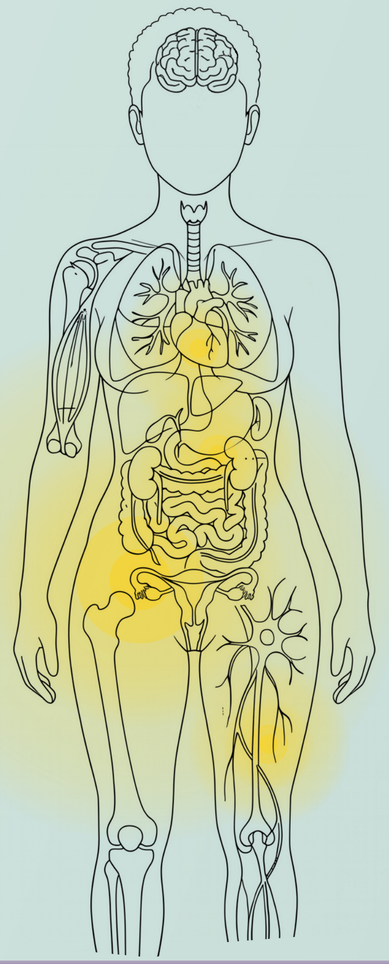
# De la réaction à l’action : votre trousse d’outils pour le diagnostic et la prise en charge de l’endométriose

**Réduire les retards de diagnostic grâce à une détection précoce et à des soins coordonnés.**



**Identifier et intervenir:** Conçue pour remédier au retard critique de diagnostic dans la prise en charge de l’endométriose, cette trousse est une ressource pratique et fondée sur des données probantes visant à donner les moyens aux prestataires de soins primaires (PSP) et aux praticiens en médecine d’urgence (PMU) à combler le fossé entre l’apparition des symptômes et la prise en charge spécialisée grâce à une détection précoce et à un traitement empirique.

**Naviguer dans votre trousse:** Accédez à des outils et ressources fondamentaux pour guider l’équipe de soins à chaque étape du processus de diagnostic de l’endométriose, y compris des conseils spécifiques à chaque rôle, le cas échéant. Vous pouvez imprimer cette trousse pour vous y référer ou télécharger la version numérique pour utiliser les listes de vérification interactives — il suffit de cliquer sur les cercles ou carrés pour suivre votre progression au fur et à mesure.

**Remarque: lors de l’impression, veuillez sélectionner** « Ajuster à la page » ou « Redimensionner » **dans les paramètres de votre imprimante afin de préserver la mise en page et la lisibilité du document.**

**Soutenez votre pratique :** explorez davantage de connaissances et de ressources grâce au Programme d’éducation sur les soins de l’endométriose (ECEP) de CanSAGE, qui propose une formation avancée en interprétation d’imagerie et en parcours de prise en charge chirurgicale.

Health Canada Santé Canada

**CanSAGE remercie le comité consultatif de l’ECEP pour sa contribution.** Cette trousse a été financée par le Fonds pour la santé sexuelle et reproductive de Santé Canada. Les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

CanSAGE | ECEP

# Le coût du retard et pourquoi un dépistage précoce est important [1,2]

**Un résultat d'imagerie « normal » ou négatif ne signifie pas que tout va bien — un retard dans le diagnostic cause des dommages physiques et psychologiques.**

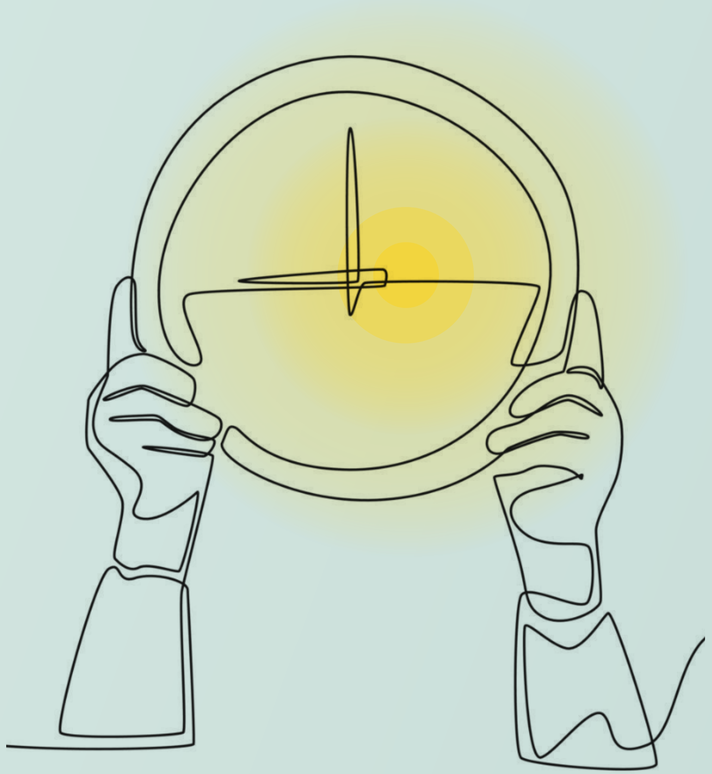
L'endométriose touche au moins une fille ou une femme sur dix, ainsi qu'un nombre indéterminé de personnes bispirituelles et de genre divers, ce qui affecte des millions de Canadiens; pourtant, les patientes font souvent face à des retards importants de plus de cinq ans dans le diagnostic et le traitement.

## Reconnaître le fardeau

Des symptômes persistants et non pris en charge contribuent à des troubles physiques, à une détresse psychologique et à des coûts socio-économiques importants, y compris une perte de productivité.

## Redéfinir l'objectif

Faire passer l'objectif clinique de « l'attente la confirmation chirurgicale » vers l'initiation d'un traitement empirique fondé sur la suspicion clinique.



# Cycle des soins fragmentés [1,2]

**Les lacunes au niveau du système aggravent les retards dans le diagnostic et le traitement, ce qui entraîne des préjudices durables.**

### Apparition et normalisation de la douleur

Les symptômes apparaissent souvent vant l'âge de 20 ans. La douleur chez les adolescents est fréquemment minimisée, ce qui fait manquer des occasions d'intervention précoce.

### Soins fragmentés

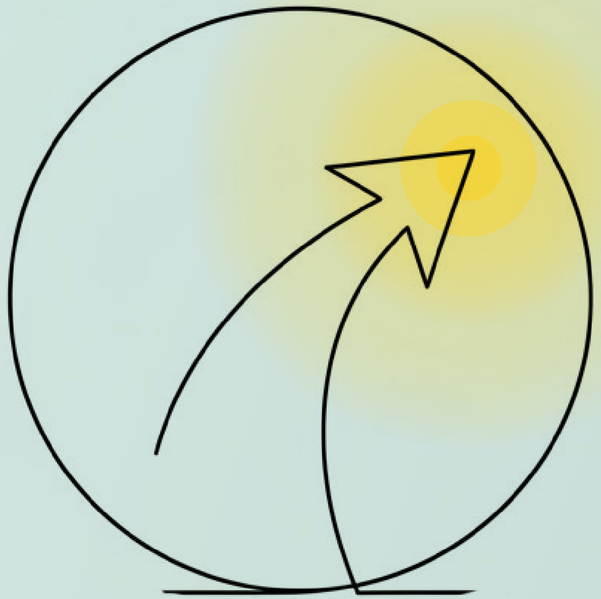
Les patients passent d'un service à l'autre sans plan à long terme en raison d'un accès limité à des diagnostics spécialisés, du manque de reconnaissance et de validation des symptômes, et d'une prise de décision partagée insuffisante concernant les options de traitement. Cela entraîne des difficultés dans la reconnaissance clinique des symptômes complexes et à la nécessité de modèles de soins plus intégrés et collaboratifs.

