



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 09 décembre 2021 à Poitiers
par **Madame HENCK Julie**

L'endométriose en soins primaires : évaluation des connaissances et des pratiques des internes de médecine générale en région Poitou Charentes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

Monsieur le Docteur Bertrand GACHON
Madame le Docteur Amélie CARIOU
Madame le Docteur Clara BLANCHARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Raphaël PELLEVOIZIN



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 09 décembre 2021 à Poitiers
par **Madame HENCK Julie**

L'endométriose en soins primaires : évaluation des connaissances et des pratiques des internes de médecine générale en région Poitou Charentes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

Monsieur le Docteur Bertrand GACHON
Madame le Docteur Amélie CARIOU
Madame le Docteur Clara BLANCHARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Raphaël PELLEVOIZIN

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Merci de me faire l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et merci pour votre enseignement pendant ces trois années d'internat.

A Monsieur le Docteur Bertrand GACHON

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Madame le Docteur Amélie CARIOU

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Madame le Docteur Clara BLANCHARD

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Docteur Raphaël PELLEVOIZIN

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, de tes conseils et de ta disponibilité. Soit assuré de mes remerciements les plus sincères.

A Benjamin,

Merci pour ton soutien inconditionnel, merci d'être là, merci d'être toi. Tant de projets et de rêves réalisés ensemble et encore tant à venir ...

A mes parents, à mes petits frères,

Merci pour tous ces éclats de rire et tous ces beaux moments partagés. Merci pour votre soutien pendant ces longues années d'étude et merci d'être toujours présents pour moi.

A mon grand père Michel,

Merci de m'avoir laissé emprunter ton bureau pour jouer au docteur quand j'étais petite et merci pour tous ces merveilleux souvenirs d'enfance. J'ai aujourd'hui une pensée toute particulière pour mamie que j'aurais tant aimé savoir avec nous.

A mes beaux parents,

Merci pour votre soutien depuis de nombreuses années et merci d'avoir accepté de relire ce travail.

A ma famille,

A ma belle famille,

A mes amis,

Trop nombreux pour être tous cités mais également d'un soutien sans faille.

A Marie, ma co-thésarde,

Une alliée indispensable tout au long de cet internat et dans la réalisation de cette thèse. Merci pour ton amitié, je te souhaite le meilleur personnellement et professionnellement.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	p.8
I. Introduction	p.10
II. Matériel et Méthode	p.12
A. Type d'étude	p.12
B. Population de l'étude	p.12
C. Mode de recueil des données	p.12
D. Principaux éléments évalués par le questionnaire	p.12
E. Elements de justification des réponses aux questionnaires	p.13
1. Les facteurs de risques	p.13
2. La pathogénèse	p.13
3. Les signes fonctionnels et symptômes	p.14
4. Les signes cliniques	p.14
5. Les examens complémentaires	p.14
6. Les traitements	p.14
7. La prise en charge par la sécurité sociale	p.15
8. Le lien entre endométriose et cancer de l'ovaire	p.15
F. Exploitation des données	p.15
III. Résultats	p.16
A. Population étudiée	p.16
Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon des internes en médecine générale participant à l'étude	p.16
B. Connaissances concernant les facteurs de risques	p.16
C. Connaissances concernant la pathogénèse	p.17
D. Connaissances concernant les signes fonctionnels et cliniques	p.17

Tableau 2 : Réponses aux questions concernant les signes fonctionnels	p.17
Tableau 3 : Réponses aux questions concernant les signes cliniques	p.18
E. Connaissances concernant les examens complémentaires	p.18
Figure 1 : Répartition des réponses à la question portant sur les examens complémentaires	p.19
F. Connaissances concernant la conduite thérapeutique	p.19
Figure 2 : Répartition des réponses à la question portant sur la prise en charge thérapeutique	p.19
G. Conduites générales concernant l'endométriose	p.20
Tableau 4 : Analyse des réponses selon les critères du sexe des participants et de la réalisation d'au moins un stage dans le domaine de la gynécologie obstétrique	p.20
Tableau 5 : Analyse des réponses selon les critères de participation à une FMC et de la réalisation de l'examen gynécologique	p.21
H. Comparaison avec les médecins généralistes	p.21
Tableau 6 : Analyse des réponses des internes de médecine générale et des médecins généralistes	p.21
IV. Discussion	p.23
V. Conclusion	p.28
BIBLIOGRAPHIE	p.29
ANNEXES	p.31
Annexe 1 : Questionnaire proposé aux internes de médecine générale de Poitou Charentes	
Annexe 2 : Examens complémentaires de première intention selon les recommandations HAS de décembre 2017	
Annexe 3 : Examens complémentaires de deuxième intention selon les recommandations HAS de décembre 2017	
RESUME	p.35
SERMENT	P.36

ABREVIATIONS

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdiens

ALD : affection de longue durée

AP : abdomino-pelvien

CHU : centre hospitalier universitaire

CNAM : caisse nationale de l'assurance maladie

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

COVID-19 : Corona virus disease 2019

CPP : comité de protection des personnes

CRP – IMG : comité de la région Poitou-Charentes des internes de médecins générales

DIU : dispositif intra-utérin

DU : diplôme universitaire

ENT : espace numérique de travail

FMC : formation médicale continue

FST : formation spécialisée transversale

HAS : haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

ISNAR-IMG : Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

IRM : imagerie par résonance magnétique

LNG : levonorgestrel

MSU : maitre de stage universitaire

QCM : questionnaire à choix multiples

TDM : tomodensitométrie (scanner)

I. Introduction

L'endométriose est une pathologie chronique qui affecte environ 7 à 10% des femmes en âge de procréer ⁽¹⁾, soit approximativement 190 millions de femmes dans le monde en 2017 ⁽²⁾. Sa prévalence demeure néanmoins incertaine à ce jour du fait de la grande hétérogénéité clinique et de la nécessité d'une visualisation chirurgicale pour poser le diagnostic formel ⁽³⁾.

En France, la prévalence se situe entre 2 et 74% pour les algies pelviennes chroniques et 33% pour les algies pelviennes aiguës ⁽⁴⁾. Environ 25% des femmes atteintes d'endométriose seraient asymptomatiques ⁽⁵⁾. L'incidence annuelle est, quant à elle, autour de 0,1% ⁽⁴⁾ avec un pic d'incidence chez les femmes âgées de 25 à 35 ans ⁽⁶⁾.

Selon l'étude européenne multicentrique EndoCost, la charge économique annuelle pour la société s'élèverait à 9579€ par patiente atteinte d'endométriose dont 6298€ de coût indirect, lié à la perte de productivité, et 3113€ de coût direct (soins médicaux). Le coût de ces soins médicaux est comparable à ceux du diabète (2858€), de la maladie de Crohn (3100-7447€) et de la polyarthrite rhumatoïde (4282€), ce qui en fait un véritable enjeu de santé publique ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

L'endométriose est définie par la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine ⁽³⁾. Les manifestations cliniques de l'endométriose sont variées avec pour principaux symptômes évocateurs les dysménorrhées intenses, les dyspareunies profondes, les douleurs cataméniales à la défécation, les signes fonctionnels urinaires cataméniaux et l'infertilité ⁽⁴⁾. A ce jour, le traitement consiste en une thérapie hormonale et/ou en l'exérèse chirurgicale des lésions ⁽³⁾.

Le gold standard diagnostic est la visualisation de lésions évocatrices avec la réalisation de biopsies et la mise en évidence d'une preuve histologique. Cependant, une forte présomption diagnostique peut souvent être établie grâce à l'histoire de la patiente, la présentation de symptômes classiques et la difficulté d'adaptation des traitements antalgiques. Il existe donc un réel intérêt de diagnostic précoce de la maladie afin de prévenir l'apparition de complications (endométriome ovarien, fibrose pelvienne, pelvis gelé ou infertilité) ⁽⁹⁾ et de diminuer l'impact de la maladie concernant les plans émotionnels, professionnels et sociaux de la vie des patientes ⁽¹⁰⁾.

Malgré des conséquences non négligeables pour les patientes, leur famille et l'économie, les connaissances publiques et professionnelles de l'endométriose restent pauvres ⁽³⁾. L'attention des médias et des associations de patients amènent, tout de même, à faire changer les pratiques notamment au cours de ces dix dernières années ⁽⁴⁾.

Aujourd'hui encore, le délai diagnostique demeure important avec une moyenne comprise entre 8 à 10 ans ⁽⁹⁾, soit 11,7 ans aux Etats-Unis, 8 ans au Royaume-Uni ⁽¹¹⁾ et environ 7 ans en France selon le réseau EndoFrance. La moyenne est de six consultations ou plus avec le médecin généraliste et dans un tiers des cas, les patientes sont également adressées à un gynécologue à deux reprises avant que le diagnostic soit évoqué ⁽¹²⁾.

Un tiers des femmes déclare confier leur suivi gynécologique à leur médecin généraliste, un tiers à leur gynécologue et le dernier tiers alternativement à l'un et l'autre ⁽¹³⁾. A la lecture de l'ensemble de ces données et devant la carence grandissante

des gynécologues selon le CNOM, le rôle des médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge initiale de l'endométriose semble donc de plus en plus important ⁽¹⁴⁾.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances et les pratiques des internes de médecine générale de la région Poitou-Charentes concernant l'endométriose. Par la suite, ces données seront comparées à celles recueillies auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes par Madame GRENIER Marie.

