 2024) (Ghiasi et al., 2020).

À ce jour, aucune donnée officielle sur la prévalence ou l'incidence de l'endométriose n'est disponible au Luxembourg, en l'absence d'un registre national dédié à cette pathologie.

Néanmoins, selon l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) en France, on estime que l'endométriose touche environ 10 % des femmes en âge de procréer, soit près de 190 millions de femmes dans le monde, dont environ 2 millions en France et 15 millions en Europe (Kvaskoff et al., 2024).

Selon une estimation belge publiée en 2024 dans le KCE (Federaal Kenniscentrum - Centre fédéral d'expertise) Reports 378BS (Leroy et al., 2024), l'endométriose toucherait environ 3,9 % de la population féminine totale et 9,3 % des femmes âgées de 16 à 49 ans.

Par ailleurs, l'endométriose constitue l'une des principales causes d'infertilité féminine ; environ un tiers des femmes souffrant d'endométriose présente également une infertilité. (Kvaskoff et al., 2024).

Parmi les femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques, près d'un tiers pourrait être atteint d'endométriose (Ghiasi et al., 2020). Selon cette revue systématique, l'endométriose a été diagnostiquée par laparoscopie chez 28,1 % des femmes présentant des douleurs pelviennes chroniques (méta-analyse de 11 études observationnelles) et chez 24,8 % des femmes infertiles (méta-analyse de 17 études observationnelles).

Par ailleurs, l'impact économique de l'endométriose est considérable. Selon une étude menée par Kvaskoff et al. (2019), le coût annuel de cette pathologie est estimé à environ 10 milliards d'euros en France, en tenant compte des dépenses de santé directes (consultations, examens, traitements, hospitalisations) ainsi que des coûts indirects liés à la perte de productivité, à l'absentéisme et à la baisse de qualité de vie. À l'échelle européenne, ce fardeau économique est estimé à près de 50 milliards d'euros par an.

## 2. DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION CLINIQUE DE L'ENDOMÉTRIOSE

### 2.1. Anamnèse - identification des symptômes et signes évocateurs

Les principaux symptômes et signes pouvant orienter vers une endométriose sont :

- Disménorrhée sévère, souvent résistante aux antalgiques usuels, évaluée idéalement à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) pour quantifier l'intensité de la douleur;
- Dyspareunie profonde (douleurs survenant lors des rapports sexuels), en particulier en cas d'atteinte des ligaments utérosacrés ou du cul-de-sac de Douglas ;
- Dyschésie cataméniale (douleurs à la défécation en période menstruelle), pouvant traduire une atteinte du septum rectovaginal ou de la paroi rectale ;
- Troubles urinaires cycliques, tels que dysurie, pollakiurie ou douleurs sus-pubiennes, exacerbés pendant les menstruations, en lien possible avec une atteinte vésicale ou urétérale ;
- Hématurie ou rectorragies cataméniales, suggérant une localisation vésicale ou digestive de l'endométriose ;
- Infertilité, souvent associée à une altération de l'anatomie pelvienne, à une inflammation chronique ou à une dysfonction endométriale.

**Remarque** : certains symptômes comme les dysménorrhées ou les dyspareunies sont fréquents dans la population générale et ne sont pas systématiquement liés à une endométriose.

Certains signes cliniques peuvent évoquer une endométriose extrapelvienne (une forme plus rare), notamment :

- Douleur scapulaire cataméniale, signe évocateur d'une atteinte diaphragmatique ou pleurale ;
- Pneumothorax cataménial, parfois récidivant, pouvant être associé à une endométriose thoracique ;
- Symptômes respiratoires cycliques, tels que toux, hémoptysie ou douleurs thoraciques survenant en période menstruelle ;
- Masse ou douleur péri-cicatricielle cyclique, en particulier au niveau d'une cicatrice de césarienne ou d'intervention abdominale, pouvant évoquer une endométriose pariétale.

En cas de consultation pour douleurs pelviennes chroniques ou suspicion d'endométriose, il est recommandé :

- D'évaluer l'intensité et l'impact de la douleur ;
- De rechercher les signes cliniques évocateurs et leur localisation (Grade B HAS).

Pour mesurer la douleur ou évaluer l'efficacité d'un traitement antalgique, l'utilisation d'une échelle d'intensité est conseillée (Grade A HAS).

Il existe des questionnaires numériques basés sur les témoignages de patientes, comme p.ex. l'algorithme DEVA applicable pour les femmes de 18 à 45 ans ([lien](#), consulté le

24/02/2026) dont l'objectif est de faciliter la détection des formes moyennes à sévères d'endométriose. Ce dispositif pourrait constituer un outil d'aide au diagnostic pour les professionnels de premier recours (Consensus des experts du GT).

Dans le cadre de la prise en charge de l'endométriose symptomatique, il est également recommandé d'évaluer la qualité de vie, celle-ci étant souvent altérée. Cette évaluation peut notamment être réalisée à l'aide de questionnaires validés spécifiques (Consensus des experts du GT) (voir [annexe 1](#) et ce [lien](#), consulté le 24/02/2026).

En cas de dysménorrhée isolée, sans autres douleurs ni désir de grossesse immédiat, la recherche d'une endométriose n'est pas recommandée si le traitement hormonal est efficace (Consensus des experts du GT).

## 2.2. Examens de première intention

### 2.2.1 Examen clinique : recherche de signes évocateurs

Lors de l'examen gynécologique, certains éléments peuvent orienter vers une endométriose :

- Présence de lésions bleutées visibles au spéculum au niveau du fornix postérieur ;
- Palpation de nodules au niveau des ligaments utérosacrés ou du cul-de-sac de Douglas ;
- Douleur à la mise en tension des ligaments utérosacrés ;
- Utérus rétroversé ;
- Annexes fixées au toucher vaginal.

### 2.2.2 Echographie endovaginale

L'échographie endovaginale est recommandée comme examen de premier recours pour détecter les lésions endométriosiques annexielles ou profondes. Toutefois, elle ne permet pas d'exclure une atteinte profonde des ligaments utérosacrés, des paramètres ou des localisations extrapelviennes (Grade A HAS).

Selon la recommandation de la HAS 2025, l'examen de première intention pour le diagnostic de l'endométriose doit être réalisé par des professionnels suffisamment formés.

De plus, l'échographie endovaginale ne permet pas d'exclure la présence d'une endométriose superficielle (Grade B HAS). En revanche, l'échographie endovaginale constitue une méthode efficace pour confirmer ou exclure le diagnostic d'endométriose, à condition que l'image soit typique.

**Remarque :** Le diagnostic d'endométriose doit être posé avec prudence chez les femmes ménopausées, afin de ne pas passer à côté d'une tumeur maligne.

En présence d'une masse ovarienne atypique ou non caractéristique à l'échographie, il est recommandé de réaliser :

- Une IRM pelvienne avec injection ;
- Et/ou une échographie endovaginale répétée pour confirmation.

Les performances de l'échographie pelvienne et de l'IRM pelvienne sont comparables pour le diagnostic des endométrioses typiques (Grade B HAS).

Chez les patientes présentant un endométriose, la probabilité d'une endométriose profonde associée est élevée. Dans ce contexte, il est recommandé de rechercher

systématiquement des lésions profondes, en fonction de la symptomatologie présentée par la patiente (Grade C HAS).

## 2.3. Examens de deuxième intention

L'IRM pelvienne à visée diagnostique est recommandée en seconde intention pour le diagnostic d'endométriose lorsque l'échographie endovaginale est négative ou douteuse, après échec du traitement médical (Grade A HAS).

En cas d'échographie endovaginale non réalisable, l'IRM pelvienne est indiquée en première intention (HAS, 2025).

Pour l'exploration d'une endométriose profonde, une IRM pelvienne et/ou une échographie endovaginale répétée peuvent être réalisées en deuxième intention, dans le cadre du bilan d'extension, en fonction de la symptomatologie (AE HAS).

Ces examens sont indiqués pour :

- Évaluer l'extension des lésions ;
- Orienter la stratégie thérapeutique spécialisée ;
- Investiguer une discordance entre des symptômes évocateurs et des examens de première intention normaux.

L'échographie pelvienne et l'IRM pelvienne apportent des informations différentes et complémentaires. Le choix de l'un ou des deux examens doit être discuté en fonction du type d'endométriose suspecté, de la stratégie thérapeutique envisagée et des informations à transmettre à la patiente (AE HAS).

L'IRM pelvienne est plus sensible mais moins spécifique que l'échographie endovaginale pour détecter les atteintes des ligaments utérosacrés, du vagin et de la cloison rectovaginale (Niveau de preuve (NP) 2 HAS). Elle permet également d'identifier des localisations spécifiques, telles que les paramètres ou des atteintes digestives extrapelviennes (NP3 HAS).

Toutefois, il est important de garder à l'esprit qu'un résultat négatif n'exclut pas la maladie, en particulier dans sa forme superficielle péritonéale (Recommandation forte ESHRE).

**Remarque :** L'IRM et l'échographie pelvienne ne permettent pas une détection fiable des lésions superficielles péritonéales (NP2 HAS).