### Le pivot des urgences

Une douleur insupportable entraîne des visites aux urgences. Sans suivi ciblé, cela se transforme en un cycle de visites répétées et de sentiment d'être ignoré.

### Conséquences

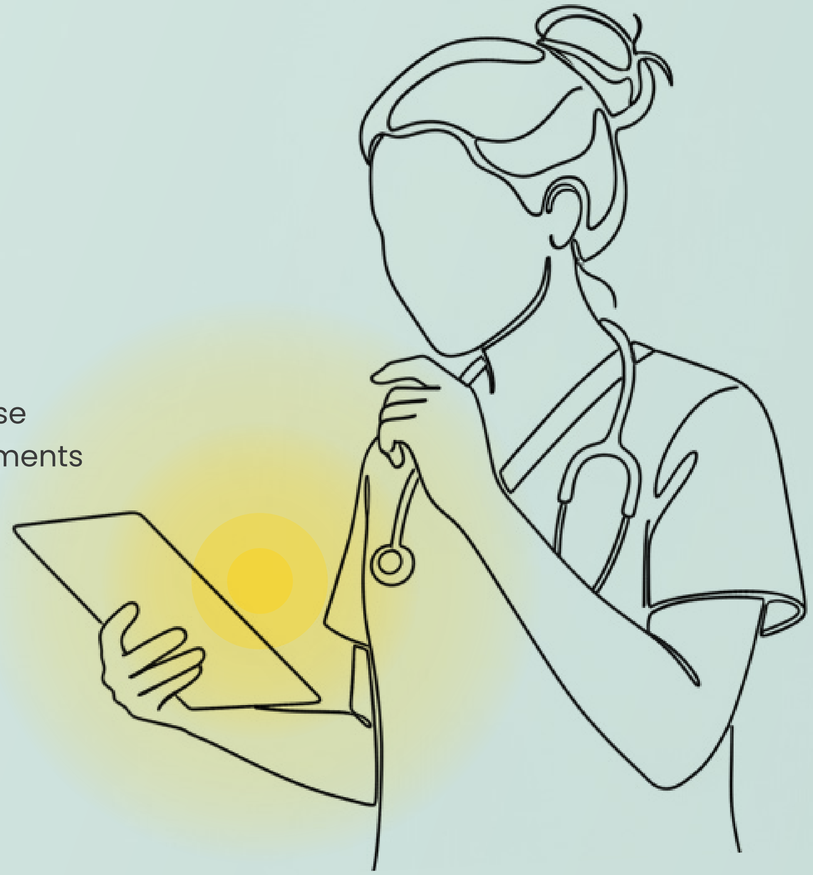
Une endométriose non diagnostiquée entraîne des complications progressives touchant plusieurs systèmes, qui peuvent nuire à la productivité, à la vie sociale, aux relations intimes et à la santé mentale.



# Étape 1 — Reconnaître l'endométriose : établir un soupçon clinique [1–5]

**L'endométriose est une maladie inflammatoire systémique qui se manifeste souvent par des symptômes cycliques et cycliques et qui nécessite un haut degré de suspicion tant pour les formes pelviennes qu'extrapelviennes.**

L'évaluation d'une patiente chez qui l'on soupçonne une endométriose commence par une anamnèse complète comprenant un examen des symptômes, des antécédents médicaux connexes, des traitements antérieurs, de l'impact sur la qualité de vie et des objectifs de soins.



**Utilisez la liste de dépistage de la page suivante pour confirmer la suspicion clinique.**

# Antécédents

**Lors de l'examen d'une endométriose potentielle, vérifiez les éléments suivants :**

### Symptômes principaux (cycliques ou acycliques)

- ◯ **Douleurs pelviennes chroniques** (depuis plus de 3 mois)
- ◯ **Ensemble de symptômes courants** (les 4 « D ») **: dysménorrhée, dyspareunie, dyschésie, dysurie**
- ◯ **Infertilité**

### Symptômes spécifiques à certains systèmes (souvent cycliques) :

- ◯ **Génitaux :** saignements post-coïtaux
- ◯ **Urinaires :** dysurie, hématurie, douleur au flanc
- ◯ **Gastro-intestinal :** dyschésie, ballonnements, diarrhée, constipation, nausées/vomissements
- ◯ **Diaphragme/thorax :** Douleurs à l'épaule ou sous-costales, pneumothorax, hémothorax
- ◯ **Peau, muscles, fascia :** Masse douloureuse avec exacerbation cyclique au niveau des sites d'incisions antérieures, du nombril
- ◯ **Atteinte nerveuse :** Sciatique

### Autres considérations :

- ◯ **Apparition à l'adolescence :** dysménorrhée sévère dès la ménarche, anomalies obstructives (p. ex., règles très légères ou absentes accompagnées de douleurs sévères)
- ◯ **Impact sur le fonctionnement :** Absentéisme fréquent à l'école ou au travail
- ◯ **Résistance au traitement :** Douleur ne répondant pas aux AINS
- ◯ **Autres facteurs de risque :** antécédents familiaux (parent au premier degré), ménarche précoce, cycles menstruels courts, flux menstruel abondant et anomalies müllériennes

**Remarque :** Les symptômes gastro-intestinaux et les douleurs acycliques sont fréquents, en particulier chez les adolescentes.

# Consultation préalable à l'examen

**Avant de procéder à l'examen physique, utilisez le protocole tenant compte des traumatismes ci-dessous pour assurer la sécurité du patient, obtenir son consentement et établir le contrôle de la situation :**

- ◯ **Valider et reconnaître l'expérience de le.la patiente**
- ◯ **Évaluez l'utilité clinique d'un examen bimanuel/interne :** Considérations (recourir à la prise de décision partagée) : patiente adolescente, absence d'antécédents d'activité sexuelle avec pénétration, ou refus de le.la patiente en raison d'un inconfort ou d'un traumatisme. Un diagnostic clinique peut être posé et un traitement empirique instauré sur la base des antécédents et/ou de l'imagerie seule.
  - ☐ **SI L'EXAMEN EST REPORTÉ :** Passer au diagnostic clinique et au traitement empirique.
  - ☐ **SI LE.LA PATIENTE ACCEPTE L'EXAMEN :** Poursuivre avec le protocole tenant compte des traumatismes ci-dessous.
- ◯ **Établir l'autonomie de le.la patiente et favoriser la prise de décision éclairée :** Indiquer à le.la patiente qu'elle a le contrôle de son corps et qu'elle peut interrompre ou arrêter l'examen et poser des questions à tout moment. S'assurer que les résultats de toute procédure ou de tout examen sont discutés en détail avec le.la patiente afin de favoriser une prise de décision éclairée et de respecter son autonomie.
- ◯ **Obtenir et maintenir le consentement :** Obtenez un consentement continu et explicite pour chaque étape de l'examen ou de toute procédure diagnostique. Gardez à l'esprit que certains patients, en particulier les femmes autochtones, les filles, les personnes bispirituelles, transgenres et de genre divers, peuvent se sentir contraints de se conformer aux recommandations médicales en raison de déséquilibres de pouvoir et de traumatismes historiques, tels que la stérilisation forcée. Assurez-vous que les patients comprennent clairement qu'aucune procédure ne sera effectuée sans leur onsentement total et qu'ils ont le droit de faire une pause ou d'arrêter à tout moment.
- ◯ **Proposer la présence d'un accompagnateur**