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Cette enquête est une étude qualitative observationnelle.

Le recueil de données ne portant pas sur des informations de patientes et le questionnaire étant anonymisé, elle n'a pas nécessité de demande d'autorisation auprès de la CNIL.

Enfin, cette recherche n'impliquant pas la personne humaine au sens du décret n°2017-884 du 9 mai 2017, elle n'entre pas dans la catégorie des recherches couvertes par la loi Jardé et n'a donc pas nécessité d'accord du CPP.

B. Population de l'étude

Cette étude a été proposée aux 338 internes de médecine générale rattachés au CHU de Poitiers, selon la liste transmise par le CRP-IMG, sur une période de cinq mois du 19 novembre 2020 au 19 avril 2021. Les internes de tous les semestres de l'internat de médecine générale étaient concernés.

L'objectif de la taille de l'échantillon a été défini au préalable, avec un niveau de confiance souhaité de 95% et une marge d'erreur de 5%, soit un objectif final minimum de 181 participants.

C. Mode de recueil des données

Le questionnaire, disponible sur la plateforme SphinxDeclic, a été diffusé aux internes de médecine générale à l'aide du site internet du CRP-IMG, par mail via la messagerie ENT de la faculté de Poitiers, et par l'intermédiaire des réseaux sociaux (notamment les pages Facebook des promotions des internes de médecine générale de Poitiers et la page Facebook du CRP-IMG).

La version papier du questionnaire n'a pas été retenue en raison de la difficulté de réalisation liée à la crise sanitaire de la COVID-19.

Il a été demandé aux internes de répondre sans utiliser de ressources bibliographiques. Il n'a pas été défini de temps imparti pour répondre au questionnaire et des questions ouvertes et fermées ont été proposées. Enfin, l'anonymat des participants a été préservé pendant le recueil des données et lors du traitement de celles-ci.

D. Principaux éléments évalués par le questionnaire

Les questions présentes dans le questionnaire (annexe 1) ont permis de recueillir des réponses qui peuvent être regroupées comme suit :

- Les éléments de réponses destinés à distinguer, classer les internes de médecine générale en fonction de leur sexe, de leur âge, de la réalisation ou non d'un stage dans un service de gynécologie-obstétrique pendant l'externat ou l'internat, de leur possession ou non d'un diplôme complémentaire en gynécologie (DU, FST...), de leur participation ou non à des formations sur l'endométriose (congrès, FMC...).
- Les éléments de réponses concernant des connaissances générales liées à l'endométriose, tels que les facteurs de risques ou la pathogénèse ;

- Les éléments de réponses concernant le diagnostic de l'endométriose, tels que les signes fonctionnels et les signes cliniques évocateurs ;
- Les éléments de réponses concernant les explorations complémentaires et la prise en charge initiale de l'endométriose ;
- Et enfin, les éléments de réponses permettant de préciser la pratique des internes de médecine générale en gynécologie et notamment dans le cas d'une suspicion d'endométriose.

E. Elements de justification des réponses au questionnaire

Le questionnaire n'étant pas adressé à des patientes, il n'a pas été validé par un comité expert de l'endométriose mais établi selon les recommandations de l'Evidence Based Medicine.

1. Les facteurs de risques

L'association de plusieurs facteurs de risques dans l'apparition et le développement de l'endométriose sont évoqués sans que l'on puisse établir formellement s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence de l'endométriose :

- Au stade fœtal : un petit poids pour l'âge gestationnel, des anomalies mullériennes, un petit poids de naissance ou une exposition in-utero au Distilbène ⁽³⁾ ⁽⁶⁾.
- Au stade de l'enfance et de l'adolescence : des ménarches précoces et un faible indice de masse corporelle ⁽³⁾ ⁽⁶⁾.
- Au stade adulte : des cycles menstruels courts, des menstruations abondantes, un faible indice de masse corporelle, l'absence ou un allaitement de courte durée, la nulliparité, l'exposition à des perturbateurs endocriniens ⁽³⁾ ⁽⁶⁾.

2. La pathogénèse

Bien que l'histoire naturelle de l'endométriose ne soit pas encore parfaitement connue à ce jour, plusieurs éléments explicatifs en lien avec le développement, la génétique et l'environnement sont envisagés ⁽³⁾.

Les postulats de l'origine de l'endométriose les plus probables à ce jour reposent sur la théorie de transplantation de tissu endométrial dans la cavité péritonéale lors de menstruations rétrogrades ⁽¹⁵⁾, la théorie de la métaplasie de l'épithélium coelomique en épithélium endométrial et la théorie d'une dissémination lymphatique et vasculaire de cellules endométriales ⁽³⁾⁽⁶⁾.

Par ailleurs, des processus de dérégulation de la balance des hormones sexuelles ⁽¹⁶⁾, de dérégulation de la réponse immunitaire, et l'implication de facteurs pro-inflammatoires et pro-angiogéniques ont été découverts ⁽¹⁷⁾.

Concernant le potentiel héréditaire de la maladie, plusieurs études de liaison génétique ont été réalisées dans des familles présentant des cas multiples de la pathologie. Celles-ci ont estimé le potentiel héréditaire de l'endométriose proche de 50% ⁽³⁾⁽¹⁸⁾.

Enfin, selon l'état actuel des connaissances scientifiques, les patientes semblent pouvoir présenter une susceptibilité génétique à la naissance ⁽³⁾, mais les données ne semblent pas en faveur d'une pathologie congénitale.

3. Les signes fonctionnels et symptômes

Il existe une grande hétérogénéité clinique avec des patientes pouvant être asymptomatiques malgré une atteinte étendue et des patientes présentant des douleurs sévères malgré un stade peu étendu de la maladie.

Le caractère cyclique des symptômes avec recrudescence cataméniale est évocateur mais aucun symptôme n'est spécifique. Néanmoins, une dysménorrhée sévère avec une valeur supérieure à 7 sur une échelle visuelle analogique associée à une infertilité est quasiment pathognomonique. ⁽¹⁹⁾

Les douleurs abdomino-pelviennes ne sont pas nécessairement rythmées par les cycles et peuvent être chroniques. Leur caractère inflammatoire et/ou neuropathique explique le risque de douleurs persistantes malgré une excision chirurgicale des lésions. Elles peuvent avoir un retentissement majeur sur la vie des femmes avec une asthénie et un absentéisme professionnel. ⁽³⁾

D'autres symptômes évocateurs mais aspécifiques de l'endométriose, sont les dyspareunies (plus fréquemment profondes, parfois superficielles), les ménométrorragies, les signes fonctionnels urinaires (dysurie, hématurie) et les signes fonctionnels digestifs (diarrhée ou constipation, dyschésie, rectorragies et ténésme). ⁽¹⁸⁾
⁽¹⁹⁾

Enfin il existe une part iatrogène de la maladie, avec des localisations pariétales post césarienne ou sur les cicatrices d'épisiotomie, se présentant généralement par des douleurs inhabituelles pour ces types de gestes chirurgicaux. ⁽¹⁸⁾

4. Les signes cliniques

En présence de symptômes évocateurs d'endométriose, un examen gynécologique orienté est recommandé en incluant un examen du cul de sac vaginal postérieur. La visualisation de lésions bleutées à l'examen, la palpation de nodules des ligaments utéro-sacrés ou du cul de sac de Douglas, une douleur à la mise en tension des ligaments utéro-sacrés, un utérus rétroversé, des annexes fixées au toucher vaginal ⁽⁴⁾ et la présence de nodules sur cicatrice de césarienne ou d'épisiotomie ⁽¹⁸⁾ sont évocateurs d'endométriose.

5. Les examens complémentaires

Selon les recommandations du CNGOF et de la HAS, les examens de première intention à réaliser pour rechercher une endométriose sont un examen clinique complet (avec un examen gynécologique si possible) et une échographie pelvienne ⁽⁴⁾. (Annexe 2)

Par ailleurs, les examens de deuxième intention pour rechercher une endométriose sont un examen clinique réalisé par un clinicien référent, l'échographie endo-vaginale réalisée par un expert de la pathologie et l'IRM pelvienne ⁽⁴⁾. (Annexe 3)

6. Les traitements

Chez une femme ayant une endométriose asymptomatique, il n'y a pas d'indication à prescrire un traitement quel qu'il soit (hormonal ou non) en l'absence de souhait d'une contraception.

A ce jour, il n'existe pas de données évaluant l'efficacité du paracétamol ou des antalgiques de classe II et III dans l'endométriose. Les AINS, bien qu'efficaces sur la part

inflammatoire de la maladie, ne sont pas recommandés au long court en raison du risque d'effets secondaires.

La thérapie hormonale est donc l'élément clé de la prise en charge des formes douloureuses de l'endométriose. Ainsi, la contraception par oestroprogestatifs et les dispositifs intra utérin au levonorgestrel (LNG à 52 mg) sont recommandés en première intention.

Par ailleurs, si une origine neuropathique de la douleur est suspectée, un traitement spécifique est recommandé tel que la gabapentine ou l'amitryptiline, qui ont démontré un intérêt dans le traitement des douleurs pelviennes chroniques mais n'ont pas été évalué spécifiquement dans l'endométriose. ⁽⁴⁾

7. La prise en charge par la Sécurité Sociale

Selon la liste actuelle des affections de longue durée (ALD 30) comme défini par l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité Sociale modifié par les décrets n°2004-1049 et n°2011-77, l'endométriose ne fait pas partie des pathologies de cette liste.