## 2.4. Prise en charge ciblée

Cette étape s'inscrit dans le parcours diagnostique afin de déterminer l'indication opératoire, puis dans la phase préopératoire pour optimiser l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire. Elle vise à confirmer le diagnostic lorsque celui-ci demeure incertain, notamment en présence d'une imagerie (IRM et échographie endovaginale) ne mettant pas en évidence de lésions d'endométriose malgré une symptomatologie importante (HAS, 2025).

### 2.4.1 Des examens complémentaires

Une prise en charge pluridisciplinaire de l'endométriose est indispensable pour garantir un suivi global et personnalisé, en associant des expertises complémentaires (gynécologie, gestion de la douleur, psychologie, ...) et des compétences spécifiques, afin d'améliorer la qualité de vie des patientes et optimiser les résultats thérapeutiques (Grade A HAS).

Des examens complémentaires de troisième intention peuvent être prescrits par le spécialiste dans des situations spécifiques, notamment pour explorer une atteinte rectosigmoïdienne, une endométriose urinaire ou une localisation extrapéritonéale (AE HAS).

Parmi ces examens figurent, entre autres, l'écho-endoscopie rectale (EER), l'entéro IRM ou le colo-scanner (colo-CT), la cystoscopie, l'échographie rénale, etc. (AE HAS).

En outre, l'IRM pelvienne haute résolution constitue un outil essentiel pour l'analyse des atteintes nerveuses dans l'endométriose profonde, notamment au niveau des plexus lombaire, hypogastrique et de l'échancrure ischiatique. Cette exploration permet de corrélérer des symptômes fonctionnels tels que la dysurie en l'absence d'atteinte vésicale ou des douleurs neuropathiques de type sciatique, orientant ainsi la stratégie thérapeutique (AE HAS).

### 2.4.2 Laparoscopie diagnostique

Comme tout acte chirurgical, la laparoscopie est une procédure invasive, non anodine, qui comporte des risques et ne doit donc pas être réalisée systématiquement. Son indication doit être posée de manière raisonnée, en fonction du contexte clinique et des résultats des examens préopératoires.

Indication de la laparoscopie diagnostique (HAS 2017, fiche de synthèse) :

- En cas de suspicion clinique d'endométriose alors que les examens préopératoires n'en ont pas fait la preuve ;
- Dans le cadre d'une stratégie de prise en charge des douleurs ou de l'infertilité ;
- Afin d'éliminer une endométriose si elle ne met pas en évidence de lésions macroscopiques visibles et si celle-ci a comporté une exploration satisfaisante de la région abdomino-pelvienne.

Lorsque l'imagerie met en évidence des lésions caractéristiques et spécifiques d'endométriose (endométriome, lésions profondes), la réalisation d'une laparoscopie à visée uniquement diagnostique n'est pas recommandée (Grade B HAS).

Chez les patientes présentant une discordance clinico-radiologique ou un échec du traitement empirique, il est recommandé d'envisager une laparoscopie à visée diagnostique et thérapeutique (GPP ESHRE).

Lors de la laparoscopie, il est recommandé de réaliser des biopsies ciblées sur les lésions typiques ou atypiques afin de confirmer le diagnostic par examen anatomopathologique (Grade B HAS). Il est toutefois important de rappeler qu'une histologie négative n'exclut pas totalement la maladie (Recommandation forte ESHRE).

Une description détaillée et exhaustive de la cavité abdomino-pelvienne est également recommandée : elle doit inclure les adhérences, les types de lésions, leur taille et leur localisation. Cette documentation permet de corrélérer les symptômes avec les lésions observées et d'orienter la prise en charge thérapeutique (AE HAS).

## 2.5. Les biomarqueurs et les tests génétiques

### 2.5.1 Les tests basés sur des biomarqueurs

À ce jour, aucun test sanguin ou urinaire ne permet de détecter, de confirmer ou d'exclure de manière fiable l'endométriose (ESHRE, 2022).

En ce qui concerne le test salivaire, des études de validation complémentaires sont encore nécessaires et sont en cours (HAS, 2024).

Les cliniciens ne doivent pas recourir à la mesure de biomarqueurs dans le tissu endométrial, le sang, les fluides menstruels ou utérins pour poser le diagnostic d'endométriose.
---

<b>Recommandation forte</b> (ESHRE)
--

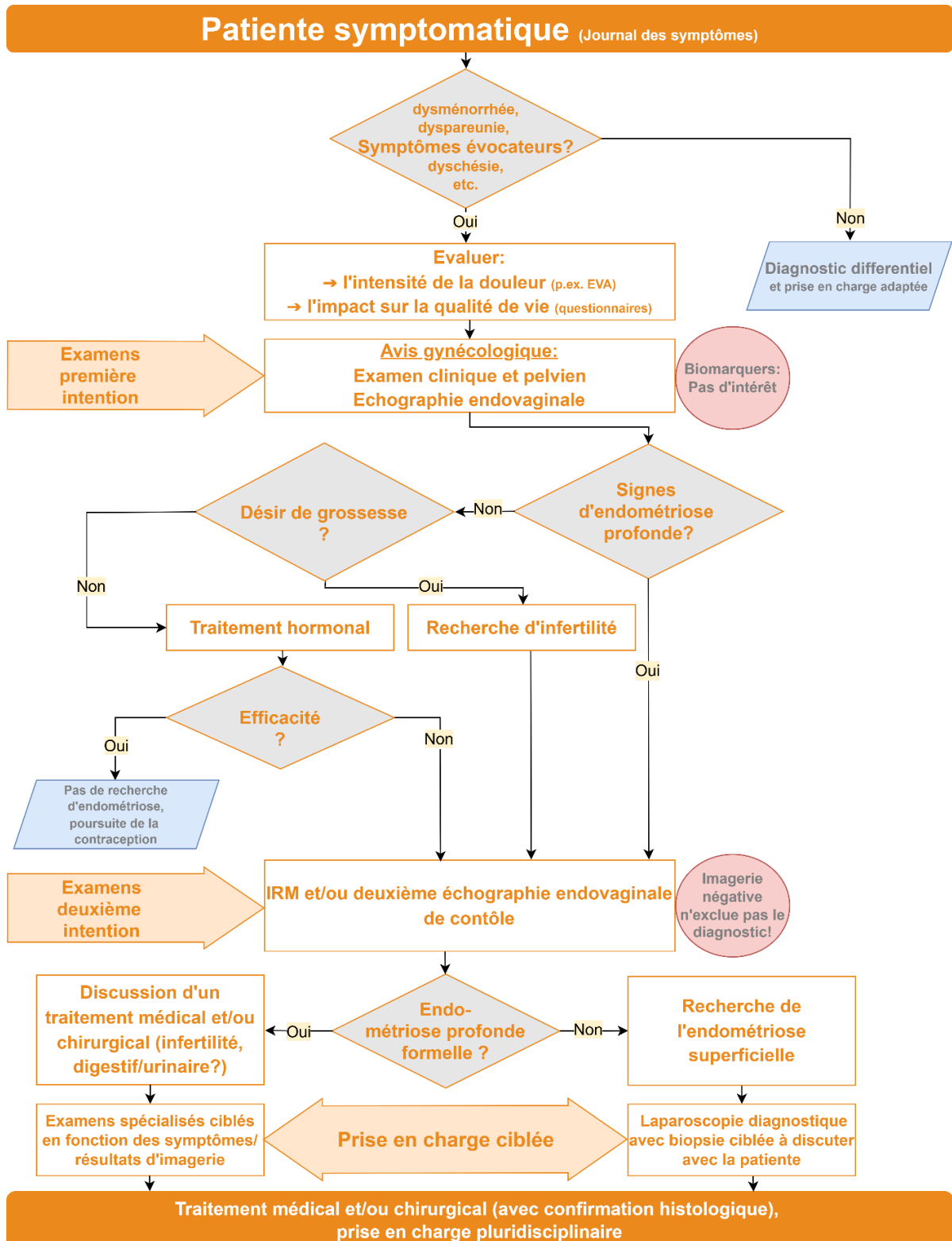
### 2.5.2 Les tests génétiques

Les tests génétiques chez les femmes suspectées ou atteintes d'endométriose ne doivent être réalisés que dans un contexte de recherche. À ce jour, leur utilisation n'a pas de place en pratique clinique courante.
---

<b>Research only</b> (ESHRE)
---------------------------------

## 2.6. Schéma récapitulatif de la stratégie diagnostique en cas de suspicion d'endométriose

**Schéma 1** : Stratégie diagnostique en cas de suspicion d'endométriose : synthèse des recommandations ESHRE (2022) et HAS (2017, 2025), adaptée au contexte luxembourgeois



EVA - Échelle visuelle analogique ; IRM - Imagerie par résonance magnétique

### 3. INFORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PATIENTE

Il est essentiel d'assurer une information claire, complète et adaptée à chaque patiente tout au long de sa prise en charge.

La patiente doit être informée des différentes options thérapeutiques disponibles, en précisant pour chacune les bénéfices attendus, les risques potentiels, les probabilités de récurrence, ainsi que les implications possibles sur la fertilité, tout en tenant compte de ses attentes, de ses préférences et de sa situation personnelle.

Avant toute intervention chirurgicale, une information détaillée et compréhensible doit être fournie concernant les objectifs de l'intervention et son déroulement, les bénéfices attendus, les éventuels inconvénients ou complications, les cicatrices, les suites opératoires et les modalités de la convalescence.