**Remarque :** Un examen bimanuel doit être effectué après l'évaluation myofasciale. Le clinicien doit utiliser le doigt vaginal pour palper les structures génitales avant d'appuyer sur la paroi abdominale avec la main externe. Mise en garde diagnostique : De nombreuses patientes présenteront un examen bimanuel et au spéculum tout à fait normal, y compris un fornix vaginal postérieur normal. Un examen physique normal n'exclut pas l'endométriose.

# Examen physique

## Si un examen physique ciblé est indiqué, examinez les éléments suivants :

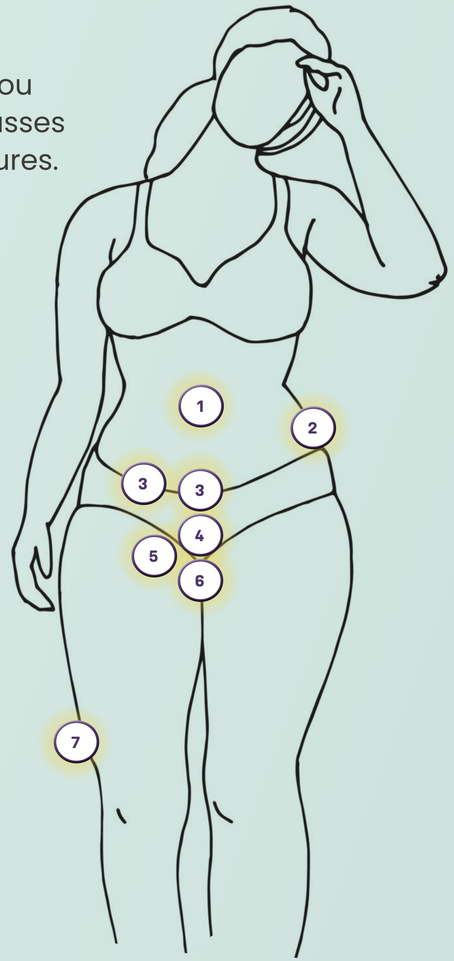
- ◯ **État général :** Vérifiez les signes vitaux en cas de symptômes aigus (pour exclure les urgences ou d'autres pathologies), l'état mental et l'IMC.
- ◯ **Myofascia/paroi abdominale (superficielle, profonde et partie inférieure de la paroi abdominale, y compris les cicatrices) :** Évaluez le tonus, la sensibilité, l'allodynie ou l'hyperalgésie à la recherche de signes de sensibilisation centrale.
- ◯ **Signes neurologiques (douleur ou déficits sensoriels).**
- ◯ **Examen pelvien et signes cliniques évocateurs :** Un examen bimanuel doit être effectué après l'évaluation myofasciale. Le clinicien doit utiliser le doigt vaginal pour palper les structures génitales avant d'appuyer sur la paroi abdominale avec la main externe.

  **Mise en garde diagnostique :** De nombreuses patientes présenteront un examen bimanuel et à l'aide d'un spéculum tout à fait normal, y compris un fornix vaginal postérieur normal. Un examen physique normal n'exclut pas l'endométriose.

  **Les signes cliniques suivants peuvent suggérer la présence d'une endométriose :**

  - ☐ Sensibilité utéro-sacrée
  - ☐ Utérus rétroverti fixe
  - ☐ Masses ovariennes
  - ☐ cyclique de gonflement/douleur au niveau de la cicatrice
  - ☐ Nodularité le long des fornix vaginaux ou du cul-de-sac
  - ☐ Lésions vaginales d'endométriose
  - ☐ Hematuria/hematochezia
- ◯ **SI LE COMPARTIMENT POSTÉRIEUR PRÉSENTE DES RÉSULTATS ANORMAUX :** Envisager un examen reco-vaginal et une imagerie rénale pour exclure un atteinte rectale et une hydronéphrose.

1. **Abdomen et nombril :** Évaluez la présence de ballonnement, de sensibilité ou de tension myofasciale au niveau de la paroi abdominale, ainsi que de masses douloureuses au niveau du nombril ou des cicatrices chirurgicales antérieures.
2. **Flancs et reins :** Évaluer la présence de douleurs au flanc et d'une éventuelle hydronéphrose.
3. **Organes pelviens (utérus et ovaires) :** Évaluer la sensibilité, la mobilité, la taille et les anomalies de texture au moyen d'un examen bimanuel.
4. **Vessie :** Évaluer la présence de dysurie, d'hématurie et de sensibilité dans le compartiment antérieur.
5. **Intestins et rectum :** Évaluer la présence de dyschésie, de constipation, de diarrhée et de nodules dans le compartiment postérieur ou le septum rectovaginal.
6. **Vagin :** Évaluer la présence de dyspareunie, de saignements post-coïtaux et de lésions visibles au niveaux du fornix vaginal postérieur.
7. **Bas du dos et jambes :** Évaluer la présence de sciatique et de schémas neurologiques de douleur ou de déficits sensoriels.




## Considérations relatives au médecin de premier recours :

- ☐ Distinguer les schémas de douleur cycliques des schémas acycliques.
- ☐ Rechercher une pathologie gastro-intestinale ou autre pouvant imiter le syndrome du côlon irritable.

## Considérations relatives à l'EMP :

- ☐ Distinguer les exacerbations aiguës d'une pathologie chronique des urgences chirurgicales aiguës telles que la torsion des annexes ou l'appendicite.

**Étape suivante :** Déterminer les mesures diagnostiques et le début du traitement.

# Étape 2 — Plan d'action diagnostique : le iagnostic clinique permet de passer à l'action[1–3,6,7]

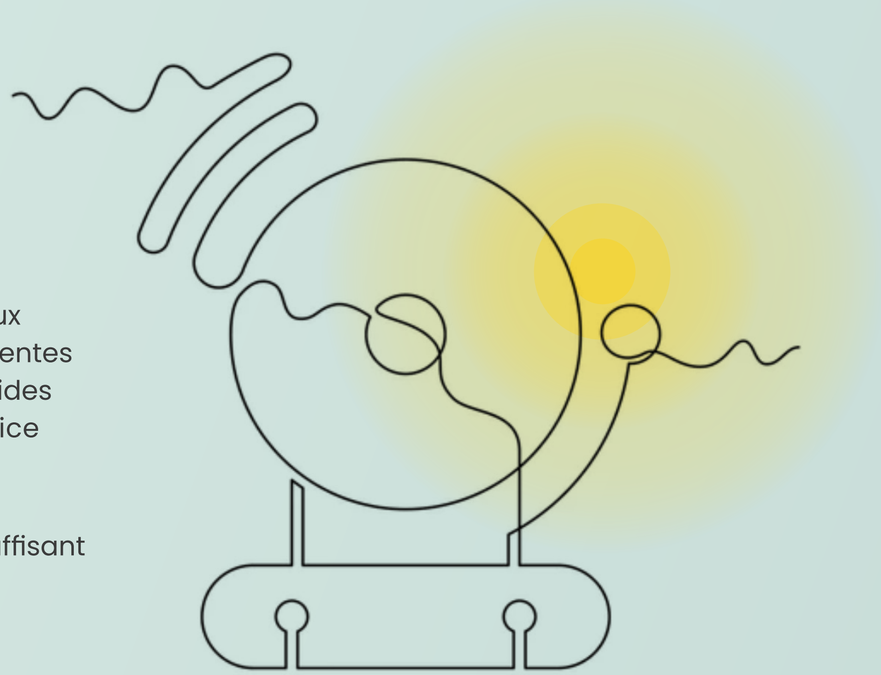
**Un diagnostic clinique suffit pour entamer le triage et le traitement.**