Cependant, cette pathologie est éligible à la liste des affections dites « hors liste » (ALD 31), qui concerne les patients atteints d'une forme grave d'une maladie, ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas dans la liste des ALD 30. Pour être éligible, une durée prévisible de plus de six mois de traitement et une thérapeutique particulièrement coûteuse doivent être envisagées comme défini selon l'article R-322-6 du Code de la Sécurité Sociale.

8. Le lien entre endométriose et cancer de l'ovaire

Selon les données scientifiques actuelles, l'association entre endométriose et cancer de l'ovaire est fortement suspectée. Les différentes études ont permis de mettre en évidence un lien entre endométriose et cancer de l'ovaire sans savoir si l'endométriose se comporte comme une lésion précancéreuse ou si certains sous types de cancers de l'ovaire partagent les mêmes facteurs de risques. Ainsi, une endométriose serait retrouvée sur le même ovaire dans 4% des cas de cancer de l'ovaire de type séreux, 1% des cancers de type mucineux, 36% des cancers de type endométrioïde et 19% des cas de cancers de l'ovaire à cellules claires ^{(20) (21) (22)}. A l'heure actuelle le lien causal n'étant pas clairement démontré, il n'est pas recommandé de faire un dépistage du cancer de l'ovaire chez les patientes souffrant d'endométriose ⁽⁴⁾.

F. Exploitation des données

Dans cette étude, la description des variables quantitatives comprend la moyenne, la médiane ainsi que les écarts types et la description des variables qualitatives comprend les effectifs ainsi que les pourcentages.

Un codage des réponses aux questionnaires (code A : réponse satisfaisante, code B : réponse non satisfaisante) a été créé en accord avec les connaissances scientifiques mouvantes de la pathologie et la pratique en médecine générale concernant l'endométriose ne nécessitant pas d'être expert de celle-ci.

Les réponses aux questionnaires ont été analysées par le test exact de Fisher ou le test du CHI 2 en fonction des effectifs théoriques à l'aide du logiciel Graph pad prism 5, et le seuil $p < 0,05$ a été retenu avec un intervalle de confiance de 95% comme le seuil de significativité statistique.

III. Résultats

Les réponses de 220 participants ont été collectées soit 65,09% de participation de la part des internes de médecine générale de la région Poitou-Charentes. L'objectif attendu en terme d'échantillon de population a donc été atteint.

La durée moyenne de saisie des réponses est de 6 minutes 40 secondes avec un minimum à 1 minute 13 secondes et un maximum à 13 minutes et 18 secondes.

A. Population étudiée

Le sex-ratio dans l'échantillon de cette étude est en faveur des femmes (0,375). La moyenne d'âge est de 26,87 ans avec une médiane de 26 ans pour un écart type de 2,48 ans. Les moins de 30 ans représentent 94% des participants à cette étude.

En terme de formation, 35 participants (16%) n'ont jamais effectué de stage pendant l'externat ou l'internat à visée de formation en gynécologie-obstétrique et parmi eux 60% sont des femmes. 41 internes interrogés (19%) sont en cours de réalisation d'un diplôme complémentaire (DU, FST ...) dans ce domaine (dont 93% de femmes) et 5% ont déjà assisté à une FMC ou à un congrès sur l'endométriose (dont 100% sont des femmes, 60% sont à l'aise avec l'examen gynécologique et 100% ont déjà réalisé un stage en gynécologie obstétrique). Enfin 53% des internes participants et 70% des hommes ayant répondu au questionnaire de cette étude se sentent mal à l'aise avec la réalisation d'un examen gynécologique.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon des internes en médecine générale participant à l'étude

Caractéristiques	Nombre de réponses recueillies (%)
<i>Sexe</i>	
➤ Homme	60 (27)
➤ Femme	160 (73)
<i>Age</i>	
➤ 21-30 ans	207 (94)
➤ 31-40 ans	12 (5)
➤ 41-50 ans	1 (<1)
<i>Stage</i>	
➤ Externat uniquement	133 (60)
➤ Internat uniquement	10 (5)
➤ Externat + Internat	42 (19)
➤ Aucun	35 (16)
<i>Diplôme complémentaire en gynécologie</i>	
➤ Diplômés	0 (0)
➤ En cours de réalisation	41 (19)
➤ Aucun	179 (81)
<i>FMC sur l'endométriose</i>	
➤ Oui	10 (5)
➤ Non	210 (95)
<i>A l'aise lors de la réalisation d'un examen gynécologique</i>	
➤ Oui	104 (47)
➤ Non	116 (53)

B. Connaissances concernant les facteurs de risques

Les facteurs de risques les plus fréquemment associés à l'endométriose sont les ménarches précoces (67%) et les menstruations abondantes (59%). Ensuite, ont été cités les cycles menstruels de courte durée (39%) et la nulliparité (37%), puis moins fréquemment un indice de masse corporelle bas (19%), un allaitement de courte durée

(12%) et un faible poids de naissance (10%). En moyenne, 2,4 réponses ont été cochées par les participants. Seulement 3 participants (1,4%) ont coché toutes les réponses jugées en accord avec les connaissances scientifiques actuelles.

Pour l'analyse des données, le code A était attribué si 75% des facteurs de risques associés à la maladie étaient cochés et le code B attribué dans tous les autres cas. Ainsi, 7 participants (3%) ont donné des réponses de code A.

Les analyses statistiques n'ont pas permis de mettre en évidence de facteurs liés à une augmentation du taux de réponses jugées satisfaisantes (tableau 3 et 4).

C. Connaissances concernant la pathogénèse

Le processus inflammatoire et l'existence d'un trouble hormonal sont évoqués respectivement par 62% et 44% des participants quand la présence d'un trouble de la réponse immunitaire et l'hérédité de la pathologie par 14% et 10%. 41% des internes interrogés évoquent une existence congénitale de l'endométriose, en désaccord avec les données actuelles de la science. Une moyenne de 1,5 réponses a été proposée par les participants et un unique répondant (0,45%) a coché la combinaison de réponses considérée comme valide lors de l'élaboration du questionnaire.

Concernant les questions portant sur la pathogénèse, le code A était attribué si 75% des réponses considérées comme valides étaient cochées sauf si un processus congénital était évoqué. Ainsi, 8 participants (4%) ont donné des réponses de code A.

Les analyses statistiques n'ont pas permis de mettre en évidence de facteurs liés à une augmentation du taux de réponses jugées satisfaisantes (tableau 3 et 4).

D. Connaissances concernant les signes fonctionnels et cliniques

Les symptômes les plus associés à la pathologie par les participants sont les dyspareunies profondes (94%), l'infertilité (85%), les douleurs abdominales chroniques (85%) et les dysménorrhées (79%) (Tableau 2). Une moyenne de 6,1 réponses ont été évoquées par les participants. 5 internes (2%) ont coché toutes les réponses valables selon les connaissances actuelles.

Tableau 2 : Réponses aux questions concernant les signes fonctionnels

	Nombre de réponses recueillies (%)
<i>Signes fonctionnels</i>	
➤ Dysménorrhées	173 (79)
➤ Douleurs abdominales chroniques	186 (85)
➤ Dyspareunies profondes	206 (94)
➤ Dyspareunies superficielles	34 (16)
➤ Dyschésie	69 (31)
➤ Dysurie	75 (34)
➤ Infertilité	187 (85)
➤ Asthénie	75 (34)
➤ Absentéisme professionnel	111 (50)
➤ Rectorragies	44 (20)
➤ Ménométrorragies	125 (57)
➤ Douleurs sur cicatrice de césarienne	52 (24)

76% des internes interrogés évoquent l'endométriose lors de la palpation de nodule au toucher vaginal, et 55% lors de la palpation de nodule au toucher rectal. 62% associent également la pathologie à la visualisation de nodules bleutés lors de l'examen au spéculum (Tableau 3). 9 participants (4%) ont coché toutes les réponses jugées en accord avec les connaissances scientifiques actuelles et une moyenne de 2,4 réponses ont été données par les participants.

Concernant les signes fonctionnels, le code A a été attribué si 75% des symptômes associés à l'endométriose étaient évoqués et si les quatre symptômes considérés comme les plus caractéristiques étaient présents (dyspareunie profonde, infertilité, douleurs abdominales chroniques et dysménorrhées). Ainsi, 31 participants (14%) ont donné des réponses jugées satisfaisantes (code A).

Concernant les signes cliniques, le code A a été attribué en présence de 75% des signes cliniques jugés pertinents par les données scientifiques actuelles et le code B dans tous les autres cas. Ainsi, 104 participants (47%) se sont vus attribuer un code A.

Tableau 3 : Réponses aux questions concernant les signes cliniques

	Nombre de réponses recueillies (%)
<i>Signes cliniques</i>	
➤ Nodules bleutés observés lors de l'examen sous spéculum	136 (62)
➤ Palpation de nodule(s) lors du toucher vaginal	166 (76)
➤ Palpation de nodule(s) lors du toucher rectal	120 (55)
➤ Présence d'un pelvis gelé	59 (27)
➤ Présence de nodule(s) sur cicatrice de césarienne	63 (29)

Aucun facteur permettant d'augmenter le nombre de réponses satisfaisantes n'a pu être mis en évidence lors des analyses statistiques (tableau 4 et 5).