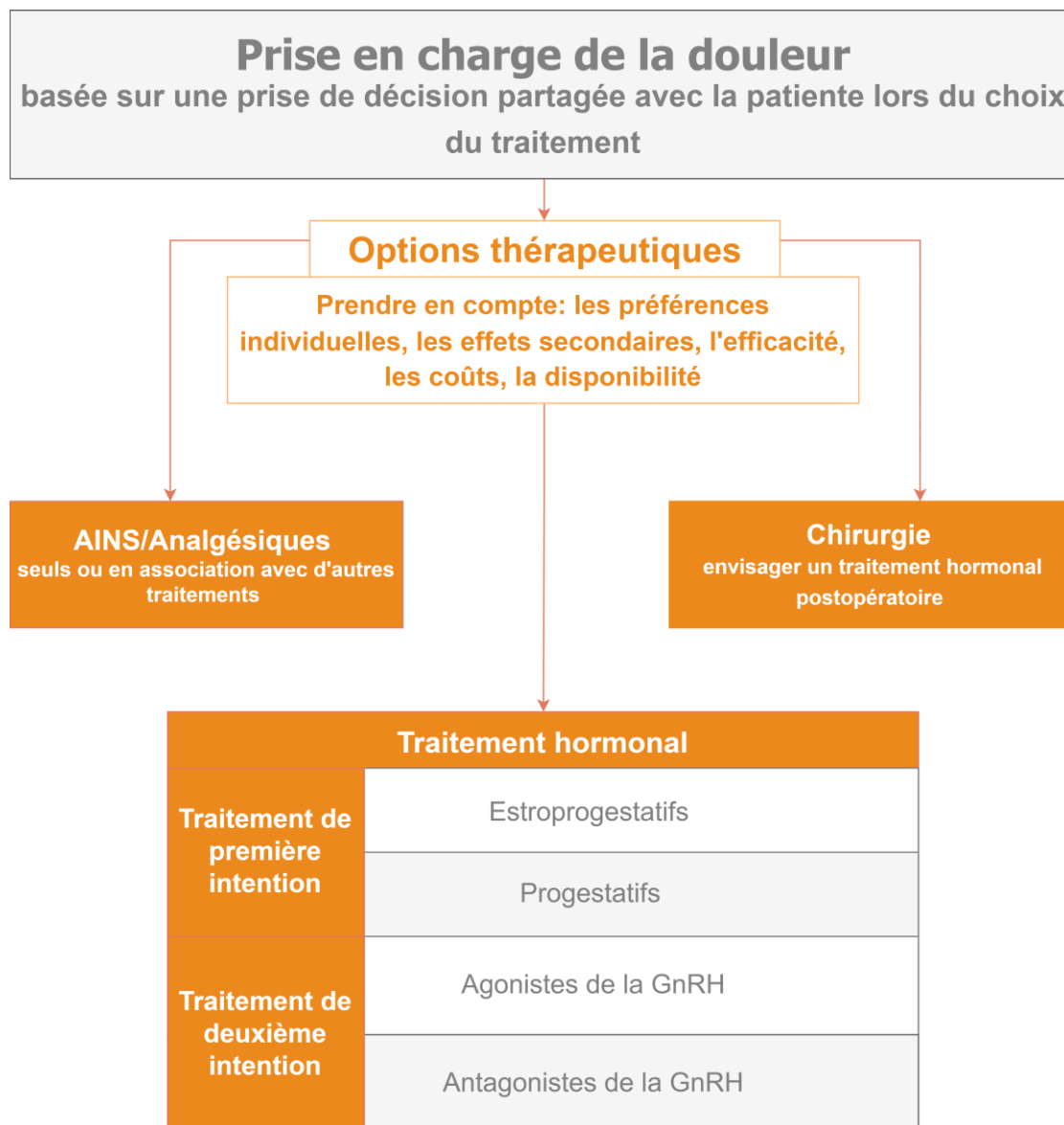
Il est par ailleurs recommandé de définir un parcours de soins structuré, garantissant une prise en charge globale, pluridisciplinaire et continue des patientes. Ce parcours doit être accompagné d'une information claire, accessible et adaptée, destinée tant aux patientes qu'au grand public (Consensus des experts du GT).

### 4. TRAITEMENT DE LA DOULEUR LIÉE À L'ENDOMÉTRIOSE

Une prise en charge centrée sur la patiente, intégrant une évaluation approfondie de la douleur (intensité, typologie, impact, contexte personnel), est essentielle pour adapter la stratégie thérapeutique et en optimiser l'efficacité.

En cas de douleurs chroniques, une évaluation pluridisciplinaire impliquant gynécologues, spécialistes de la douleur, sexologues, psychologues, assistantes sociales etc. est recommandée (Consensus des experts du GT).

**Schéma 2 :** Prise en charge de la douleur liée à l'endométriose, repris des recommandations ESHRE 2022 et adapté pour le Luxembourg



#### 4.1. Traitement symptomatique de la douleur par des antalgiques

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être proposés seuls ou en association avec d'autres antalgiques, voire avec un traitement hormonal. Une prescription prolongée est déconseillée en raison de leurs effets indésirables potentiellement graves, notamment au niveau rénal et gastrique. Le paracétamol peut être envisagé, notamment en cas de contre-indication aux AINS, en raison de sa bonne balance bénéfice/risque.

### Recommandations :

Les AINS ou d'autres antalgiques peuvent être proposés aux femmes souffrant de douleurs liées à l'endométriose, seuls ou en association avec d'autres traitements.	<b>Recommandation faible</b> (ESHRE 2022)
La prescription prolongée d'AINS n'est pas recommandée en raison de leurs effets indésirables potentiellement graves, notamment au niveau gastrique et rénal.	<b>Grade B</b> (HAS 2017)

## 4.2. Traitements hormonaux

### 4.2.1 Généralités

L'objectif principal des traitements hormonaux est de réduire le taux d'œstrogènes, responsables du développement et de la prolifération du tissu endométrial ainsi que des réactions inflammatoires associées (voir Section 1.2). Ces traitements induisent souvent une aménorrhée, entraînant une atrophie des lésions estrogéno-dépendantes et une diminution des douleurs (Piriyev et al., 2025). Les traitements hormonaux sont recommandés lorsqu'il n'existe pas de projet de grossesse à court terme.

Il paraît opportun de rappeler qu'une grande partie des médicaments recommandés en première intention, notamment les contraceptifs, ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) spécifique pour le traitement de l'endométriose.

#### Les principales options thérapeutiques sont (Consensus des experts du GT) :

##### En première intention :

- Contraceptifs hormonaux combinés (oraux, anneau vaginal, forme transdermique)  
OU
- Progestatifs (oraux, dispositif intra-utérin au lévonorgestrel, intramusculaires (forme dépôt), implants sous-cutanés)

##### En deuxième intention :

- Agonistes de la Gonadotropin-Releasing Hormone (GnRH)  
OU
- Antagonistes de la GnRH

**Remarque :** Les inhibiteurs de l'aromatase ne sont pas considérés comme une option thérapeutique dans le traitement de l'endométriose (Consensus des experts du GT). Bien qu'ils soient mentionnés dans d'autres recommandations en troisième ligne (p.ex. ESHRE 2022), ils ne disposent actuellement d'aucune indication validée dans l'endométriose, sont contre-indiqués chez les femmes préménopausées et présentent une balance bénéfique/risque défavorable. Celle-ci s'explique notamment par des effets indésirables tels que des arthralgies et des symptômes liés à la carence œstrogénique (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, diminution de la densité osseuse, ostéoporose) (Peitsidis et al., 2023).

L'efficacité des différents traitements hormonaux dans la prise en charge de l'endométriose semble être similaire (As-Sanie et al., 2025). En effet, à ce jour, aucune étude randomisée comparative ni méta-analyse de bonne qualité méthodologique n'a démontré la supériorité cliniquement significative d'un traitement hormonal sur un autre.

Cette absence de Consensus s'explique partiellement par la vaste hétérogénéité des profils cliniques des patientes et des méthodologies dans les essais cliniques.

Le choix thérapeutique doit donc être adapté individuellement, en tenant compte des préférences de la patiente, de son profil et de ses antécédents cliniques (notamment cardiovasculaires), de son désir de grossesse (dans ce cas, les traitements hormonaux de l'endométriose ne sont pas indiqués), ainsi que de la balance bénéfique/risque. Bien que ces traitements permettent de soulager les douleurs, certaines patientes n'y répondent pas ou présentent des effets indésirables qui imposent des changements multiples de stratégie (Becker et al., 2017). La réponse thérapeutique est donc très variable d'une femme à l'autre, et les récurrences de symptômes sont fréquentes dans les 12 mois suivant l'arrêt du traitement (Becker et al., 2017).