Établir un diagnostic clinique : un diagnostic clinique présomptif peut être posé sur la base des antécédents et es résultats de l'examen physique afin d'entamer un traitement médical empirique.

**Remarque importante :**

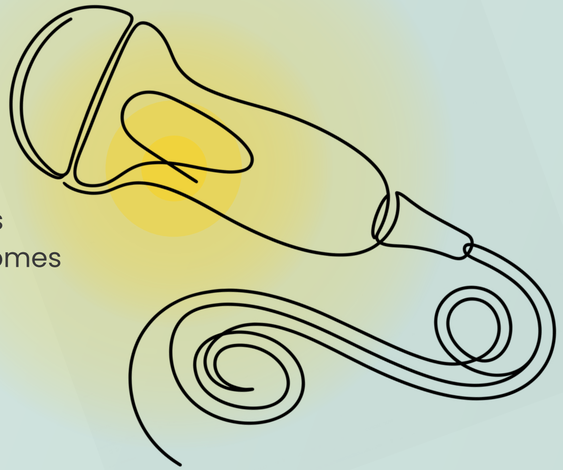
- N'utilisez pas de biomarqueurs pour le diagnostic, car ils ne sont pas fiables en raison d'un taux élevé de faux positifs (le CA-125 est souvent élevé en cas d'endométriose et n'est généralement pas indiqué chez les patientes préménopausées). Privilégiez plutôt les caractéristiques d'imagerie ; si les examens révèlent des parties solides ou une vascularisation — signes potentiels de malignité —, orientez d'urgence le.la patiente vers un service de gynécologie oncologique et/ou demandez une imagerie avancée.

- N'attendez pas la confirmation chirurgicale avant de commencer le traitement. Le diagnostic clinique est suffisant pour entamer le traitement afin de soulager les symptômes en temps opportun.



# Demander une imagerie ciblée

**Demander une imagerie de base pour évaluer les ovaires et l'utérus et écarter d'autres possibilités ; demander une imagerie avancée pour cartographier la maladie et détecter une atteinte profonde ou multisystémique.** [a]



**Remarque :** Les échographies transvaginales peuvent ne pas convenir à toutes les adolescentes ou aux patientes non sexuellement actives. Une échographie transrectale ou abdominale limitée peut être utilisée comme alternative.

- ○ Prescrire une échographie abdominale et pelvienne de base comme examen de première intention pour toutes les patientes présentant des douleurs pelviennes afin d'évaluer les symptômes évocateurs d'une endométriose, d'identifier les endométriomes ovariens et d'exclure les pathologies pelviennes non liées à l'endométriose. [b]

**Remarque :** Une échographie de base évalue l'utérus, les ovaires et la poche recto-utérine à la recherche de liquide ou de masse. Un résultat d'échographie de base normal/négatif n'exclut pas l'endométriose superficielle (lésions à la surface du péritoine) ou l'endométriose profonde (lésions s'étendant au-delà du péritoine).

- ☐ **SI RÉSULTAT NORMAL SANS SIGNES D'ENDOMÉTRIOSE PROFONDE :** Initier un traitement empirique.
- ☐ **SI UNE ENDOMÉTRIOSE PROFONDE EST SUSPECTÉE (p. ex., l'échographie de base révèle un endométriome, ou le.la patiente présente des symptômes graves comme une dyspareunie profonde, des troubles intestinaux ou vésicaux douloureux, ou un utérus fixe/nodulaire) :** Demander une échographie abdominale et pelvienne avancée pour l'endométriose et demander explicitement une « évaluation de l'endométriose profonde/du signe de glissement » (ou une IRM si l'expertise en échographie avancée n'est pas disponible) pour diagnostiquer les endométriomes ovariens et l'endométriose profonde. [b,c]

**Remarque :** Une échographie avancée comprend les éléments de l'échographie de base ainsi que l'examen du compartiment antérieur (vessie et uretères pour détecter une hydrourétère), du compartiment postérieur (intestin, ligaments utéro-sacrés, paramètre, vagin, septum recto-vaginal, péritoine de la poche recto-utérine), des marqueurs mous (mobilité ovarienne, sensibilité localisée), de l'état d'oblitération de la poche recto-utérine (signe de glissement) et des reins (pour évaluer la présence d'une hydronéphrose).

- ☐ **EN CAS D'AUTRE PATHOLOGIE :** Traiter en conséquence.

[a] La tomodensitométrie n'est pas recommandée comme outil d'investigation de première intention pour l'endométriose pelvienne, mais peut être indiquée en cas de douleur abdominale aiguë ou de suspicion d'endométriose thoracique.
[b] La détection des endométriomes par échographie de base ou avancée présente une sensibilité de 93 % (IC à 95 % : 87 %–99 %) et une spécificité de 96 % (IC à 95 % : 92 %–99 %).
[c] La détection de l'endométriose profonde par échographie avancée présente une sensibilité de 79 % (IC à 95 % : 69 %–89 %) et une spécificité de 94 % (IC à 95 % : 88 %–100 %).
Consultez la section « Comment réaliser une échographie pour diagnostiquer l'endométriose » pour obtenir un guide pratique sur l'échographie de base et l'échographie avancée de l'endométriose.

# Médecin de premier recours : prise en charge longitudinale et traitement

**Objectif :** Traiter les symptômes dès le début pour prévenir le développement d'une sensibilisation centrale, de douleurs pelviennes chroniques et d'autres séquelles à long terme.

**Avant d'entamer le traitement, s'assurer que le.la patiente n'a pas d'objectifs de procréation immédiats :**

- ☐ Si le.la patiente a des projets de procréation immédiats : l'orienter vers une évaluation gynécologique spécialisée précoce (ne pas attendre un an) et éviter la suppression hormonale.
- ☐ Si le.la patiente n'a pas d'objectifs de procréation immédiats : amorcer le traitement et recourir à la prise de décision partagée pour personnaliser le traitement.