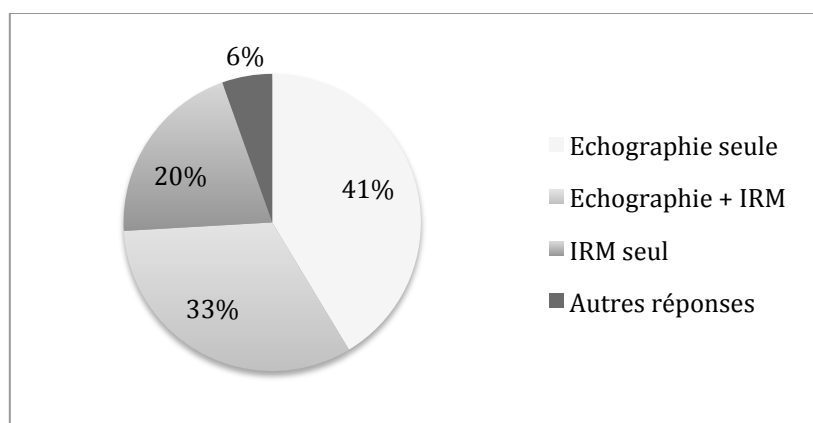
E. Connaissances concernant les examens complémentaires

L'examen complémentaire le plus fréquemment prescrit par les participants en cas de suspicion d'endométriose est l'échographie seule dans 41% des cas (figure 1). Parmi les réponses les moins évoquées (« autres réponses », figure 1) se trouvent le TDM-AP (seul dans 1,3% des cas, associé à une échographie pelvienne dans 1,3% des cas et associé à une IRM pelvienne dans 0,4% des cas), la coloscopie (en association avec l'échographie pelvienne dans 0,4% des cas) et la coelioscopie (seule dans 0,9% des cas, associée à une échographie pelvienne dans 0,4% des cas et associée à une IRM pelvienne dans 0,4% des cas).

Le code A a été attribué à 163 internes interrogés (74%), lorsque ceux-ci avaient coché dans le questionnaire l'échographie seule ou associée à une IRM pelvienne.

Les analyses statistiques concernant l'item « examens complémentaires » n'ont pas permis de mettre en évidence de différence statistiquement significative (tableau 4 et 5).

Figure 1 : Répartition des réponses à la question portant sur les examens complémentaires

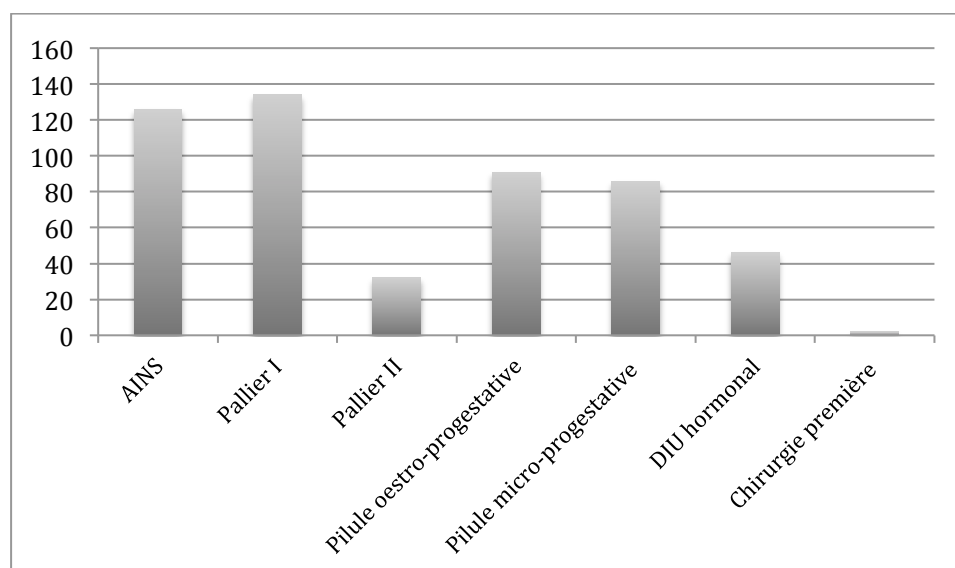


F. Connaissances concernant la conduite thérapeutique

Au total, 22% des internes interrogés ne prescrivent pas, en première intention, de traitement hormonal aux patientes atteintes d'endométriose. Parmi les prises en charge avec une part hormonale, les pilules oestro-progestative (41%) et micro-progestatives (39%) sont les plus représentées. L'association la plus proposée est la prescription d'AINS avec antalgique de pallier I et pilule oestro-progestative (9% des participants). Par ailleurs, Deux participants (0,9%) discutent d'emblée une prise en charge chirurgicale avec leur patiente (figure 2).

Pour l'analyse des données, le code A était attribué si la combinaison de réponses cochées par les participants comportait au moins une proposition de traitement hormonal (pilule oestro-progestative, pilule micro-progestative ou DIU hormonal) et le code B était attribué dans tous les autres cas. Ainsi, 170 participants (soit 77%) ont répondu de manière satisfaisante (code A) à cette question.

Figure 2 : Répartition des réponses à la question portant sur la prise en charge thérapeutique



Les femmes ($p = 0,02$), les internes ayant réalisé au moins un stage dans le domaine de la gynécologie-obstétrique ($p=0,001$) et les participants se sentant à l'aise avec l'examen gynécologique ($p=0,03$) présentent des résultats statistiquement plus satisfaisants selon les données actuelles de la science (tableau 4 et 5).

G. Conduites générales concernant l'endométriose

Parmi les participants, 44% évoquent spontanément le diagnostic d'endométriose dans leur pratique courante et 40% y penseront suite à la réalisation de ce questionnaire. Par ailleurs, un quart des internes interrogés orientent préférentiellement leurs patientes vers un gynécologue expérimenté dans le domaine de l'endométriose et 8% vers un radiologue expert de la pathologie. 7% des participants connaissent à la fois les gynécologues et les radiologues experts de cette pathologie.

Selon 55% des participants, une prise en charge à 100% de l'endométriose est possible (code A pour ce critère) et dans 58% des cas, les internes recherchent systématiquement un cancer de l'ovaire chez les patientes atteintes de la pathologie (code B pour ce critère).

Enfin, 3% des participants ne consultent aucune ressource à propos de l'endométriose, 95% seraient intéressés par des formations à ce sujet et 89% par une plaquette points clés utilisables en pratique courante.

Tableau 4 : Analyse des réponses selon les critères du sexe des participants et de la réalisation d'au moins un stage dans le domaine de la gynécologie-obstétrique

	n	Sexe			Stage de gynécologie		
		Homme n (%)	Femme n (%)	p	≥ 1 n (%)	0 n (%)	p
<i>Facteurs de risques</i>							
Code A	7	1 (2)	6 (4)	0,7	5 (3)	2 (6)	0,3
Code B	213	59 (98)	154 (96)		180 (97)	33 (94)	
<i>Pathogénèse</i>							
Code A	8	2 (3)	6 (4)	1	8 (4)	0 (0)	0,4
Code B	212	58 (97)	154 (96)		177 (96)	35 (100)	
<i>Signes fonctionnels</i>							
Code A	31	10 (17)	21 (13)	0,5	27 (15)	4 (11)	0,8
Code B	189	50 (83)	139 (87)		158 (85)	31 (89)	
<i>Signes cliniques</i>							
Code A	104	30 (50)	74 (46)	0,6	89 (48)	15 (43)	0,6
Code B	116	30 (50)	86 (54)		96 (52)	20 (57)	
<i>Examens complémentaires</i>							
Code A				0,9			0,3
Code B	163	44 (73)	119 (74)		134 (72)	29 (83)	
	57	16 (27)	41 (26)		51 (28)	6 (17)	
<i>Traitement</i>							
Code A	170	40 (67)	130 (81)	0,02	150 (81)	20 (57)	0,001
Code B	50	20 (33)	30 (19)		35 (19)	15 (43)	
<i>Prise en charge à 100%</i>							
Code A				0,2			0,8
Code B	121	37 (62)	84 (52)		101 (55)	20 (57)	
	99	23 (38)	76 (48)		84 (45)	15 (43)	
<i>Dépistage du cancer de l'ovaire</i>							
Code A				0,5			0,3
Code B	128	37 (62)	91 (57)		105 (57)	23 (66)	
	92	23 (38)	69 (43)		80 (43)	12 (34)	