#### Recommandations :

Il est recommandé de proposer aux femmes un traitement hormonal comme option pour réduire la douleur liée à l'endométriose.	<b>Recommandation forte</b> (ESHRE 2022)
Si le traitement hormonal utilisé pour traiter la douleur liée à l'endométriose est efficace et qu'il n'y a pas de désir de grossesse, il n'est généralement pas recommandé d'investiguer davantage.	<b>Consensus des experts du GT</b>
Une prise de décision partagée entre clinicien et patiente est recommandée, en tenant compte des préférences individuelles, des effets secondaires, de l'efficacité, des coûts et de la disponibilité des traitements.	<b>GPP</b> (ESHRE 2022)
Les inhibiteurs d'aromatase ne sont pas recommandés dans la prise en charge de l'endométriose.	<b>Consensus des experts du GT</b>

### 4.2.2 Contraceptifs combinés (œstroprogestatifs)

Selon deux revues systématiques (Jensen et al., 2018) (Grandi et al., 2019), les contraceptifs œstroprogestatifs combinés (oraux, patchs transdermiques et anneau vaginal) amélioreraient la dysménorrhée, la dyspareunie, les douleurs pelviennes ainsi que la qualité de vie sur une période moyenne de 6-12 mois. Néanmoins, la majorité des études était de qualité méthodologique faible à modérée.

D'après une revue Cochrane, leur utilisation en continu sans intervalle d'interruption semble être associée à une meilleure adhérence thérapeutique et prise en charge de la dysménorrhée qu'un schéma cyclique (Edelman et al., 2014).

Les effets indésirables les plus fréquents sont des troubles gastro-intestinaux, troubles menstruels (spotting, saignements intercurrents), prise de poids, migraine, changements d'humeur et mastodynie, tels que décrits dans leurs résumés des caractéristiques du produit (RCP) ([CBIP](#), consulté le 17/02/2026).

Parmi les effets indésirables graves, bien que rares, figure le risque d'événements thrombo-emboliques veineux, qui augmente notamment en présence de facteurs de risque cardiovasculaires associés tels que l'obésité, le tabagisme, l'hypertension artérielle ou certaines maladies touchant les vaisseaux sanguins, comme le diabète.

Selon l'évaluation menée en 2013 par l'Agence européenne des médicaments (EMA) (voir [lien](#), consulté le 17/02/2026), ce risque varie en fonction du type de progestatif utilisé dans les contraceptifs hormonaux combinés. Les préparations contenant un progestatif de

deuxième génération (comme le lévonorgestrel ou le norgestimate) présentent le risque thrombo-embolique le plus faible.

Un risque d'événements thrombo-emboliques veineux a également été signalé pour l'association éthinyloestradiol + diénogest, via une DHPC (Direct Healthcare Professional Communication) publiée par l'AFMPS (Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé) en Belgique (voir [lien](#), consulté le 17/02/2026). Cette mise à jour indiquait que le risque serait légèrement plus élevé que celui observé avec les préparations au lévonorgestrel, avec un risque relatif multiplié par 1,6.

#### Recommandations :

Il est recommandé de prescrire un contraceptif hormonal combiné (oral, anneau vaginal ou patch transdermique) pour réduire les douleurs associées à l'endométriose.	<b>Recommandation forte</b> (ESHRE 2022)
Les femmes souffrant de dysménorrhée liée à l'endométriose peuvent se voir proposer l'utilisation continue de la pilule contraceptive combinée.	<b>Recommandation faible</b> (ESHRE 2022)

### 4.2.3 Progestatifs

Le mécanisme d'action des progestatifs dans l'endométriose repose sur la réduction de l'inflammation par inhibition de la libération de cytokines pro-inflammatoires, la promotion de l'apoptose des cellules endométriales ectopiques et la limitation de la prolifération des lésions (Piriye et al., 2025) (Allen et al., 2025). Une revue systématique (Allen et al., 2025), incluant exclusivement des essais randomisés évaluant l'efficacité et le profil d'innocuité des progestatifs par rapport à un placebo ou un autre comparateur, a confirmé l'efficacité significative des progestatifs sur les douleurs endométriales. Les effets indésirables les plus fréquents étaient des saignements irréguliers. Cinq essais ont évalué leur impact sur la densité osseuse, mettant en évidence une réduction significative et réversible, mais moindre que celle observée avec les agonistes de la GnRH.

Ainsi, une vigilance particulière s'impose avec certains progestatifs lors d'une utilisation prolongée, en particulier avec le diénogest (Ebert et al., 2017) et la médroxyprogestérone (Allen et al., 2025), notamment chez les jeunes femmes et adolescentes n'ayant pas atteint leur densité osseuse maximale et chez les femmes présentant un risque accru d'ostéoporose.

En outre, en avril 2025, la Direction de la Santé du Luxembourg a émis un avertissement (voir [lien](#), consulté le 17/02/2026) sur le risque très rare mais grave de développement de méningiome en cas d'utilisation prolongée de certains progestatifs, notamment le désogestrel, le nomégestrol, la cyprotérone, la chlormadinone, la médroxyprogestérone et la dydrogestérone utilisés seuls ou en combinaison dans les contraceptifs combinés. Ces progestatifs sont désormais contre-indiqués chez les patientes présentant un méningiome ou un antécédent de méningiome. Une surveillance est nécessaire pour le suivi et la détection de méningiomes pour les patientes utilisant ces progestatifs. Si un méningiome est diagnostiqué, un arrêt immédiat et définitif s'impose.

Le DIU au lévonorgestrel présente l'avantage d'agir principalement au niveau local, ce qui limite l'exposition systémique et donc les effets indésirables associés. Une partie importante des études cliniques disponibles portent sur son utilisation dans la prévention des récurrences et la gestion des douleurs post-opératoires de l'endométriose (Gibbons et al., 2021 ; Song et al., 2018).

D'autre part, une méta-analyse en réseau de Cochrane (Bofill Rodriguez et al., 2022) a démontré une efficacité supérieure ou comparable du DIU au lévonorgestrel dans la réduction des ménorragies par rapport à d'autres traitements, tels que les oestroprogestatifs ou les progestatifs. A noter que le DIU au lévonorgestrel 52 mg (délivrant 20 µg/jour) dispose d'une indication officielle dans son RCP (voir [lien RCP](#), consulté le 17/02/2026) pour la prise en charge des ménorragies, avec une durée d'action pouvant aller jusqu'à 5 ans dans cette indication.

#### Recommandations :

Il est recommandé de prescrire un progestatif pour réduire les douleurs associées à l'endométriose.	<b>Recommandation forte</b> (ESHRE 2022).
---	--

### 4.2.4 Agonistes et antagonistes de la GnRH

Les agonistes et antagonistes de la GnRH sont considérés comme des traitements de deuxième intention en raison de leur profil d'effets indésirables potentiellement graves et de leur coût élevé. En effet, ils sont associés à un risque de réduction de la densité osseuse éventuellement irréversible et peuvent provoquer des symptômes vasodilatateurs, de type bouffées de chaleur et maux de tête (As-Sanie et al., 2025). C'est la raison pour laquelle leur utilisation est généralement limitée à 6 mois. Une association avec un oestroprogestatif (« add-back therapy ») est préconisée afin d'atténuer ces effets indésirables liés à une carence estrogénique. Dans ce cas, il convient également de tenir compte des effets indésirables liés aux oestroprogestatifs. Les antagonistes (voir [lien RCP](#), consulté le 17/02/2026) et les agonistes (voir [lien RCP](#), consulté le 17/02/2026) de la GnRH sont officiellement indiqués uniquement chez les femmes adultes en âge de procréer.

#### 4.2.4.1 Agonistes de la GnRH

Le mécanisme des agonistes de la GnRH repose sur une désensibilisation progressive des récepteurs hypophysaires de la GnRH, entraînant une diminution de la sécrétion des gonadotrophines (FSH et LH) par rétrocontrôle négatif et induisant ainsi un état hypoestrogénique comparable à une ménopause « artificielle » et réversible (Piriyev et al., 2025). Une stimulation initiale des gonadotrophines et des œstrogènes survient toutefois dans les deux premières semaines (« hormonal flare effect »), pouvant aggraver transitoirement les douleurs pelviennes. L'administration des agonistes de la GnRH une semaine avant les règles permettrait de réduire ce phénomène (Taylor et al., 2021).

Selon une revue Cochrane récente (Veth et al., 2023), les agonistes de la GnRH auraient une efficacité supérieure à un placebo dans les douleurs endométriales, (douleurs pelviennes, dysménorrhée et dyspareunie) dans les 3 premiers mois. Toutefois, la qualité des données reste faible et leur supériorité par rapport aux autres traitements hormonaux de première intention n'a pas pu être démontrée.

#### 4.2.4.2 Antagonistes de la GnRH

L'un des principaux avantages des antagonistes de la GnRH est qu'ils agissent immédiatement sans provoquer de poussée hormonale initiale. Contrairement aux agonistes de la GnRH, qui stimulent d'abord les récepteurs de la GnRH avant de les désensibiliser, entraînant une augmentation transitoire des hormones sexuelles (« flare-up »), les antagonistes bloquent directement ces récepteurs dès la première prise.

Au Luxembourg, à l'heure actuelle, outre l'association fixe comprenant un antagoniste de la GnRH avec add-back therapy (à savoir le rélugolix associé à l'estradiol et à l'acétate de noréthistérone), le linzagolix est également disponible, auquel une add-back therapy doit être associée. Ces deux traitements sont indiqués non seulement dans la prise en charge de l'endométriose, mais également dans le traitement des fibromes utérins.