**Commencer le traitement :** suppression hormonale et AINS pour soulager les symptômes. **Les options comprennent :**

- ☐ Contraceptifs hormonaux combinés en prise continue à la dose la plus faible pour induire une aménorrhée.
  - ☐ Si les saignements utérins anormaux persistent après 3 mois : augmenter la dose d'œstrogène.
  - ☐ Si la douleur persiste ou si des effets secondaires apparaissent : changer de classe de médicaments.
- ☐ Progestatifs.
- ☐ Si la douleur persiste ou si des effets secondaires apparaissent : changer de classe de médicaments

Consultez l'article « Diagnostic et prise en charge de l'endométriose », publié dans le CMAJ, pour un résumé des traitements hormonaux de l'endométriose, y compris leur posologie, leurs effets indésirables, les considérations particulières et les coûts relatifs.

**Surveiller et ajuster :** Suivi à 3 mois. **Si la douleur persiste :**

- ☐ Essayer une autre classe d'hormones (p. ex., passer des contraceptifs hormonaux combinés à un progestatif).
- ☐ Orienter le.la patiente vers un gynécologue ou un spécialiste en chirurgie gynécologique mini-invasive (MIGS) pour une évaluation chirurgicale.
- ☐ Consultez la section « Physiothérapie de la santé pelvienne » pour une prise en charge multidisciplinaire précoce et concomitante.

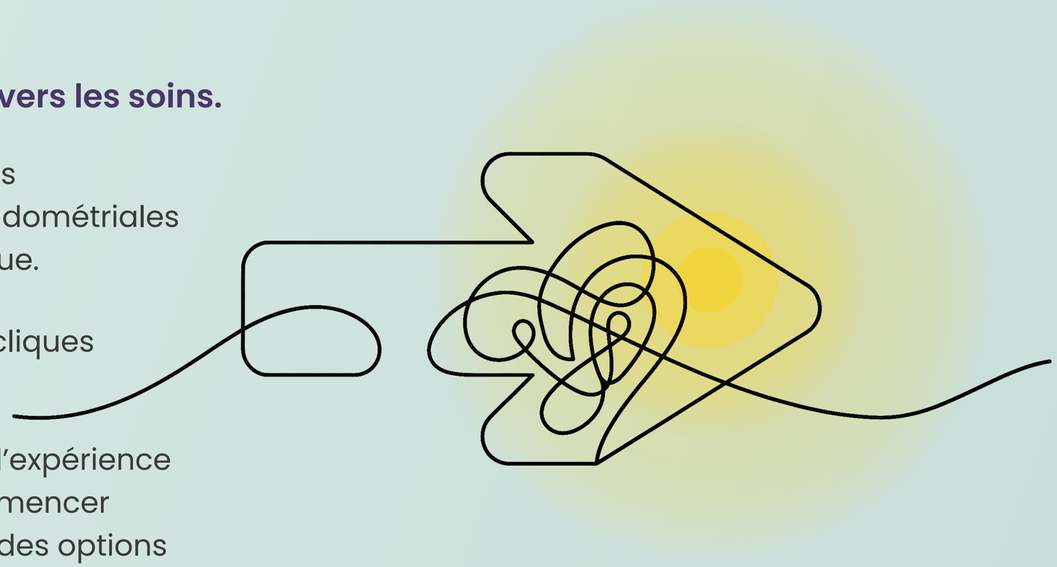
Consultez le guide « Physiothérapie de la santé pelvienne : un guide pour les personnes atteintes d'endométriose » pour obtenir des renseignements destinés aux patientes sur la physiothérapie de la santé pelvienne et sur la façon dont elle peut aider à gérer les symptômes de l'endométriose et d'autres affections pelviennes.

→ **Passez à la page suivante pour les considérations relatives à l'EMP.**

# EMP : Le pivot des urgences

**Objectif : Écarter les cas aigus, confirmer les cas chroniques et assurer la transition vers les soins.**

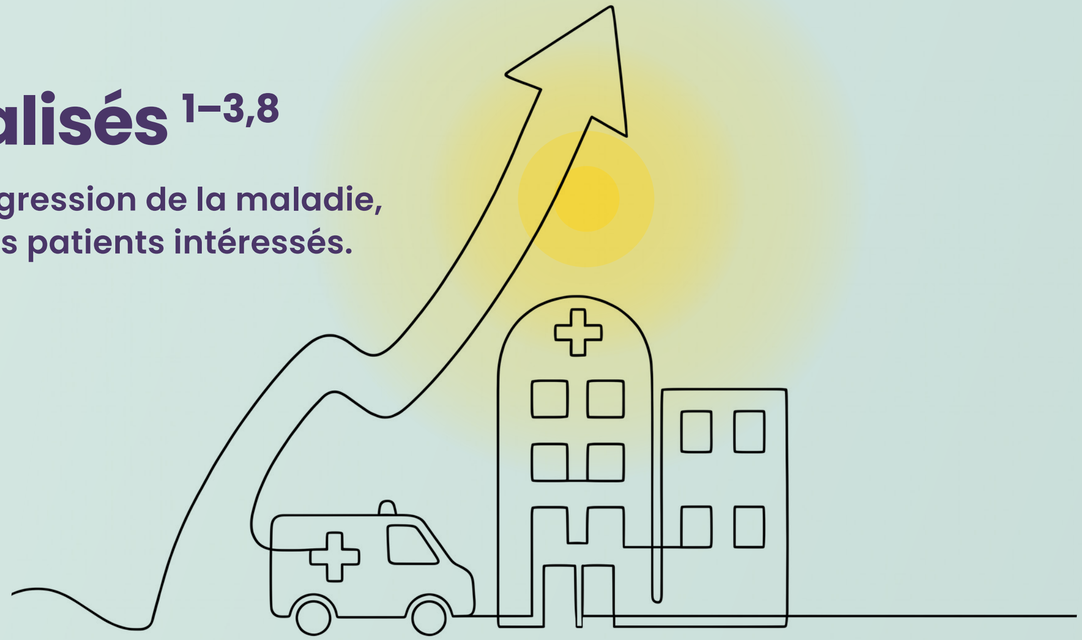
- **Différencier et trier :** Écarter les urgences chirurgicales (p. ex., torsion des annexes, abcès tubo-ovarien, appendicite, kyste ovarien rompu ou hémorragique) et les causes non endométriales de la douleur pelvienne ar rapport à une exacerbation aiguë de l'endométriose chronique.
- **Vérifier les signes extrapelviens :** Si une patiente présente des douleurs thoraciques cycliques ou un ssoufflement, rechercher un pneumothorax cyclique.
- **Assurer une transition clinique :** consigner la « suspicion d'endométriose » pour valider l'expérience de le.la patiente. Prescrire un traitement analgésique de transition et envisager de commencer une suppression hormonale s'il n'y a pas d'urgence chirurgicale. Informez les patientes des options disponibles à discuter avec leurs médecins de premier recours et assurez-vous qu'elles soient orientées vers un suivi en consultation externe.



**Remarque :** L'accès à une expertise avancée en échographie, les coûts de la pharmacothérapie et la couverture d'assurance varient considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre et selon les régimes privés. Veuillez vérifier les listes de médicaments et les critères d'admissibilité locaux, car les politiques de couverture sont susceptibles de changer. Prochaine étape : Déterminez si une escalade ou une orientation vers des soins spécialisés est nécessaire.