Tableau 5 : Analyse des réponses selon les critères de participation à une FMC et de la réalisation de l'examen gynécologique

	n	FMC		p	A l'aise avec l'examen gynécologique		
		Oui n (%)	Non n (%)		Oui n (%)	Non n (%)	
<i>Facteurs de risques</i>							
Code A	7	0 (0)	7 (3)	1	4 (4)	3 (3)	0,7
Code B	213	10 (100)	203 (97)		100 (96)	113 (97)	
<i>Pathogénèse</i>							
Code A	8	0 (0)	8 (4)	1	5 (5)	3 (3)	0,5
Code B	212	10 (100)	202 (96)		99 (95)	113 (97)	
<i>Signes fonctionnels</i>							
Code A	31	1 (10)	30 (14)	1	14 (13)	17 (15)	0,8
Code B	189	9 (90)	180 (86)		90 (87)	99 (85)	
<i>Signes cliniques</i>							
Code A	104	7 (70)	97 (46)	0,2	53 (51)	51 (44)	0,3
Code B	116	3 (30)	113 (54)		51 (49)	65 (56)	
<i>Examens complémentaires</i>							
Code A	163	9 (90)	154 (73)	0,5	79 (76)	84 (72)	0,5
Code B	57	1 (10)	56 (27)		25 (24)	32 (28)	
<i>Traitement</i>							
Code A	170	10 (100)	160 (76)	0,1	87 (87)	83 (72)	0,03
Code B	50	0 (0)	50 (24)		17 (23)	33 (28)	
<i>Prise en charge à 100%</i>							
Code A	121	6 (60)	115 (55)	1	54 (52)	67 (58)	0,4
Code B	99	4 (40)	95 (45)		50 (48)	49 (42)	
<i>Dépistage du cancer de l'ovaire</i>							
Code A	128	6 (60)	122 (58)	1	65 (62)	63 (54)	0,4
Code B	92	4 (40)	88 (42)		39 (48)	53 (46)	

H. Comparaison aux médecins généralistes

Les données récoltées auprès de 149 médecins généralistes par Madame Grenier Marie ont été comparées aux données récoltées auprès des 220 internes de cette étude (tableau 6). Le système de codage A et B utilisé pour le codage des réponses des médecins généralistes et des internes de médecine générale est strictement le même pour les deux études. Les analyses statistiques montrent une différence statistiquement significative en faveur des internes concernant la réalisation d'examens complémentaires dans l'endométriose et la question portant sur le dépistage du cancer de l'ovaire.

Tableau 6 : Analyse des réponses des internes de médecine générale et des médecins généralistes

	n	Internes de médecine générale n (%)	Médecins généralistes n (%)	p
<i>Facteurs de risques</i>				
Code A	14	7 (3)	7 (5)	0,4
Code B	355	213 (97)	142 (95)	
<i>Pathogénèse</i>				
Code A	19	8 (4)	11 (7)	0,1
Code B	350	212 (96)	138 (93)	
<i>Signes fonctionnels</i>				
Code A	55	31 (14)	24 (16)	0,6
Code B	314	189 (86)	125 (84)	
<i>Signes cliniques</i>				
Code A	185	104 (47)	81 (54)	0,2
Code B	184	116 (53)	68 (46)	
<i>Examens complémentaires</i>				
Code A	258	163 (74)	95 (64)	0,03
Code B	111	57 (26)	54 (36)	

Tableau 6 (suite) : Analyse des réponses des internes de médecine générale et des médecins généralistes

<i>Traitement</i>				
Code A	295	170 (78)	125 (84)	0,1
Code B	74	50 (22)	24 (16)	
<i>Prise en charge à 100%</i>				
Code A	191	121 (55)	70 (47)	0,1
Code B	178	99 (45)	79 (53)	
<i>Dépistage du cancer de l'ovaire</i>				
Code A	197	128 (58)	69 (46)	0,02
Code B	172	92 (42)	80 (54)	

IV. Discussion

Cette étude révèle un bon niveau de connaissances et de pratiques concernant l'endométriose, chez les internes de médecine générale de l'ancienne région Poitou-Charentes. Leurs connaissances sont satisfaisantes lorsqu'on les compare aux données de la littérature ⁽²³⁾.

La systématisation du stage de troisième cycle de l'internat de médecine générale orienté « médecine de la femme » semble être un élément favorable pour une meilleure connaissance de la pathologie, notamment concernant la triade diagnostique, la conduite thérapeutique et la prescription des examens complémentaires. En revanche, les signes fonctionnels secondaires et les signes cliniques demeurent moins bien connus.

La réalisation de cette enquête présente un biais de sélection puisque seuls les internes en médecine générale qui ont accepté de répondre au questionnaire ont participé. Ainsi, on peut émettre l'hypothèse que les internes ayant accepté de répondre soient les plus intéressés et/ou qualifiés sur le sujet de l'endométriose mais aussi les plus motivés pour répondre à ce type d'enquête, les étudiants étant régulièrement sollicités pour des questionnaires de thèse.

L'objectif de représentativité est satisfaisant en terme de taille d'échantillon souhaitée (220 participants pour un objectif minimal initial de 181 participants), cependant il n'a pas été atteint en terme de genre avec un sex-ratio de 0,375 en faveur des femmes dans l'échantillon contre un sex-ratio de 0,6 en faveur des femmes dans la population initiale selon les informations transmises par le CRP-IMG.

Il existe donc une part plus importante d'internes de sexe masculin n'ayant pas souhaité participer, le reste des caractéristiques des non répondants restent méconnues.

Les modes de recueil de données de cette étude souffrent également de leurs limites. La diffusion par mail est impactée par le nombre important de mails reçus par les étudiants sur leur compte ENT et la diffusion sur les réseaux sociaux implique que les internes y soient inscrits. De plus, le recueil en ligne ne permet pas de contrôler la spontanéité des réponses des participants sans effectuer de recherche bibliographique concomitante.

Certains points concernant la conception du questionnaire proposé sont également discutables. Tout d'abord, au sujet de la question portant sur la réalisation d'un stage en gynécologie-obstétrique pendant l'internat, il convient de discuter d'une ambiguïté évoquée par certains participants. En effet, il est possible lors du 3^{ème} cycle de médecine générale de réaliser un stage hospitalier en gynécologie-obstétrique ou un stage dit « femme-enfant » en ambulatoire. Ainsi, certains participants ont pu ne pas valider l'item concernant le stage de gynécologie obstétrique pendant l'internat, en cas de réalisation d'un stage femme-enfant.

D'autre part, l'absence de réponses possibles « je ne sais pas » pour les questions les plus complexes, portant par exemple sur la pathogénèse de la maladie encore incertaine à ce jour, a pu engendrer un biais important. En effet, un participant n'ayant pas nécessairement les connaissances concernant ces questions pourrait être découragé et répondre de manière aléatoire (l'absence de réponse aux questions n'étant pas possible selon la conception du questionnaire) ou faire des recherches concomitantes et ainsi fausser les résultats de cette étude.

Par ailleurs, la pertinence concernant la proposition de QCM avec réponses fausses (questions portant sur la pathogénèse, les examens complémentaires ou les traitements) est discutable en dehors de la proposition d'un cas clinique. En effet, si la majorité des participants proposent une réponse fausse, peu de déductions seront possibles.

Les questions de cette étude ayant toutes leurs réponses proposées considérées comme valides (questions portant sur les facteurs de risques, les signes fonctionnels ou les signes cliniques par exemple) ont pu également fausser les résultats. En effet, la moyenne de réponses à ces questions n'excède pas 50%, les participants doutant probablement de devoir cocher davantage de réponses.

De plus, certaines questions, même si elles ont été élaborées le plus indépendamment les unes des autres, ont pu orienter les participants dans leurs réponses par le seul fait d'être posées ou selon leurs dispositions dans le questionnaire.

Ainsi, afin de limiter au maximum les biais liés à l'élaboration du questionnaire, un barème avec codage A et B des réponses a été proposé selon le modèle d'un article similaire ⁽²³⁾.

93% des internes de cette étude réalisant un diplôme complémentaire en gynécologie sont des femmes. De la même façon, 100% des participants ayant déjà assisté à une session de FMC au sujet de l'endométriose sont de sexe féminin. Ces chiffres sont en accord avec les statistiques de la liste des affectations des candidats aux ECN qui retrouvent une surreprésentation des femmes en gynécologie avec notamment 98,4% de femmes en gynécologie médicale ⁽²⁴⁾.

Par ailleurs, 53% des participants ne se sentent pas à l'aise avec l'examen gynécologique. Ce chiffre est comparable à celui d'une étude réalisée en Bretagne dans laquelle 43% des médecins généralistes interrogés ne se sentaient pas performants dans la réalisation de cet examen. C'est également le cas pour 70% des internes de sexe masculin interrogés dans cette enquête. Cela ne semble cependant pas impacter la pratique des médecins généralistes une fois installés, selon cette même étude bretonne, qui retrouve une activité en gynécologie comparable entre les femmes (12,24 actes en moyenne par semaine) et les hommes (10,6 actes en moyenne par semaine) ⁽²⁵⁾.

La problématique du délai diagnostique de l'endométriose en France repose sur divers éléments. Il est possible d'évoquer dans un premier temps, la banalisation des symptômes douloureux. En effet, la plupart des signes fonctionnels de l'endométriose dont les dysménorrhées sont souvent banalisées tant par les professionnels que par le « grand public » ⁽²⁶⁾. Etant donné l'importance du comportement et des souhaits des patientes dans la décision médicale ⁽²⁷⁾⁽¹¹⁾, il semble donc indispensable de former les praticiens à reconnaître les symptômes évocateurs d'endométriose. ⁽²⁸⁾.