#### Points de vigilance:

- Un suivi régulier de la densité osseuse demeure primordial au cours du traitement tant pour les antagonistes que pour les agonistes de la GnRH.
- La durée de traitement par agonistes de la GnRH est limitée à un maximum de 6 mois, même en cas d'add-back therapy oestroprogestative (voir [lien RCP](#), consulté le 17/02/2026). En revanche, les antagonistes de la GnRH associés à une add-back therapy peuvent être prescrits sur des durées plus longues, pour autant qu'une surveillance de la densité minérale osseuse soit assurée.

#### Recommandations :

Les agonistes et les antagonistes de la GnRH peuvent être envisagés pour réduire les douleurs liées à l'endométriose, bien que les données concernant la posologie ou la durée du traitement soient limitées.	<b>Recommandation forte</b> (ESHRE 2022)
Les agonistes et antagonistes de la GnRH doivent être réservés en deuxième intention (par exemple lorsque les contraceptifs combinés ou les progestatifs se révèlent inefficaces), en raison d'une balance bénéfice-risque moins favorable et d'un coût plus élevé.	<b>GPP</b> (ESHRE 2022)
En parallèle d'un traitement par agonistes ou antagonistes de la GnRH, les cliniciens doivent prescrire une thérapie de compensation hormonale (add-back therapy) afin de prévenir la perte osseuse et les symptômes liés à l'hypoestrogénie.	<b>Recommandation forte</b> (ESHRE 2022)

### 4.3. Options de traitement non médicamenteux

Le recours à des approches non médicamenteuses peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique, mais leur efficacité spécifique dans l'endométriose reste encore mal établie (NP2 HAS).

Les approches non médicamenteuses, telles que la rééducation du plancher pelvien, les techniques de relaxation et de gestion du stress (p. ex. la sophrologie), l'activité physique adaptée ainsi que les approches psychologiques, peuvent s'intégrer dans une approche multidisciplinaire centrée sur la patiente. Elles peuvent contribuer à la prise en charge de la douleur chronique ainsi qu'aux répercussions psychosociales de la maladie et, ayant montré un effet positif sur la qualité de vie, peuvent être proposées en complément du traitement médical (Consensus des experts du GT).

## 5. PRINCIPES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

**Ces recommandations sont issues des lignes directrices de l'ESHRE et adaptées pour le Luxembourg (ESHRE, 2022).**

Le recours à un traitement chirurgical peut être envisagé dans certaines situations spécifiques. La décision doit être prise de manière concertée avec la patiente, dans le cadre d'une démarche partagée (Consensus des experts du GT).

### 5.1. Généralités

Lorsqu'une intervention chirurgicale est envisagée :

- Une information claire et complète sur les risques, les bénéfices et les effets à long terme doit être fournie à la patiente avant toute intervention (GPP).
- La voie laparoscopique est à privilégier (par rapport à la laparotomie), en raison de ses avantages en termes de récupération et de réduction des complications (Recommandation forte).
- Les lésions découvertes lors de la laparoscopie doivent être traitées de manière complète (Recommandation forte).

### 5.2. Endométriose profonde

- Il est recommandé d'orienter les patientes présentant une endométriose profonde vers une équipe médicale experte afin de garantir une prise en charge optimale (GPP).
- L'exérèse chirurgicale de l'endométriose profonde peut réduire la douleur et améliorer la qualité de vie (Recommandation faible).

### 5.3. Endométriome

- La kystectomie de l'endométriome ovarien est fortement recommandée (notamment lorsque la taille du kyste le justifie), car elle réduit plus efficacement les récurrences et les douleurs que le simple drainage ou la coagulation (Recommandation forte).
- Une attention particulière doit être portée à la préservation de la fonction et de la réserve ovarienne pendant la chirurgie (Recommandation forte).

### 5.4. Hystérectomie

- Chez les femmes ne souhaitant plus concevoir et en échec de traitements conservateurs, une hystérectomie (avec ou sans ovariectomie) peut être envisagée, avec ablation des lésions d'endométriose visibles (Recommandation faible).

**Remarque :** Les cliniciens doivent rester attentifs au fait que les femmes ayant subi une salpingo-ovariectomie bilatérale précoce présentent un risque augmenté de :

- perte de densité osseuse,
- troubles cognitifs,

- pathologies cardiovasculaires.

Ces éléments doivent être pris en compte dans le suivi à long terme, afin d'adapter les mesures préventives et thérapeutiques (Recommandation forte).

## 6. TRAITEMENTS MÉDICAUX EN COMPLÉMENT DE LA CHIRURGIE

Ces recommandations sont issues des lignes directrices de l'ESHRE et adaptées pour le Luxembourg (ESHRE, 2022).

**Recommandations :**

Il n'est pas recommandé de prescrire un traitement hormonal avant la chirurgie dans le but d'en améliorer les résultats immédiats chez les femmes souffrant d'endométriose douloureuse.	<b>Recommandation forte</b>
Un traitement hormonal après la chirurgie peut être proposé aux femmes qui ne souhaitent pas concevoir immédiatement, afin d'optimiser les résultats postopératoires.	<b>Recommandation faible</b>

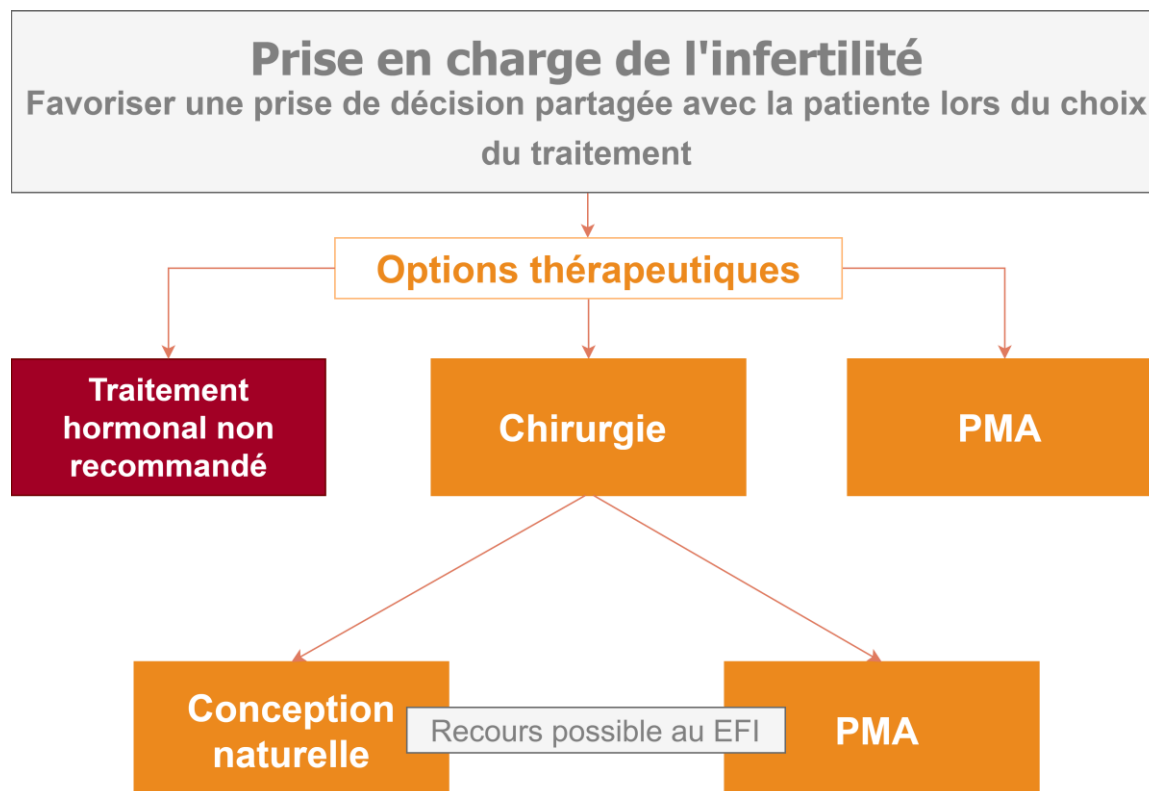
## 7. TRAITEMENT D'INFERTILITÉ LIÉE À L'ENDOMÉTRIOSE

Ces recommandations sont issues des lignes directrices de l'ESHRE et adaptées pour le Luxembourg (ESHRE, 2022).

Les femmes atteintes d'endométriose présentent un risque accru de complications obstétricales, telles que des grossesses extra-utérines, des fausses couches, des naissances prématurées et des retards de croissance intra-utérins (Taylor et al., 2021)(ESHRE, 2022).

L'infertilité liée à l'endométriose nécessite une approche pluridisciplinaire, impliquant notamment le gynécologue, le spécialiste de la fertilité (médecin de la reproduction), le radiologue, ainsi que, le cas échéant, d'autres spécialistes concernés, afin d'intégrer l'évaluation de la réserve ovarienne, la prise en charge de la douleur et une éventuelle intervention chirurgicale, à discuter au cas par cas.

**Schéma 3 :** Prise en charge de l'infertilité liée à l'endométriose, repris des recommandations ESHRE 2022



PMA - Procréation Médicalement Assistée

EFI - Endometriosis Fertility Index

## 7.1. Traitements hormonaux et fertilité

Chez les femmes infertiles atteintes d'endométriose, les traitements hormonaux ne doivent pas être utilisés dans le but d'améliorer la fertilité. En effet, l'ESHRE précise qu'un traitement de suppression ovarienne n'augmente pas les taux de grossesse naturelle et ne doit donc pas être prescrit dans cet objectif (Recommandation forte).