# Étape 3 — Renvoi vers des soins spécialisés [1–3,8]

**Une orientation rapide vers des soins spécialisés permet de prévenir la progression de la maladie, de gérer les symptômes et de favoriser la préservation de la fertilité chez les patients intéressés.**



# Liste de contrôle pour l'orientation et algorithme de décision

**Une orientation est indiquée si le patient répond à l'un des critères ci-dessous. Les orientations peuvent être simultanées (p. ex. vers des spécialistes en gynécologie, en fertilité et/ou de la douleur simultanément) afin de minimiser les délais et de répondre à des besoins complexes.**

## Indications chirurgicales

- L'imagerie confirme une endométriose profonde (atteinte de l'intestin, de la vessie ou de l'uretère)
- Endométriome ovarien persistant (quelle que soit sa taille) ou kyste ovarien complexe
- Hydrourètre ou hydronéphrose détectés à l'imagerie (une fois que les causes aiguës comme les calculs rénaux ont été écartées)
- Nécessitant une confirmation histologique (p. ex., exclusion d'une tumeur maligne ou d'une pathologie complexe)
- Symptomatique malgré une prise en charge médicale ou chirurgicale

☐ **Consulter un gynécologue ou un spécialiste en chirurgie mini-invasive (MIGS)**

## Santé mentale

- Le.la patiente présente des signes de dépression, d'anxiété ou d'isolement

☐ **Orienter vers un spécialiste en santé mentale**

## Priorité à la fertilité

- Le.la patiente souhaite une grossesse et présente une endométriose confirmée (diagnostiquée cliniquement ou chirurgicalement) ou suspectée

☐ **Orienter vers un spécialiste local de la fertilité ou un gynécologue** (envisager une orientation simultanée si l'objectif principal de le.la patiente est de concevoir et/ou si elle est d'âge avancé)

## Douleur réfractaire

- Les symptômes de l'endométriose et d'autres affections pelviennes sont persistants et limitent les capacités fonctionnelles
- Contre-indications à l'hormonothérapie

☐ **Consulter un service multidisciplinaire de prise en charge de la douleur** (p. ex., physiothérapie pelvienne, spécialiste de la douleur chronique)

Consultez le guide « Santé mentale, bien-être et qualité de vie : un guide destiné aux personnes atteintes d'endométriose et à leurs proches » pour obtenir des renseignements adaptés aux patients sur les stratégies de santé mentale, les thérapies et le soutien.

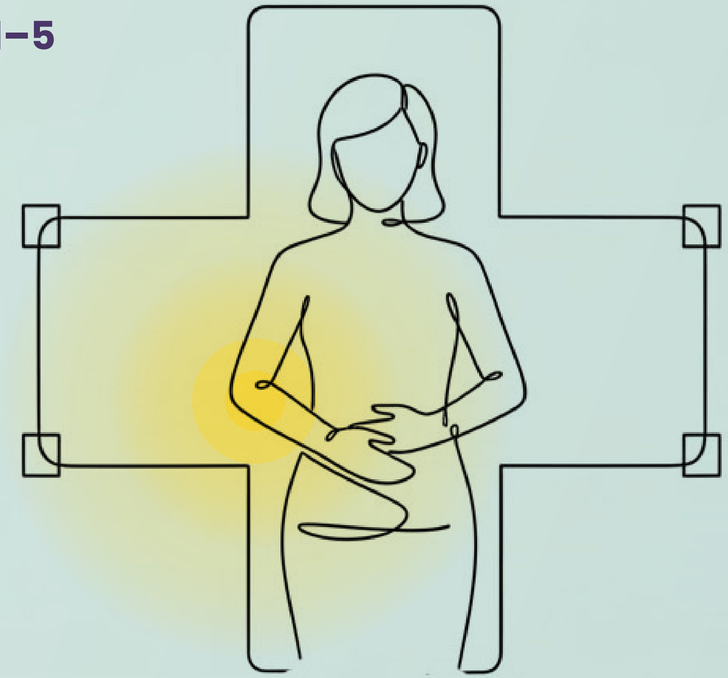
# Lors d'une orientation, assurez-vous que les critères suivants sont remplis :

- ◯ Inclusion des images d'imagerie et des rapports opératoires antérieurs.
- ◯ L'étendue de la maladie et la charge symptomatique sont clairement documentées.
- ◯ Les traitements médicaux antérieurs sont résumés.
- ◯ Les considérations relatives à la fertilité sont notées.
- ◯ Demandez l'intervention d'un spécialiste possédant une expertise chirurgicale avancée en endométriose. Si aucun spécialiste local n'est disponible, envisagez de recourir à des consultations virtuelles, d'orienter le.la patiente vers un centre régional et de lui fournir des informations sur les programmes d'aide au déplacement.

Consultez un exemple de formulaire d'orientation du BC Women's Hospital + Health Centre pour plus de détails sur les renseignements pertinents à fournir lors d'une orientation.

# Liste de contrôle pour le diagnostic et les mesures à prendre en cas d'endométriose [1–5]

Suivez ces étapes claires et concrètes pour documenter et suivre l'évolution de votre traitement et votre suivi.



Étape 1 — Reconnaître l'endométriose

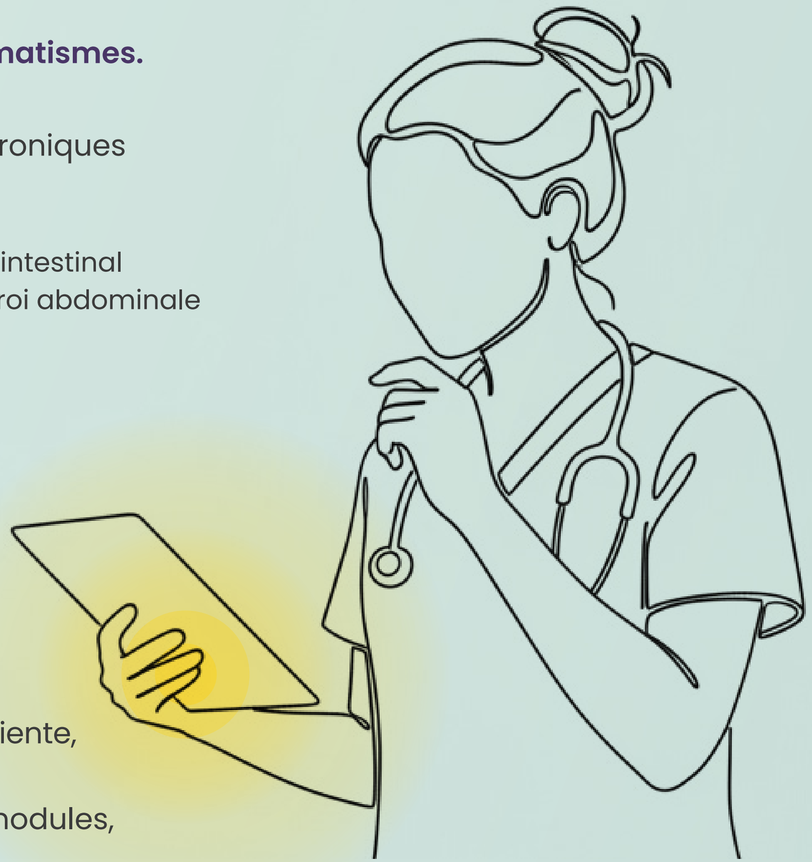
Étape 2 — Plan d'action pour le diagnostic