Contrairement à de nombreuses études ⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾⁽²⁸⁾ dont les résultats montraient que la dyspareunie et l'infertilité étaient mieux prises en compte que les dysménorrhées par les praticiens et dans lesquelles seulement deux médecins sur trois connaissaient la triade diagnostique ; plus de 80% des internes participants évoquent la triade diagnostique complète dans cette enquête. Il semble donc que les dysménorrhées soient davantage prises en compte dans le diagnostic de la maladie. A contrario, les signes uro-digestifs cataméniaux demeurent moins bien connus tous comme dans l'article de Quibel et Al ⁽²³⁾. Au total, seulement 14% des participants ont obtenus des réponses jugées satisfaisantes à propos des signes fonctionnels (code A), notamment du fait du

manque de connaissances concernant les signes fonctionnels « dits secondaires » de la maladie.

L'infertilité est davantage connue comme étant un symptôme évocateur d'endométriose par la population médicale (85% des internes de cette étude, 60% dans une étude précédente ⁽²³⁾) très probablement du fait de l'existence d'un protocole d'investigation bien établi dans ce domaine ⁽⁷⁾ ⁽²⁹⁾. Ce symptôme est également perçu par le corps médical comme un élément médicalement important ⁽¹²⁾.

La bonne connaissance de la triade diagnostique par les participants peut s'expliquer par son évocation à plusieurs reprises dans le référentiel de gynécologie-obstétrique pour le concours de l'ECN (notamment dans les cours évoquant les dyspareunies, les douleurs pelviennes, et la stérilité du couple ⁽³⁰⁾) ; mais également par la médiatisation importante de ces symptômes par l'association EndoFrance et dans le cadre de la campagne d'information nationale « Info-endométriose.fr » lancé en 2016. Les signes fonctionnels secondaires sont en effet, moins fréquemment évoqués dans ces campagnes, tout comme les signes cliniques de l'endométriose. Enfin, contrairement à des pathologies dont l'impact en terme de santé publique est comparable à celui de l'endométriose (diabète ou polyarthrite rhumatoïde par exemple), il n'existe pas, dans le programme pour le concours de l'ECN, d'item dédié à l'endométriose, ce qui aurait pu permettre d'approfondir les connaissances des jeunes médecins à ce sujet.

Plus de la moitié des participants évoquent l'endométriose lors de la visualisation de nodules bleutés sous spéculum ou de la palpation de nodules lors du toucher vaginal ou du toucher rectal (comme enseigné dans le référentiel ⁽³⁰⁾). Cependant, la maladie est évoquée dans moins d'un tiers des cas lors de la présence de nodules sur une cicatrice de césarienne. Ce faible taux de réponses concernant les nodules sur cicatrice de césarienne, peut être expliqué en partie par la réalisation systématique de la consultation du post-partum, dans le cas d'une césarienne, par un gynécologue-obstétricien. On peut donc supposer d'un faible nombre de consultations pour ce motif en médecine générale, les patientes se référant probablement préférentiellement à leur chirurgien.

Enfin, le délai diagnostique est également impacté par un auto-dépistage quasiment nul de la maladie du fait de signes cliniques peu évidents pour les patientes, mais également par des difficultés, pour certaines d'entre elles, à évoquer leurs symptômes du fait d'un embarras (lors de l'évocation de leur vie sexuelle par exemple) ou de la stigmatisation sociale des douleurs menstruelles ⁽³¹⁾.

Concernant la prise en charge thérapeutique, le traitement médical des symptômes sans diagnostic établi participe également au délai diagnostique de l'endométriose. En effet, lorsque les médecins généralistes instaurent empiriquement un traitement hormonal, une stratégie diagnostique nécessite tout de même d'être menée en parallèle ⁽¹²⁾.

Dans cette étude, seulement 22% des internes participants ne prescrivent pas, en première intention, de thérapie hormonale à leurs patientes. Une nouvelle fois, ces éléments font parties intégrantes des campagnes de sensibilisation de plus en plus nombreuses à propos de l'endométriose. Ces résultats sont en conséquence nettement meilleurs que ceux de l'étude de 2013 où 83% des médecins interrogés ne savaient pas que l'aménorrhée était la base du traitement de la maladie ⁽²³⁾.

Les internes de sexe féminin ont mieux répondu à la question portant sur le traitement de première intention de l'endométriose comparativement aux internes de sexe masculin. Ceci peut s'expliquer par un intérêt plus important des femmes pour la

gynécologie ⁽²⁴⁾ et également, une nouvelle fois, par l'importance de la perception de la nécessité médicale par le praticien ⁽²⁷⁾. En effet, on suppose que les médecins de sexe féminin soient davantage sensibilisés par la maladie et les symptômes de celle-ci du fait de leur vécu personnel ⁽³¹⁾.

Enfin, la réalisation d'au moins un stage orienté « médecine de la femme » et la réalisation avec aisance de l'examen gynécologique sont également des facteurs statistiquement associés à des réponses plus satisfaisantes à ce sujet. La réalisation d'un stage de ce type semble donc être un élément clé pour l'amélioration de la prise en charge initiale de la maladie et sa systématisation par la réforme du 25 novembre 2016 portant sur le troisième cycle des études médicales (source : ISNAR-IMG), est en ce sens un élément favorable.

Le diagnostic histologique impliquant la réalisation d'une coelioscopie, est également un frein à l'établissement d'un diagnostic formel. En effet, seul un nombre restreint de patientes en bénéficie et cette exploration, comme toute chirurgie, comporte des risques ⁽²⁹⁾. De plus, les échographies pelviennes, en association ou non à l'IRM pelvienne, peuvent être normales malgré l'existence de lésions d'endométriose. Les limites de la coelioscopie et l'existence d'un nombre non négligeable de faux négatifs suite à la réalisation de ces explorations ⁽²⁶⁾, tendent donc à impacter encore davantage le délai diagnostique et le psychisme des patientes ⁽³²⁾.

Selon les recommandations de la HAS et du CNGOF ⁽⁴⁾, l'examen complémentaire de première intention est la réalisation d'une échographie pelvienne (annexe 1). Cette réponse a été donnée par 41% des internes participants. Par ailleurs, 33% des internes prescrivent d'emblée en association avec celle-ci, une IRM pelvienne, qui est recommandée en seconde intention par les sociétés savantes (annexe 2). Ainsi, 74% des participants ont répondu de façon satisfaisante (code A) à la question portant sur les examens complémentaires. Ces résultats sont supérieurs à ceux de l'étude de Quibel et Al. ou seulement 57% des médecins participants connaissaient l'examen de référence ⁽²³⁾.

Les internes de cette étude présentent également des résultats statistiquement plus satisfaisants à ce sujet, comparativement aux résultats des médecins généralistes recueillis par Madame GRENIER Marie. En effet, les médecins généralistes interrogés prescrivent en majorité l'IRM pelvienne seule ou en association avec l'échographie. Plusieurs éléments permettent d'expliquer cette différence. Tout d'abord, l'IRM était, avant les recommandations de 2017, l'examen d'imagerie de référence en cas de suspicion d'endométriose. Ainsi, les évolutions diagnostiques et thérapeutiques ayant connu des avancées spectaculaires au cours de ces vingt dernières années, la plupart des praticiens en activité n'ont pas connaissance de ces évolutions selon une évaluation de 2018 ⁽²⁶⁾. De plus, la réalisation désormais systématique d'un stage orienté « médecine de la femme » par les internes, a également pu contribuer à cette différence statistique. Enfin, la réalisation d'une IRM pelvienne étant fréquemment plus rapide que la réalisation d'une échographie pelvienne en ambulatoire, selon les retours d'expériences des praticiens participants, cela a également pu influencer leurs réponses et pratiques.

Concernant l'échographie pelvienne, il demeure nécessaire pour les praticiens de connaître les limites de celle-ci ⁽¹²⁾ et de prescrire le cas échéant des examens de seconde intention. Il apparaît indispensable dans cette situation d'orienter les patientes vers des experts de la maladie ⁽²⁶⁾. Parmi les participants, moins d'un quart des internes interrogés orientent préférentiellement leurs patientes vers des gynécologues ou des radiologues experts car ils ne les connaissent pas. Un élément d'amélioration pourrait

donc être la diffusion d'une liste de gynécologues et de radiologues experts référents régionaux de la maladie ⁽²³⁾ ou la multiplication des centres experts en endométriose ⁽²⁶⁾.

Enfin, la découverte future d'un marqueur non invasif (plasmatique par exemple) fiable pour le diagnostic de l'endométriose, serait également une avancée majeure pour son diagnostic ⁽⁹⁾ en permettant notamment de diminuer le nombre d'investigations invasives.

Plus de 60% des femmes consultent leur médecin généraliste pour leur suivi ou pour des problématiques gynécologiques, exclusivement ou alternativement avec un gynécologue. ⁽¹³⁾ Par ailleurs, un diagnostic le plus précoce possible de la maladie est un enjeu de santé publique important, afin d'en diminuer l'impact physique, psychologique et sociétal ⁽³³⁾. Une meilleure connaissance des facteurs de risques et de la pathogénèse pourrait donc permettre un gain d'efficacité concernant le diagnostic précoce de la maladie et l'information des patientes.

Dans cette étude, seulement 3% des participants ont répondu de façon satisfaisante concernant les facteurs de risques et seulement 4% pour la pathogénèse. Ces faibles taux de réponses considérés comme valides (code A) sont en lien avec différents facteurs. En effet, ces éléments sont très faiblement médiatisés et non évoqués dans le référentiel proposé aux étudiants en médecine pour la préparation aux ECN. De plus, pour la pathogénèse, le ou les mécanismes impliqués sont encore incertains ⁽⁶⁾.