De la même manière, un traitement hormonal postopératoire ne doit pas être proposé aux femmes souhaitant concevoir, car il n'améliore pas leurs chances de grossesse après chirurgie (Recommandation forte).

En revanche, pour les patientes ne prévoyant pas de grossesse immédiatement après la chirurgie, un traitement hormonal peut être envisagé. Il n'a pas d'effet négatif sur la fertilité ultérieure et peut contribuer à réduire la douleur dans la période postopératoire (Recommandation faible).

## 7.2. Chirurgie et fertilité

Chez les femmes infertiles présentant une endométriose minime à légère (stades I/II, ASRM), une laparoscopie peut être proposée, car elle est associée à une amélioration des taux de grossesse évolutive (Recommandation faible).

En présence d'un endométriome ovarien et d'une infertilité, une prise en charge chirurgicale peut également être envisagée, en particulier lorsque la douleur y est

associée ou que la taille/l'évolution du kyste pose question. Néanmoins, les données comparatives restent limitées quant au bénéfice sur la fertilité (Recommandation faible).

Pour l'endométriose profonde, bien que l'effet de la chirurgie sur la fertilité ne soit pas solidement démontré, une intervention peut être discutée chez les patientes symptomatiques ayant un désir de grossesse, après information sur les bénéfices attendus et les risques (Recommandation faible).

Enfin, la décision de recourir à la chirurgie doit être individualisée et multifactorielle (GPP), en tenant compte :

- de la présence et de l'intensité des douleurs,
- de l'âge de la patiente et de l'horizon de projet parental,
- des préférences et priorités de la patiente (douleur, délai de conception, contraintes professionnelles/personnelles),
- des antécédents chirurgicaux et du risque d'atteinte de la réserve ovarienne (notamment en cas d'endométriose),
- de la réserve ovarienne et des autres causes d'infertilité identifiées,
- de l'Endometriosis Fertility Index (EFI) ([lien](#), consulté le 17/02/2026), utile pour estimer le pronostic de conception spontanée après chirurgie et guider l'orientation vers la procréation médicalement assistée (PMA), si besoin.

### 7.3. Procréation médicalement assistée (PMA)

La prise en charge de l'infertilité associée à l'endométriose peut inclure un recours à la procréation médicalement assistée (PMA) ([lien vers le service PMA au CHL](#), consulté le 17/02/2026). Celle-ci peut être proposée lorsque certaines situations cliniques augmentent la probabilité d'un échec des tentatives naturelles. C'est notamment le cas en présence :

- d'une altération tubaire,
- d'un facteur masculin,
- d'un EFI faible,
- d'un échec des autres options thérapeutiques.

(Recommandation faible)

Il est également important de souligner que les femmes peuvent être rassurées concernant la sécurité de la PMA : les études montrent que le recours à ces techniques n'augmente pas le risque de récurrence de l'endométriose par rapport aux patientes n'y ayant pas recours. Cette donnée représente un élément essentiel pour accompagner la décision thérapeutique (Recommandation faible).

### 7.4. Préservation de la fertilité et grossesse

En présence d'une endométriose ovarienne étendue, il est essentiel que les cliniciens engagent une discussion approfondie avec la patiente au sujet de la préservation de la fertilité. Il s'agit d'une décision qui doit être mûrement réfléchie, en tenant compte de l'âge, du projet parental et des préférences individuelles (Recommandation forte).

Il est également important de rappeler que les patientes ne doivent pas être encouragées à être enceintes dans le seul but de traiter l'endométriose. Contrairement à une idée

encore répandue, la grossesse n'entraîne pas systématiquement une amélioration des symptômes et ne garantit, ni une diminution, ni un ralentissement de la progression de la maladie. Cette clarification est essentielle pour éviter des attentes irréalistes et pour soutenir une prise de décision éclairée (Recommandation forte).

## 8. CAS PARTICULIERS

### 8.1. Endométriose et adolescence

**Ces recommandations sont issues des lignes directrices de l'ESHRE et adaptées pour le Luxembourg (ESHRE, 2022).**

#### 8.1.1 Diagnostic

Chez les adolescentes, il est fortement recommandé d'accorder une attention particulière à la collecte des antécédents médicaux afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque d'endométriose, tels que :

- des antécédents familiaux positifs,
- des malformations génitales obstructives,
- une ménarche précoce,
- ou un cycle menstruel court.

(Recommandation forte)

Les cliniciens peuvent également évoquer un diagnostic d'endométriose chez les jeunes patientes présentant un absentéisme scolaire cyclique ou ayant recours aux contraceptifs oraux pour traiter une dysménorrhée. Ces situations peuvent constituer des signaux d'alerte à ne pas négliger (Recommandation faible).

En l'absence de recommandations spécifiques à cette tranche d'âge, les principes appliqués chez les adultes peuvent être transposés à l'examen clinique des adolescentes. Toutefois, avant de réaliser un examen vaginal ou rectal, il est essentiel d'aborder son acceptabilité avec la patiente et son représentant légal, en tenant compte de son âge, de sa maturité et de son contexte culturel (Recommandation forte).

L'échographie transvaginale, lorsqu'elle est jugée appropriée, peut être réalisée avec l'accord de la patiente et de son représentant légal. Si cette voie d'examen n'est pas adaptée, des alternatives telles que l'IRM, l'échographie transabdominale ou l'échographie transrectale peuvent être envisagées (Recommandation forte).

En cas de suspicion persistante d'endométriose malgré une imagerie négative et un échec des traitements médicaux de première ligne (contraceptifs hormonaux ou progestatifs), il peut être envisagé de recourir à une laparoscopie diagnostique (Recommandation faible).

Si une laparoscopie est effectuée, il est fortement recommandé de pratiquer des biopsies afin d'obtenir une confirmation histologique. Il est toutefois important de rappeler qu'une histologie négative n'exclut pas totalement la maladie (Recommandation forte).

### 8.1.2 Traitement

Chez les adolescentes souffrant de dysménorrhée sévère ou de douleurs associées à l'endométriose, il est fortement recommandé de proposer des contraceptifs hormonaux combinés ou des progestatifs. Ces traitements sont reconnus pour leur efficacité et leur sécurité, bien que certains progestatifs puissent réduire la densité minérale osseuse, un élément à prendre en compte lors du suivi (Recommandation forte).

Les AINS, utilisés sur une courte durée, peuvent également être proposés pour soulager la douleur, notamment lorsque les traitements hormonaux ne sont pas indiqués ou ne sont pas tolérés (Recommandation forte).

L'ablation chirurgicale des lésions peut être envisagée pour améliorer les symptômes. Cependant, les risques de récurrence demeurent élevés, en particulier en l'absence de traitement hormonal postopératoire (Recommandation faible).

Si une chirurgie est indiquée, elle doit être réalisée par laparoscopie, par un chirurgien expérimenté, avec une ablation complète des lésions lorsque cela est possible (Recommandation forte).

Une hormonothérapie postopératoire est recommandée pour prévenir la récurrence des symptômes (Recommandation forte).

**Remarque importante :** Chez les adolescentes et les jeunes femmes, les agonistes et antagonistes de la GnRH ne doivent être envisagés qu'en dernier recours, après l'échec de toutes les autres options thérapeutiques. Une vigilance particulière est nécessaire chez les adolescentes de moins de 16 ans, qui n'ont pas encore atteint leur densité minérale osseuse maximale (Consensus des experts du GT).

Ce traitement peut être envisagé uniquement après une discussion approfondie avec un professionnel spécialisé, afin d'expliquer clairement les effets secondaires potentiels et les risques à long terme (Recommandation forte).

### 8.1.3 Fertilité

Il est fortement recommandé d'informer les adolescentes atteintes d'endométriose (Recommandation forte) :

- des effets potentiellement délétères de l'endométriose ovarienne,
- et des conséquences de la chirurgie sur la réserve ovarienne et la fertilité future.

## 8.2. Endométriose et ménopause

**Ces recommandations sont issues des lignes directrices de l'ESHRE et adaptées pour le Luxembourg (ESHRE, 2022).**

### 8.2.1 Prise en charge de la maladie après la ménopause

Les cliniciens doivent garder à l'esprit que l'endométriose peut persister ou rester symptomatique après la ménopause. Bien que très rare, cette évolution doit être envisagée pour assurer une prise en charge adaptée (GDG).

Le GDG souligne également l'importance de reconnaître l'incertitude entourant le risque de transformation maligne de l'endométriose après la ménopause. Ainsi, en présence d'une masse pelvienne suspecte, l'évaluation et la prise en charge doivent suivre les recommandations nationales en oncologie, afin de garantir une sécurité optimale (GPP).

### 8.2.2 Traitement des symptômes ménopausiques chez les femmes avec antécédents d'endométriose

Les cliniciens peuvent envisager un traitement hormonal substitutif combiné (œstrogène–progestatif) pour traiter les symptômes postménopausiques chez les femmes ayant des antécédents d'endométriose, que la ménopause soit naturelle ou chirurgicale. Cette approche peut améliorer significativement la qualité de vie dans cette période de transition hormonale (Recommandation faible).