Étape 3 — Escalade et orientation

# Étape 1 — Reconnaître l'endométriose

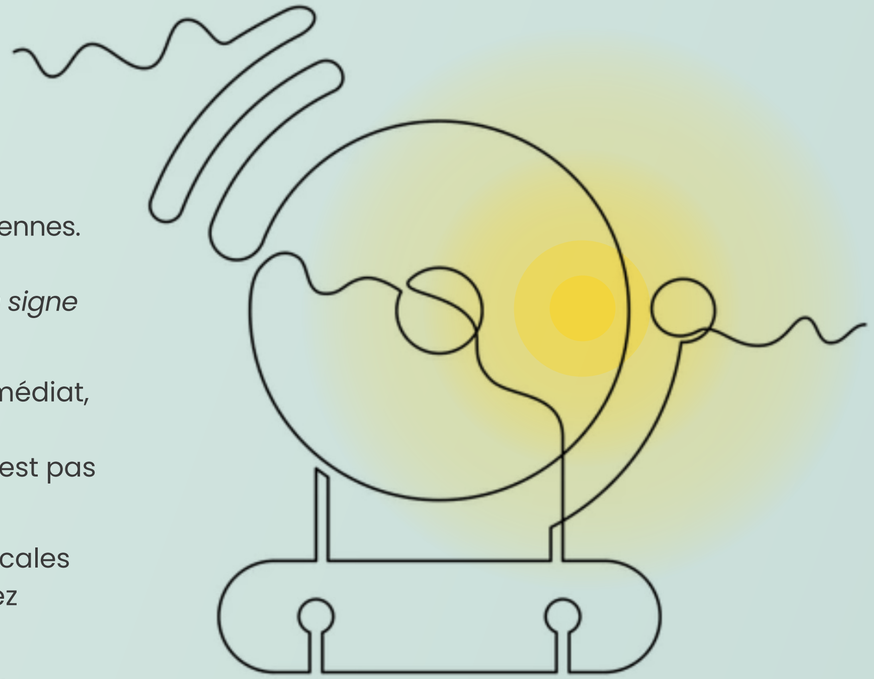
**Objectif : Confirmer la suspicion clinique en utilisant une approche tenant compte des traumatismes.**

- ◯ **Recueillir des antécédents détaillés :** Rechercher activement les douleurs pelviennes chroniques (> 3 mois), la dysménorrhée, la dyspareunie, la dyschésie, la dysurie et l'infertilité.
- ◯ **Examen des systèmes : Rechercher des symptômes cycliques dans d'autres systèmes :** gastro-intestinal (ballonnements, diarrhée), urinaire (hématurie, douleur au flanc), neurologique (sciatique) et paroi abdominale (douleur/masse au niveau du nombril ou des cicatrices chirurgicales).
- ◯ **Identifier les profils à haut risque :** Noter l'apparition à l'adolescence, l'absentéisme important, la résistance aux AINS ou les antécédents familiaux.
- ◯ **Appliquer un protocole tenant compte des traumatismes :** Valider l'expérience de le.la patiente et garantir sa écurité et son autonomie. Reporter les examens internes chez les adolescentes ou celles n'ayant pas d'antécédents de rapports sexuels avec pénétration ; privilégier l'imagerie médicale à la place.
- ◯ **Effectuer un examen physique :** si cela est approprié et avec le consentement de le.la patiente, inspecter la muqueuse vaginale, palper le myofascia abdominal et les cicatrices pour détecter toute sensibilité, et effectuer un examen bimanuel pour vérifier la présence de nodules, d'une mobilité réduite ou d'une masse.



# Étape 2 — Plan d'action diagnostique

**Objectif : Établir un diagnostic clinique et entamer un traitement sans diagnostic confirmé par chirurgie, sans imagerie positive ni résultats d'examen physique anormaux.**



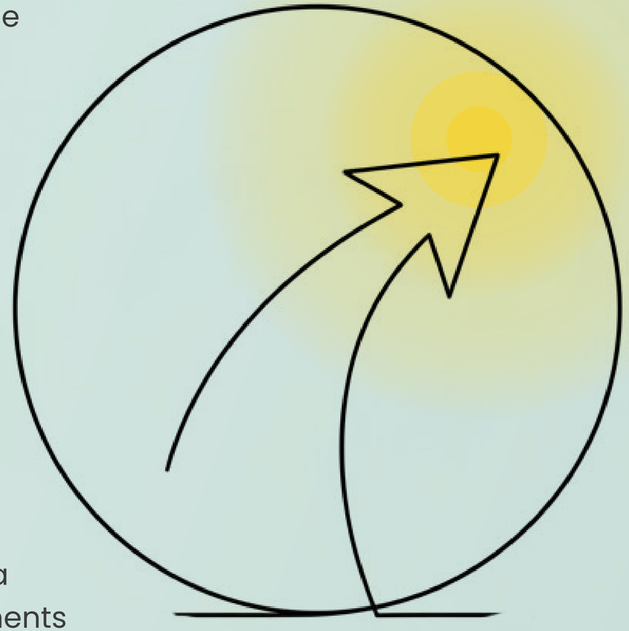
- ◯ **Diagnostic clinique :** Établir un diagnostic présomptif basé sur les antécédents et les résultats de l'examen physique pour commencer le traitement. Ne pas attendre une confirmation chirurgicale ni utiliser de biomarqueurs (p. ex., CA-125).
- ◯ **Demander une imagerie :** Commencer par une échographie de base pour exclure d'autres pathologies pelviennes. Demander une échographie avancée (ou une IRM) si l'on soupçonne une endométriose profonde ou pour cartographier la maladie. *Conseil : Demander explicitement une « évaluation de l'endométriose profonde/du signe de glissement » sur la demande d'examen.*
- ◯ **Considérations pour le médecin traitant — Lancer le traitement :** Si la grossesse n'est pas un objectif immédiat, prescrire des AINS pour soulager la douleur, associés à une suppression hormonale (p. ex., contraceptifs combinés continus ou progestatifs) pour stopper la progression de la maladie. Un diagnostic confirmé n'est pas nécessaire pour amorcer le traitement.
- ◯ **Considérations pour les urgentistes — Prise en charge des épisodes aigus :** Écartez les urgences chirurgicales (torsion, appendicite). Si l'état est stable, administrez un traitement analgésique de transition et orientez le.la patiente vers une prise en charge en consultation externe.
- ◯ **Surveiller et ajuster :** Assurer un suivi à 3 mois. Si la douleur persiste, essayer une autre classe d'hormones ou intensifier les soins.

**Point à retenir :** Le traitement peut être amorcé sans diagnostic confirmé d'endométriose.

# Étape 3 — Escalade et orientation

**Objectif : Triage rapide pour prévenir la progression de la maladie et préserver la fertilité.**

- ◯ **Orienter vers un gynécologue ou un spécialiste en chirurgie mini-invasive (MIGS) :** endométriose profonde, hydronéphrose ou hydrourétère, masses annexielles persistantes ou complexes, ou si le traitement médical s'avère inefficace.
- ◯ **Orienter vers un service multidisciplinaire de prise en charge de la douleur :** la douleur limite les capacités fonctionnelles après 3 mois de traitement de première intention ou si le traitement hormonal est contre-indiqué ou mal toléré.
- ◯ **Orienter vers un spécialiste local de la fertilité ou un gynécologue :** endométriose confirmée ou suspectée avec des objectifs de fertilité immédiats.
- ◯ **Orienter vers un soutien en santé mentale :** Signes de dépression, d'anxiété ou d'isolement.
- ◯ **Préparer le dossier de référence :** S'assurer que la référence comprend les rapports d'imagerie, la documentation sur l'étendue de la maladie et le fardeau des symptômes, un résumé des traitements médicaux antérieurs, et les objectifs de fertilité.