D'autre part, selon les données de la Sécurité Sociale en 2018, 4500 femmes atteintes d'endométriose bénéficiaient de la prise en charge en ALD 31. Même si une prise en charge de ce type présume d'une forme grave de la maladie, ce nombre semble faible comparativement aux données de l'INSERM qui estime qu'une femme sur 10 est atteinte de la maladie soit environ 585 000 femmes en France en 2021 (évaluation réalisée selon les données de l'INSEE au 1^{er} janvier 2021). Ce faible pourcentage de femmes concernées par l'ALD 31 s'explique, selon l'association Endofrance, par une inégalité régionale d'attribution de celle-ci par les commissions de l'Assurance Maladie. On peut également émettre l'hypothèse d'une méconnaissance de cette possibilité par les praticiens avec seulement 55% des internes de cette étude qui la propose à leurs patientes.

Concernant l'association de l'endométriose et de certains types de cancer de l'ovaire, 58% des participants pensent que leurs dépistages doivent être systématiquement réalisés contre l'avis des recommandations en vigueur ⁽⁴⁾. Néanmoins, cette question présente un biais cognitif important avec la présentation et l'implication d'un critère de gravité en la présence du cancer de l'ovaire dans le questionnaire puis avec la question du dépistage au sujet de celui-ci. Ce type de présentation et la formulation de la question ont pu encourager les participants à cocher la réponse « oui » de cet item. La différence statistique entre les réponses des internes et des médecins généralistes n'est donc pas interprétable selon nous.

De plus dans cette enquête, plus de la moitié des participants ne pensent pas spontanément à l'endométriose dans leur pratique courante mais 40% l'évoquent pour certaines de leurs patientes suite à la réalisation de ce questionnaire. On peut donc présumer un impact positif pour les patientes suite à la participation à cette étude par les praticiens. La proposition de formations sur le thème de l'endométriose semble donc pouvoir être bénéfique ne serait-ce que pour l'évocation du diagnostic ⁽²⁹⁾ et 95% des participants déclarent être prêt à y participer. Enfin, 89% des internes interrogés seraient également intéressés par une plaquette points clés utilisables en pratique courante pour le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose.

V. Conclusion

Cette étude met en évidence un bon niveau de connaissances et de pratiques, concernant l'endométriose, chez les internes de médecine générale de l'ancienne région Poitou-Charentes.

L'amélioration du délai diagnostique passe par la poursuite des campagnes de sensibilisation et de la formation des médecins à ce sujet, mais également par une meilleure information du public. La poursuite de la diffusion médiatique concernant l'endométriose doit être envisagée avec un renforcement des éléments relatifs aux facteurs de risques et à la pathogénèse ainsi que ceux relatifs aux symptômes « dits secondaires » et à l'examen clinique. De plus, un approfondissement de la formation des étudiants dès le deuxième cycle des études médicales avec la création d'un item dédié à la pathologie, pourrait être un levier d'action, au plus tôt, dans la formation des médecins de demain.

Par ailleurs, les recherches et découvertes autour de l'endométriose ne cessant de se développer depuis le début des années 2000, il semble indispensable d'encourager la formation médicale continue à ce propos et la création d'outils utilisables en pratique courante de médecine générale.

Enfin, la création d'un parcours simplifié pour la prise en charge de ces patientes avec par exemple, la mise en place d'une liste des médecins experts référents régionaux ou la généralisation des centres experts de la maladie sont des perspectives d'avenir à ce sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- (1)** Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* févr 2017;209:3-7.
- (2)** The World Bank Population ages 15-64 (% of population). 2017 (<https://data.worldbank.org/indicators/SP.POP.1564.TO.ZS>).
- (3)** Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. Longo DL, éditeur. *N Engl J Med.* Mars 2020;382(13):1244-56.
- (4)** Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze P, Borghese B, et al. CNGOF/HAS clinical practice guidelines (2017). :57.
- (5)** Salvat J. Diagnostic et suivi de l'endométriose en consultation : nouveautés. *Gynecol Obstet Fertil* 2001;29(9):616-23.
- (6)** Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology.* mai 2014;10(5):261-75.
- (7)** Kanj. O. Evaluation économique de la prise en charge de l'endométriose. *Economies et finances.* Université Clermont Auvergne (2017). :103.
- (8)** Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum reprod* 2012;27:1292-9.
- (9)** Casper RF. Introduction : A focus on the medical management of endometriosis. *Fertility and Sterility.* mars 2017;107(3):521-2.
- (10)** Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A, et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and Sterility.* mai 2010;93(7):2424-8.
- (11)** Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:649-653.
- (12)** Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. *British Journal Of General Practice* 2007; 57: 470-6.
- (13)** Menière R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. Thèse: med: faculté de médecine de Nancy 2004;99p.
- (14)** Van der Zanden M, Nap AW. Knowledge of, and treatment strategies for, endometriosis among general practitioners. *Reproductive BioMedicine Online.* mai 2016;32(5):527-31.
- (15)** Sampson JA. Metastatic or embolic endometriosis, due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the venous circulation. *Am J Pathol* 1927;3:93-110.
- (16)** Dizerega GS, Baber DL, Hogden GD. Endometriosis: role of ovarian steroids in initiation, maintenance and suppression. *Fertil Steril* 1980;33:649-53.
- (17)** Zondervan KT, Becker CM, Koka K, Missmer SA, Taylor RN, Viganò P. Endometriosis. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:9.
- (18)** Daraï E, Ploteau S, Ballester M, Bendifallah S. Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique. *La Presse Médicale.* Déc 2017;46(12):1156-65.
- (19)** Kim JH, Han E. Endometriosis and Female Pelvic Pain. *Seminars in Reproductive Medicine.* mars 2018;36(02):143-51.
- (20)** Pearce CL, Templeman C, Rossing MA, Lee A, Near AM, Webb PM, et al. Association between endometriosis and risk of histological subtypes of ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. *Lancet Oncol* 2012;13:385-94.

- (21)** Fritel X. Les formes anatomocliniques de l'endométriose. J Obstet Gynecol Reprod Biol. Avr 2007;36:113-118.
- (22)** Shafrir AL, Farland LV, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. août 2018;51:1-15.
- (23)** Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. Les médecins traitants devant le défi du dépistage et de la prise en charge de l'endométriose : résultats d'une enquête. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. juin 2013;41(6):372-80.
- (24)** Long S. Internat : les spécialités que les femmes préfèrent, celles que les homes fuient. Le Quotidien du Médecin.fr. Novembre 2017.
- (25)** Gwénola Levasseur. et al. « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne ». Santé publique 2005 ;17 :109-19.
- (26)** Chanavaz-Lacheray I, Darai E, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P, et al. Définition des centres experts en endométriose. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. mars 2018;46(3):376-82.
- (27)** Little P, Dorward M, Warner G et al. Importance of patient pressure and perceived medical need for investigations, referral and prescribing in primary care : nested observation study. BMJ 2004 ;328(7437) :444.
- (28)** Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay ? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. Fertil Steril 2006 ;86(5) : 1296-1301.
- (29)** Arruda MS, Petta CA, abrao MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of brazilian women. Hum Reprod 2003 ;18(4) :756-59.
- (30)** Body G, Darai E, Luton D, Marès P, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Conférence nationale des PU-PH en gynécologie-obstétrique. Gynécologie obstétrique. 2015
- (31)** Seear K. The etiquette of endometriosis : Stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. Social Science & Medicine 2009 ;69 :1220-1227.
- (32)** Moore J, Ziebland S, Kennedy S. People sometimes react funny if they're not told enough ; women's views about the risks of diagnostic laparoscopy. Health Expectat 2002 ;5 :302-9.
- (33)** Ballweg ML. Impact of endometriosis on women's health : comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2004 ;18(2) :201-18.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire proposé aux internes de médecine générale de Poitou Charentes

Première partie : Caractérisation du participant

- 1) Vous êtes ... ?
 - Un homme
 - Une femme
- 2) Quel âge avez-vous ?
 - (réponse libre)
- 3) Vous êtes ... ?
 - Interne en médecine générale
 - Médecin généraliste
- 4) Avez-vous effectué au cours de votre cursus un stage en gynécologie obstétrique ?
 - Un stage pendant l'externat
 - Un stage pendant l'internat
 - Non, je n'ai jamais effectué de stage en gynécologie
- 5) Possédez-vous un diplôme complémentaire en gynécologie (diplôme universitaire de gynécologie, FST ...)
 - Oui
 - Non
 - C'est un projet / c'est en cours
- 6) Avez-vous déjà participé à une formation sur l'endométriose ? (exemple : congrès, FMC ...)
 - Oui
 - Non

Deuxième partie : Caractérisation de la pratique quotidienne du participant

- 7) Lorsque l'une de vos patientes aborde une problématique gynécologique :
 - Vous vous sentez à l'aise, vous réalisez la plupart du suivi gynécologique de vos patientes
 - Vous vous sentez mal à l'aise, vous préférez orienter votre patiente vers un confrère gynécologue ou sage femme
- 8) A votre avis, quels sont les facteurs de risques d'endométriose ?
 - Petit poids de naissance (< 2500 g)
 - Indice de masse corporelle bas (IMC < 18)
 - Menstruations abondantes