Il est toutefois fortement recommandé d'éviter l'utilisation d'œstrogènes seuls, y compris chez les femmes hystérectomisées ayant des antécédents d'endométriose, en raison du risque de stimulation de foyers ectopiques résiduels et de leur possible transformation maligne (Recommandation forte).

Dans le cas d'une ménopause chirurgicale précoce, le GDG recommande de poursuivre un traitement hormonal substitutif combiné au moins jusqu'à l'âge de la ménopause naturelle, afin de limiter les effets d'une carence hormonale précoce (GPP).

### 8.3. Endométriose extrapelvienne

Compte tenu de la complexité et de la rareté de ces formes d'endométriose, il est conseillé de discuter du diagnostic et de la prise en charge au sein d'une équipe disposant d'une expertise confirmée dans l'endométriose extrapelvienne, ou de solliciter un expert avéré (Consensus des experts du GT).

### 8.4. Endométriose asymptomatique, découverte fortuitement

**Ces recommandations sont issues des lignes directrices de l'ESHRE et adaptées pour le Luxembourg (ESHRE, 2022).**

Chez les femmes chez qui une endométriose asymptomatique est découverte de manière fortuite, il est fortement recommandé de ne prescrire aucun traitement médical. En l'absence de symptômes, les traitements hormonaux ou autres thérapeutiques ne présentent aucun bénéfice démontré (Recommandation forte).

De la même manière, il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une exérèse ou une ablation chirurgicale lorsqu'une endométriose asymptomatique est identifiée lors d'une intervention effectuée pour un autre motif. La chirurgie ne doit être envisagée que si un bénéfice clinique clairement identifié est attendu (Recommandation forte).

Il est toutefois recommandé d'informer et de conseiller les patientes lorsqu'une endométriose est découverte fortuitement, même en l'absence de symptômes. Cette information permet de répondre aux interrogations, d'expliquer l'évolution potentielle de la maladie, et de garantir une prise en charge adaptée en cas d'apparition ultérieure de symptômes (GPP).

## 9. PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE DE L'ENDOMÉTRIOSE

**Ces recommandations sont issues des lignes directrices de l'ESHRE et adaptées pour le Luxembourg (ESHRE, 2022).**

Chez les femmes présentant un endométriome, lorsque la chirurgie est indiquée, il est fortement recommandé de privilégier la kystectomie ovarienne plutôt que le drainage ou l'électrocoagulation. Cette technique offre, en effet, de meilleurs résultats en réduisant plus efficacement le risque de récurrence, la dysménorrhée, la dyspareunie et les douleurs pelviennes non menstruelles. Toutefois, il est essentiel de garder à l'esprit que la kystectomie peut entraîner une diminution de la réserve ovarienne, un élément qui doit être soigneusement intégré à la décision thérapeutique, en particulier chez les patientes ayant un projet de grossesse (Recommandation forte).

Il est également fortement recommandé d'instaurer un traitement hormonal postopératoire par un contraceptif hormonal combiné ou un progestatif, pour une durée d'au moins 18 à 24 mois. Cette prise en charge permet de prévenir efficacement la réapparition de la dysménorrhée liée à l'endométriose (Recommandation forte).

Après le traitement chirurgical de l'endométriome, chez les femmes ne souhaitant pas concevoir immédiatement, un traitement hormonal à long terme est recommandé (Recommandation forte).

## 10. RÉFÉRENCES

1. AFMPS. (2021, July 31). *Contraceptif hormonal combiné (CHC) – diénogest/éthynylestradiol (Louise): Direct Healthcare Professional Communication (DHPC)*. Consulté le 26/11/2025. <https://www.afmps.be/sites/default/files/DHPC%20Louise%20FR%20-%20Website.pdf>
2. Allen, C.L., Banerjee, S., Karoshi, M. et al. The efficacy of progestins in managing pain associated with endometriosis, fibroids and pre-menstrual syndrome: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet* 311, 1511–1533 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00404-025-07957-0>
3. American Society for Reproductive Medicine. (1997). *Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis*. *Fertility and Sterility*, 67(5), 817–821. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)81391-X](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(97)81391-X)
4. As-Sanie, S., Mackenzie, S. C., Morrison, L., Schrepf, A., Zondervan, K. T., Horne, A. W., & Missmer, S. A. (2025). Endometriosis: A review. *JAMA*, 334(1), 64–78. DOI : 10.1016/S0140-6736(21)00389-5.
5. Becker CM, Gattrell WT, Gude K, Singh SS. Reevaluating response and failure of medical treatment of endometriosis: a systematic review. *Fertil Steril*. 2017 Jul;108(1):125-136. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.004.
6. Bofill Rodriguez, M., Dias, S., Jordan, V., Lethaby, A., Lensen, S. F., Wise, M. R., Wilkinson, J., Brown, J., & Farquhar, C. (2022). Interventions for heavy menstrual bleeding; overview of Cochrane reviews and network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD013180. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013180.pub2>
7. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP), « Répertoire commenté des médicaments, ». Consulté le 26/11/2025. <https://www.cbip.be/fr/>
8. Direction de la Santé (DiSA), *Risque de méningiome associé aux progestatifs– Données de surveillance*. Consulté le 26/11/2025, <https://santeseclu.public.lu/dam-assets/fr/espace-professionnel/domaines/dhpc/dhpc-2025/risque-de-mningiome-associ-aux-progestatifs.pdf>
9. Ebert AD, Dong L, Merz M, Kirsch B, Francuski M, Böttcher B, Roman H, Suvitie P, Hlavackova O, Gude K, Seitz C. Dienogest 2 mg Daily in the Treatment of Adolescents with Clinically Suspected Endometriosis: The ViSanne Study to Assess Safety in ADOlescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017 Oct;30(5):560-567. doi: 10.1016/j.jpap.2017.01.014.
10. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jul 29;2014(7):CD004695. doi: 10.1002/14651858.CD004695.pub3.
11. EHP-30 questionnaire, <https://endo-bfc.fr/wp-content/uploads/2023/11/EHP-30-1.pdf>, consulté le 4/11/2025.
12. European Medicines Agency (EMA). *Combined hormonal contraceptives*. Consulté le 26/11/2025, <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/combined-hormonal-contraceptives>
13. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). (2022). ESHRE guideline: Endometriosis. ESHRE. [https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022\\_1.pdf](https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_1.pdf)

14. Ghiasi M, Kulkarni MT, Missmer SA. Is Endometriosis More Common and More Severe Than It Was 30 Years Ago? *J Minim Invasive Gynecol*. 2020 Feb;27(2):452-461. doi: 10.1016/j.jmig.2019.11.018.
15. Gibbons, T., Georgiou, E. X., Cheong, Y. C., & Wise, M. R. (2021). Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(12), CD005072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005072.pub4>
16. Grandi G, Barra F, Ferrero S, Sileo FG, Bertucci E, Napolitano A, Facchinetti F. Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019 Feb;24(1):61-70. doi: 10.1080/13625187.2018.1550576.
17. Harder, C., Velho, R. V., Brandes, I., Sehouli, J., & Mechsner, S. (2024). Assessing the true prevalence of endometriosis: A narrative review of literature data. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15756>
18. HAS 2017, fiche de synthèse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise\\_en\\_charge\\_de\\_lendometriose\\_-\\_demarche\\_diagnostique\\_et\\_traitement\\_medical\\_-\\_fiche\\_de\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf), consulté le 18/02/2026
19. Haute Autorité de Santé (HAS). (2017). Prise en charge de l'endométriose (Recommandation de bonne pratique). HAS. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise\\_en\\_charge\\_de\\_lendometriose\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf), consulté le 18/02/2026.
20. Haute Autorité de Santé (HAS). (2025). Actualisation de la place des différents examens d'imagerie pour le diagnostic d'endométriose (Recommandation de bonne pratique). Label HAS. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/reco492\\_label\\_endometriose\\_imagerie\\_argumentaire\\_coi\\_2025\\_05\\_14\\_v0.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/reco492_label_endometriose_imagerie_argumentaire_coi_2025_05_14_v0.pdf), consulté le 18/02/2026.
21. Haute Autorité de Santé (HAS) (2024), Évaluation du test salivaire Endotest® dans les situations complexes de diagnostic d'endométriose. (n.d.). Retrieved April 28, 2026, from [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3486036/fr/evaluation-du-test-salivaire-endotest-dans-les-situations-complexes-de-diagnostic-d-endometriose](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3486036/fr/evaluation-du-test-salivaire-endotest-dans-les-situations-complexes-de-diagnostic-d-endometriose)
22. Jensen, J. T., Schlaff, W., & Gordon, K. (2018). Use of combined hormonal contraceptives for the treatment of endometriosis-related pain: A systematic review of the evidence. *Fertility and Sterility*, 110(1), 137-152.e1. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.03.012>
23. Kolanska K, Bendifallah S, Owen C, Thomassin-Naggara I, Bazot M, d'Argent EM, Touboul C, Antoine JM, Chabbert-Buffet N, Daraï E. L'endométriose génitale : épidémiologie et facteurs étiologiques. *Médecine de la Reproduction* 2020 ; 22 (2) : 111-114. doi : 10.1684/mte.2020.0801.
24. Kvaskoff, M. (2024). Endométriose : état des connaissances épidémiologiques. *Questions de santé publique*, (48). Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP). <https://doi.org/10.1051/qsp/2024048>
25. Kvaskoff, M. (2019, avril 28). État des lieux de la recherche sur l'endométriose en France. Inserm U1018, Équipe Générations et Santé, Villejuif. [https://www.endometriose-affairedetous.com/wp-content/uploads/2021/04/Recherche-sur-lendometriose-en-France\\_v2.pdf](https://www.endometriose-affairedetous.com/wp-content/uploads/2021/04/Recherche-sur-lendometriose-en-France_v2.pdf)
26. Leroy Roos, Desimpel Fabian, Ombelet Sien, De Jaeger Mats, Benahmed Nadia, Camberlin Cécile, Christiaens Wendy. Comment améliorer la prise en charge de