# L'avenir des soins de l'endométriose [1–3]

**Des soins proactifs et continus permettent une intervention précoce et une prise en charge chirurgicale définitive, ce qui améliore considérablement les résultats à long terme.**

### Détection précoce

Apparition des symptômes, validation par le médecin traitant, diagnostic clinique.

### Précision chirurgicale

Chirurgie complète réalisée par un spécialiste plutôt que des laparoscopies diagnostiques répétitives.

### Soins personnalisés et centrés sur le.la patiente

Prise en charge médicale empirique, imagerie avancée si écessaire, soutien multidisciplinaire continu.

### Préservation de la fertilité

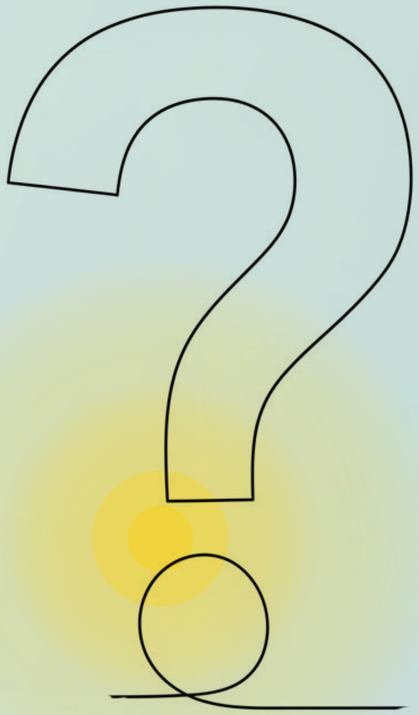
Consultation précoce sur la préservation de la fertilité pour les femmes résentant un risque de lésions ovariennes et qui souhaitent une grossesse future.

**Remarque :** Environ 30 à 50 % des patientes atteintes d'endométriose peuvent souffrir d'infertilité.

# Soutien supplémentaire fondé sur des données probantes

**Appuyez votre pratique sur les normes cliniques canadiennes.**

- **Algorithmes cliniques :** Consultez l'organigramme sur le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose (figure 2), publié dans le CMAJ.
- **Guide d'imagerie :** Apprenez à réaliser une échographie pour diagnostiquer l'endométriose, publié dans l'AJUM.
- **Ressources d'experts :** Tirez parti des outils CanSAGE développés par les principaux experts en gynécologie du Canada.
- **Ressource du Centre pour la pratique efficace (CEP) :** Outil clinique sur l'endométriose conçu pour aider les cliniciens de soins primaires à évaluer, diagnostiquer et gérer le traitement des personnes atteintes d'endométriose.
- **Formation continue :** Inscrivez-vous au programme ECEP de CanSAGE pour approfondir vos compétences en matière de diagnostic et de prise en charge.
- **Soutien aux personnes atteintes d'endométriose :** Le Réseau canadien de l'endométriose (comprend un soutien communautaire et des ressources sur la physiothérapie en santé pelvienne ainsi que des guides chirurgicaux).
- **Santé autochtone et soins tenant compte des traumatismes :** Accédez à des ressources telles que la Trousse d'information sur les soins tenant compte des traumatismes et le Guide sur la divulgation des préjudices subis par les patients et les familles autochtones afin de mieux comprendre les répercussions de la colonisation, y compris la stérilisation forcée et les traumatismes intergénérationnels, et de créer des environnements de soins de santé culturellement sécuritaires et autonomisants pour les communautés autochtones.



**CanSAGE remercie les membres du comité consultatif de l'ECEP pour leur contribution à ce travail.**
Cette trousse a été élaborée avec le soutien du Fonds pour la santé sexuelle et reproductive de Santé Canada.

# Références


1. Singh SS, Allaire C, Al-Nourhji O, et al. Ligne directrice n° 449 : Diagnostic et impact de l'endométriose – Une ligne directrice canadienne. J Obstet Gynaecol Can. 2024;46(5):102450. doi:10.1016/j.jogc.2024.102450
2. Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ. Diagnostic et prise en charge de l'endométriose. CMAJ. 2023;195(10):E363-E371. doi:10.1503/cmaj.220637
3. Groupe de travail sur les lignes directrices de l'ESHRE concernant l'endométriose. Endométriose – Lignes directrices de la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie. 2022. https://www.eshre.eu/ guideline/endometriosis
4. ssociation des femmes autochtones du Canada. Transformer notre approche de la la promotion de la santé sexuelle et reproductive. 2024. https://nwac.ca/wp-content/up-loads/2025/05/Trauma_Informed_Care_Fact_Toolkit.pdf
5. Services de santé de l'Alberta. Guide sur la divulgation des préjudices subis par les patients et les familles autochtones. 2025. https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/ps/if-hp-ps-disclosure-harm-indigenous-pt-family-guide.pdf
6. Le Réseau canadien de l'endométriose. La physiothérapie de la santé pelvienne : un guide destiné aux personnes atteintes d'endométriose. Endometriosisnetwork.com. https://endometriosis-network.com/endo-hub/pelvic-health-physiotherapy-a-guide-for-people-with-endometriosis/
7. Yong P, Allaire C, Bedaiwy M, et al. Lignes directrices de pratique clinique n° 468 : Endométriose : Diagnostic et prise en charge. J Obstet Gynaecol Can. 2026; 48 (6):103382. doi: 10.1016/j.jogc.2026.103382
8. Young SW, Jha P, Chamié L, et al. Consensus de la Society of Radiologists in Ultrasound sur l'échographie pelvienne de routine pour l'endométriose. Radiology. 2024;311(1):e232191.doi:10.1148/radiol.232191
9. Hôpital et centre de santé pour femmes de la Colombie-Britannique. Formulaire de référence pour la clinique du Centre de traitement de la douleur pelvienne et de l'endométriose. https://www.bcwomens.ca/Gynaecology-Site/Documents/Pelvic%20Pain-Endo/pelvic-pain-endometriosis-referral-form.pdf


**Aidez-nous à améliorer les soins liés à l'endométriose**

Cette trousse numérique sur l'endométriose vise à donner aux praticiens de soins primaires et d'urgence les moyens de combler le fossé entre l'apparition des symptômes et la prise en charge spécialisée grâce à un dépistage précoce et à un traitement empirique. Afin de nous assurer que cette trousse répond à vos besoins cliniques, veuillez répondre à notre brève enquête. Vos commentaires contribueront directement à améliorer les soins prodigués aux patientes.

**Répondez au sondage.**

Health Canada Santé Canada

**CanSAGE remercie le comité consultatif de l'ECEP pour sa contribution.** Cette trousse a été financée par le Fonds pour la santé sexuelle et reproductive de Santé Canada. Les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

CanSAGE | ECEP