- Allaitement de courte durée (<1 mois)
 - Ménarches précoces
 - Cycles menstruels courts
 - Nulliparité
- 9) A votre avis, quelle est la pathogénèse de l'endométriose ?
- Elle est héréditaire
 - Elle est congénitale
 - Elle est secondaire à un processus inflammatoire local
 - Elle est secondaire à un trouble de la réponse immunitaire
 - Elle est secondaire à un trouble hormonal
- 10) En pratique, vous évoquez le diagnostic d'endométriose devant ... :
- Dysménorrhées
 - Douleurs abdominales chroniques
 - Dyspareunies profondes
 - Dyspareunies superficielles
 - Dyschésies
 - Dysuries
 - Infertilité
 - Asthénie
 - Absentéisme professionnel
 - Rectorragies
 - Ménométrorragies
 - Douleur sur cicatrice de césarienne
- 11) A votre avis, quels sont les signes cliniques évocateurs d'endométriose ?
- Nodule bleuté à l'examen au spéculum
 - Palpation de nodule au toucher vaginal
 - Palpation de nodule au toucher rectal
 - Pelvis gelé au toucher vaginal
 - Nodule sur cicatrice de césarienne
- 12) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous en première intention ?
- Echographie pelvienne
 - IRM pelvienne
 - TDM abdomino-pelvien injectée
 - Coloscopie
 - Coelioscopie exploratrice
- 13) Quels traitement(s) mettez-vous en place en première intention ?
- Anti-inflammatoires
 - Antalgiques de pallier I
 - Antalgiques de pallier II
 - Pilule oestro-progestative
 - Pilule micro-progestative
 - Dispositif intra utérine au levonorgestrel (Mirena ®, Kyleena ®)
 - Prise en charge chirurgicale première

14) A votre avis, l'endométriose peut-elle faire l'objet d'une prise en charge à 100% ?

- Oui
- Non

15) Selon les données scientifiques actuelles, il existe un lien probable entre endométriose et certains types histologiques de cancer de l'ovaire. Dans ce contexte, pensez-vous que la recherche d'un cancer de l'ovaire soit indiquée systématiquement chez une patiente atteinte d'endométriose ?

- Oui
- Non

Troisième partie : Conduites générales du participant

16) Dans votre pratique quotidienne, avez-vous déjà évoqué un diagnostic d'endométriose ?

- Oui, j'y pense spontanément
- Non, mais après la réalisation de ce questionnaire je l'évoquerai pour certaines de mes patientes
- Non, je ne pense pas avoir de patientes atteintes d'endométriose

17) Quand vous évoquez un diagnostic d'endométriose, savez-vous vers quel spécialiste orienter votre patiente ?

- Oui, je connais les gynécologues et les radiologues experts de mon secteur
- Oui, je connais les gynécologues experts de mon secteur
- Oui, je connais les radiologues experts de mon secteur
- Non, je ne connais pas les experts de mon secteur

18) Dans le cadre de votre pratique quotidienne, quelle(s) ressource(s) mobilisez-vous concernant l'endométriose ?

- L'arbre diagnostic de la HAS (recommandation de décembre 2017)
- Le réseau Endofrance
- Des articles scientifiques
- Des documents issus de formation (Congrès, DU...)
- Autres (réponses libres)

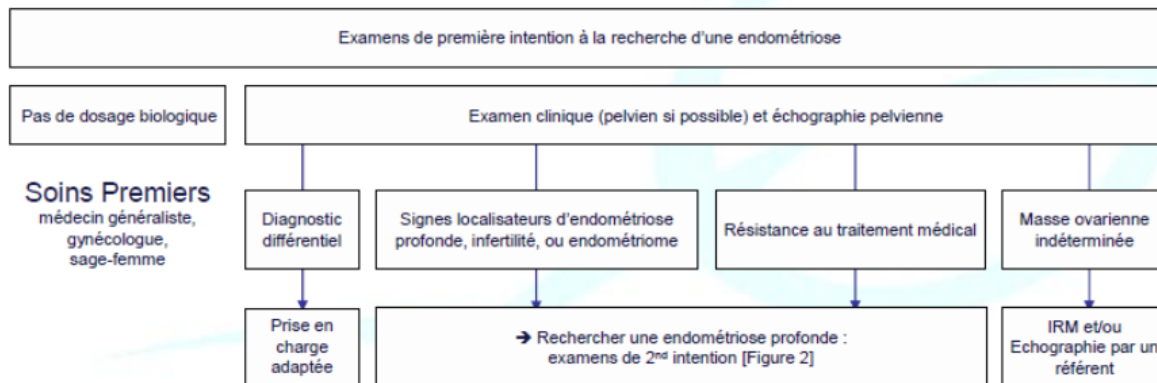
19) Seriez vous intéressé(e) par la mise en place de formation sur le thème de l'endométriose (de type FMC) ?

- Oui
- Non

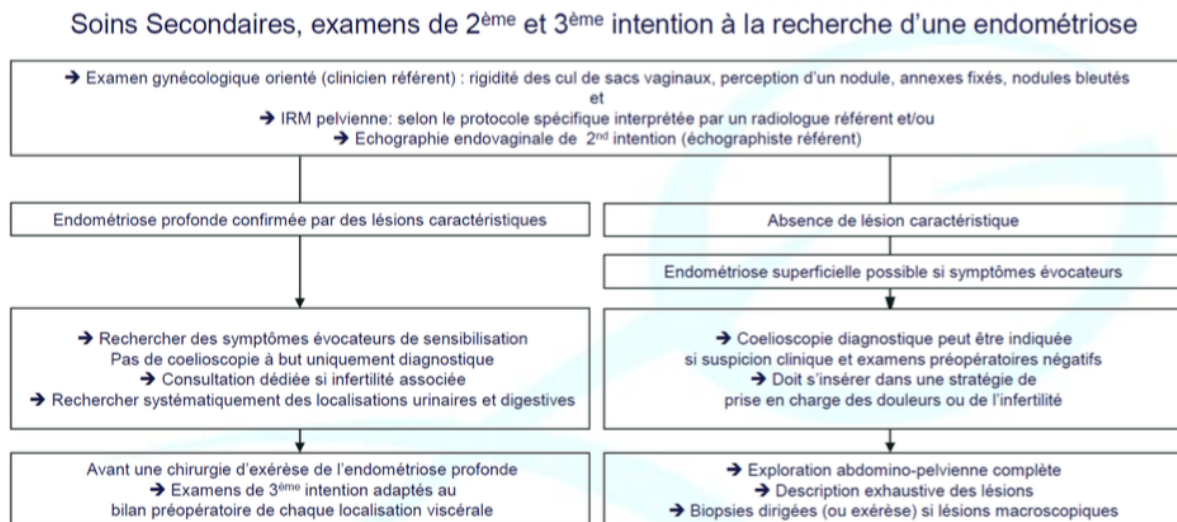
20) Seriez- vous intéressé(e) par la plaquette « points clés » réalisée dans le cadre de notre thèse ?

- Oui
- Non

Annexe 2 : Examens complémentaires de première intention selon les recommandations HAS de décembre 2017



Annexe 3 : Examens complémentaires de deuxième intention selon les recommandations HAS de décembre 2017



RESUME

Introduction : L'endométriose est une pathologie chronique qui affecte une femme sur dix dans le monde. Le délai diagnostique est encore à ce jour de 7 ans environ en France avec une moyenne de six consultations chez un médecin généraliste et deux consultations chez un gynécologue. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances et les pratiques des internes de médecine générale de la région Poitou-Charentes à ce sujet.

Matériel et méthodes : Un questionnaire en ligne a été proposé aux internes issus de tous semestres de l'internat de médecine générale en région Poitou-Charentes pendant cinq mois. Les données obtenues ont été analysées selon le sexe des participants, leur réalisation d'un stage en gynécologie, leur aisance concernant l'examen gynécologique et leur participation à une formation au sujet de l'endométriose ; puis elles ont été comparées aux données obtenues auprès des médecins généralistes.

Résultats : 220 internes ont participé à cette étude de novembre 2020 à avril 2021. Les résultats concernant la triade diagnostique principale, la conduite des examens complémentaires et le traitement de la maladie sont satisfaisants. Les facteurs de risques, la pathogénèse, les signes fonctionnels secondaires et les signes cliniques demeurent quant à eux moins bien connus. Les internes femmes, la réalisation d'un stage orienté « médecine de la femme » et l'aisance lors de la réalisation de l'examen gynécologique sont statistiquement associés à des réponses plus satisfaisantes concernant la conduite thérapeutique. Les connaissances et les pratiques des internes et des médecins généralistes sont sensiblement identiques excepté pour la conduite des examens complémentaires en faveur des internes.

Conclusion : Comparativement à la littérature disponible à ce sujet, les données récoltées révèlent une amélioration satisfaisante des connaissances des internes au sujet de l'endométriose. Une poursuite du renforcement de leur formation à ce sujet pourrait permettre de réduire le délai diagnostique tout comme la simplification du parcours de prise en charge des patientes.

Mots clés : Endométriose – Médecine générale – Etude qualitative – Connaissances - Pratiques



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