- l'endométriose en Belgique ? Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 378BS. DOI : 10.57598/R378BS.
27. Piriyeve, E., Schiermeier, S., & Römer, T. (2025). Hormonal Treatment of Endometriosis: A Narrative Review. *Pharmaceuticals*, 18(4), 588. <https://doi.org/10.3390/ph18040588>
  28. Peitsidis P, Tsikouras P, Laganà AS, Laios A, Gkegkes ID, Iavazzo C. A Systematic Review of Systematic Reviews on the Use of Aromatase Inhibitors for the Treatment of Endometriosis: The Evidence to Date. *Drug Des Devel Ther*. 2023 May 4;17:1329-1346. doi: 10.2147/DDDT.S315726.
  29. Song, S. Y., Park, M., Lee, G. W., Lee, K. H., Chang, H. K., Kwak, S. M., & Yoo, H. J. (2018). Efficacy of levonorgestrel releasing intrauterine system as a postoperative maintenance therapy of endometriosis: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 231, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.10.014>
  30. Taylor, H. S., Kotlyar, A. M., & Flores, V. A. (2021). Endometriosis is a chronic systemic disease: Clinical challenges and novel innovations. *The Lancet*, 397(10276), 839–852. DOI : 10.1016/S0140-6736(21)00389-5.
  31. Veth VB, van de Kar MM, Duffy JM, van Wely M, Mijatovic V, Maas JW. Gonadotropin-releasing hormone analogues for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Jun 21;6(6):CD014788. doi: 10.1002/14651858.CD014788.pub2.
  32. Zondervan, K. T., Becker, C. M., & Missmer, S. A. (2020). Endometriosis. *The New England Journal of Medicine*, 382(13), 1244–1256. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>

# 11. GROUPE DE TRAVAIL

## GT<sup>1</sup> Santé de la femme - Endométriose

**Dr Angelina GANIEVA**, coordinatrice du GT, experte en méthodologie de la CEM<sup>2</sup>

**Mme Carla COIMBRA**, experte en méthodologie de la CEM

**Dr Claire DILLENBOURG**, membre du CS<sup>3</sup>, Direction de la santé

**Mme Sheila FRANTZ**, sage-femme hospitalière, représentante ALSF<sup>4</sup>

**Dr André MARTINS**, médecin généraliste

**Dr Isabelle ROLLAND**, médecin spécialisée en santé publique

**Mme Carole SCHROEDER**, experte en méthodologie de la CEM

**Dr Marc STIEBER**, médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique-chirurgie gynécologique, Comité SLGO<sup>5</sup>

**Dr Patrick TABOURING**, médecin généraliste, représentant SSLMG<sup>6</sup>

**Dr Marie-Laure VANDER ZWALMEN**, médecin généraliste

Les membres du GT ont déclaré leurs [conflits d'intérêts potentiels](#) avec le sujet de cette recommandation.

<sup>1</sup> GT = Groupe de travail

<sup>2</sup> CEM = Cellule d'expertise médicale

<sup>3</sup> CS = Conseil scientifique

<sup>4</sup> ALSF = Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes


<sup>5</sup> SLGO = Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique

<sup>6</sup> SSLMG = Société Scientifique Luxembourgeoise de Médecine Générale


Secrétariat du Conseil scientifique  
[conseil-scientifique.public.lu](mailto:csc@igss.etat.lu) | [csc@igss.etat.lu](mailto:csc@igss.etat.lu)

B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg  
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86292

# ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE VIE



## Questionnaire de qualité de vie-Endométriose



Afin d'améliorer votre prise en charge, nous vous proposons de répondre aux questions suivantes avant votre rendez-vous avec votre professionnelle de santé

Vous venez en consultation 
 1ère fois     2ème fois     3ème fois     4ème fois     + de 4 fois

Questions générales	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<b>Au cours des 4 dernières semaines, à cause de votre endométriose, dans quelles mesure avez-vous</b>					
1 - Eté incapable d'avoir une vie sociale (sortir, aller à des événements sociaux, ...) à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Eté incapable d'effectuer des travaux domestiques (tâches ménagères, ...) à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Trouvé difficile de rester debout à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Trouvé difficile de rester assise à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Trouvé difficile de marcher à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Trouvé difficile de faire de l'exercice ou les activités de loisirs que vous aimez faire à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Perdu l'appétit ou été incapable de manger à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Trouvé difficile de dormir normalement à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Été obligée de devoir aller au lit ou de vous allonger à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Eté incapable de faire les choses que vous vouliez à cause de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Trouvé difficile de vivre avec la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Sentie pas bien, pas en forme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Sentie frustrée parce que vos symptômes ne s'amélioraient pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Sentie frustrée parce que vous n'arriviez pas à contrôler vos symptômes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Eté incapable d'oublier vos symptômes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Eu l'impression que vos symptômes dirigeaient votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Eu l'impression que vos symptômes gâchaient votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Sentie déprimée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Sentie au bord des larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Sentie misérable (abattue, ayant le cafard, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Eu des sautes d'humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Sentie colérique ou de mauvaise humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Sentie violente ou agressive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Eu l'impression de ne pas pouvoir expliquer aux autres ce que vous ressentiez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Eu l'impression que votre entourage ne comprenait pas ce que vous endurez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Eu l'impression que les autres trouvaient que vous vous plaigniez trop ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 - Sentie seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 - Sentie frustrée de ne pas pouvoir porter les vêtements de votre choix ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 - Eu l'impression que votre apparence a été affectée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - Manqué de confiance en vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Les questions suivantes sont classées par thèmes. Si vous n'êtes pas ou ne vous sentez pas concernée par une question ou un thème, passez à la question ou thème suivant

<b>Concernant le travail</b>		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<b>Au cours des 4 dernières semaines, à cause de votre endométriose, dans quelles mesure avez-vous</b>						
1 - Dû vous absenter de votre travail à cause de la douleur ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Été incapable de faire votre travail à cause de la douleur ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Ressenti de la gêne au travail à cause de vos symptômes ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Ressenti de la culpabilité car vous deviez vous absenter de votre travail ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Été inquiète à l'idée de ne pas pouvoir faire votre travail ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Concernant les relations avec les enfants</b>		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<b>Au cours des 4 dernières semaines, à cause de votre endométriose, dans quelles mesure avez-vous</b>						
1 - Trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant(s) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Été dans l'incapacité de jouer avec votre (vos) enfant(s) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Concernant les rapports sexuels</b>		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<b>Au cours des 4 dernières semaines, à cause de votre endométriose, dans quelles mesure avez-vous</b>						
1 - Eu mal pendant ou après vos rapports ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Été inquiète à l'idée d'avoir des rapports sexuels à cause de la douleur ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Évité les rapports sexuels à cause de la douleur ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Sentie coupable de ne pas vouloir de rapports sexuels ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Sentie frustrée car vous ne preniez pas de plaisir lors des rapports sexuels ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Votre sentiment à l'égard du corps médical</b>		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<b>Au cours des 4 dernières semaines, à cause de votre endométriose, dans quelles mesure avez-vous</b>						
1 - Eu l'impression que le(s) médecin(s) consulté(s) ne faisait(ent) rien pour vous ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Eu l'impression que le(s) médecin(s) pense(nt) que tout est dans votre tête ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Sentie frustrée face au manque de connaissances des médecins sur l'endométriose ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Eu l'impression que vous faisiez perdre du temps aux médecins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Le traitement reçu pour votre endométriose (chirurgie, médicaments prescrits)</b>		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<b>Au cours des 4 dernières semaines, à cause de votre endométriose, dans quelles mesure avez-vous</b>						
1 - Sentie frustrée car le traitement ne marchait pas ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Trouvé difficile de faire face aux effets secondaires du traitement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Été contrariée par la lourdeur des traitements que vous avez dû prendre ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La difficulté à procréer (problèmes pour concevoir un enfant)</b>		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<b>Au cours des 4 dernières semaines, à cause de votre endométriose, dans quelles mesure avez-vous</b>						
1 - Été inquiète à l'idée de ne pas avoir un / d'autres enfant(s) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Sentie dévalorisée ou « bonne à rien » à l'idée de ne pas avoir un / d'autres enfant(s) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Sentie déprimée à l'idée de ne pas avoir un / d'autres enfant(s) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Eu l'impression que la possibilité de ne pas avoir d'enfants a mis à l'épreuve votre relation avec votre partenaire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : <https://endo-bfc.fr/wp-content/uploads/2024/10/EHP-30-questionnaire.pdf> (consulté le 23 février 2026)