

Endométriose

Information destinée aux patients

INTRODUCTION	3
QU'EST-CE QUE L'ENDOMÉTRIOSE ?	4
COMMENT APPARAÎT L'ENDOMÉTRIOSE ?	5
OÙ APPARAÎT L'ENDOMÉTRIOSE ?	6
STADES D'ENDOMÉTRIOSE	7
SYMPTÔMES	8
EXAMENS ET DIAGNOSTIC	9
TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE	12
LA PRÉPARATION À L'OPÉRATION	14
Inhibition hormonale	
Préparation de l'intestin	
OPÉRATION	16
Laparoscopie	
Avantages de l'utilisation du laser CO ₂ en chirurgie laparoscopique de l'endométriose	
Équipe chirurgicale multidisciplinaire	
Stomie	
APRÈS L'OPÉRATION	19
Désir de grossesse	
Éviter une réapparition de l'endométriose	
LE CENTRE D'ENDOMÉTRIOSE UNIVERSITAIRE DE LOUVAIN	21
QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES	25
CONTACT	28

Cette brochure vous informe, entre autres, sur ce qu'est précisément l'endométriose, comment elle apparaît, quels en sont les symptômes et comment elle peut être traitée.

Si vous avez encore des questions après avoir lu cette brochure, n'hésitez pas à nous contacter. Les médecins et les sages-femmes du Centre d'endométriose universitaire de Louvain vous donneront volontiers les explications nécessaires.

QU'EST-CE QUE L'ENDOMÉTRIOSE ?

L'endométriose est une maladie gynécologique dans laquelle des cellules de la muqueuse utérine (endomètre), qui recouvrent normalement l'intérieur de l'utérus, apparaissent aussi en dehors de l'utérus, le plus souvent dans la cavité abdominale, sur le péritoine et sur les organes du bassin.

On estime que parmi les femmes de 15 à 50 ans, environ une sur dix souffre d'endométriose à des degrés divers.

Un dépistage et un diagnostic précoces sont très importants pour un traitement approprié et pour préserver la fertilité.

Les femmes atteintes d'endométriose peuvent avoir des douleurs abdominales pendant la menstruation, mais aussi pendant les rapports sexuels, en urinant et lors des selles.

L'endométriose, si elle n'est pas traitée, peut aussi conduire à l'infertilité.



Cavité abdominale normale avec l'utérus, les ovaires et les trompes



Lésions d'endométriose sur l'ovaire

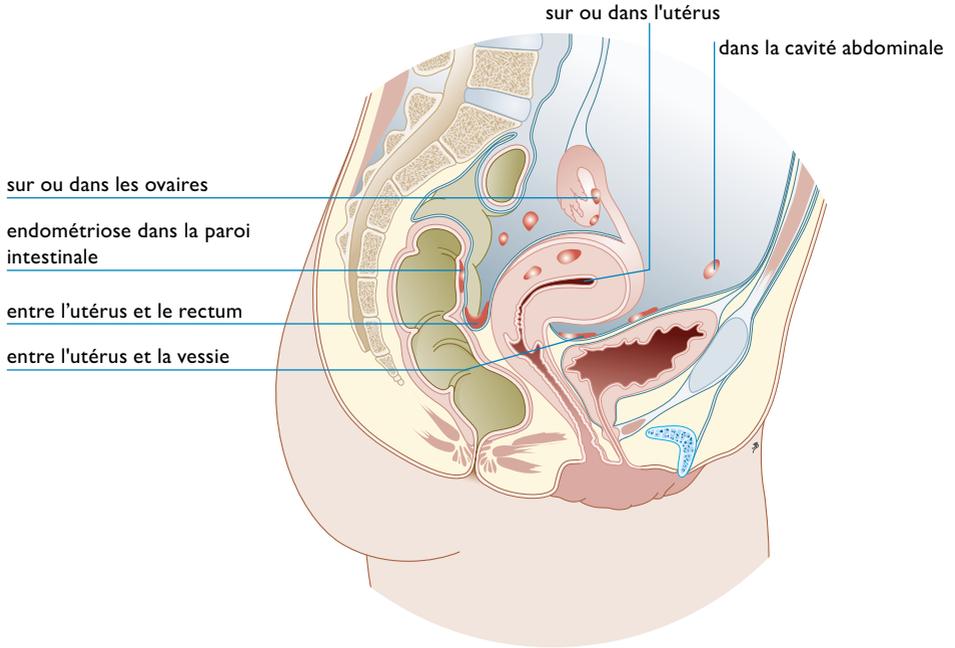
COMMENT APPARAÎT L'ENDOMÉTRIOSE ?

L'endométriose est une maladie œstrogénodépendante. Son apparition n'est pas encore clairement établie ; il existe plusieurs théories à ce sujet.

L'une d'elles l'attribue à une menstruation rétrograde, pendant laquelle le sang non seulement quitte le corps via le col de l'utérus, mais aboutit aussi dans la cavité abdominale via les trompes. Vraisemblablement, quelques cellules de l'endomètre – qui n'ont pas été « nettoyées » par le système immunitaire – s'implantent dans la cavité abdominale, ce qui entraîne la formation d'un foyer d'endométriose.

Quant à savoir pourquoi certaines femmes attrapent l'endométriose et d'autres pas, on ne le sait pas avec précision. Des facteurs génétiques et/ou environnementaux pourraient jouer un rôle.

OÙ APPARAÎT L'ENDOMÉTRIOSE ?



L'endométriose apparaît le plus souvent dans le bassin, soit sur la face extérieure de l'utérus, soit sur les trompes, les ovaires, l'intestin, la vessie, les uretères ou le péritoine. Des lésions endométriosiques peuvent aussi être observées au niveau du nombril ou sur la face ventrale du diaphragme.

L'endométriose se manifeste sous trois formes :

1. **Endométriose superficielle**: zones plates isolées sur le péritoine
2. **Endométriose infiltrante profonde**: des nodules qui peuvent se développer dans les organes environnants comme la vessie, les voies urinaires, l'intestin, et même à travers la paroi du vagin
3. **Kystes endométriosiques ou endométriomes**: kystes dans l'ovaire ou entre l'ovaire et la paroi pelvienne

STADES D'ENDOMÉTRIOSE

On utilise quatre « stades » pour déterminer la gravité de l'endométriose.

- **Stade I (minime) :** surface totale $< 3 \text{ cm}^2$
(endométriose superficielle)
- **Stade II (modérée) :** surface totale $> 3 \text{ cm}^2$
(endométriose superficielle)
- **Stade III (moyenne) :** un seul ovaire avec des kystes endométriosiques
(parfois en combinaison avec une endométriose superficielle au niveau du péritoine)
- **Stade IV (sévère) :** kystes endométriosiques au niveau des deux ovaires ou présence d'une endométriose infiltrante profonde (parfois en combinaison avec une endométriose superficielle au niveau du péritoine)

SYMPTÔMES

Des cellules endométriales peuvent apparaître partout dans le bassin. Il s'agit parfois de petites taches sur les organes, mais les cellules peuvent aussi se fixer sur la paroi des organes environnants. Pendant la menstruation, les fragments de tissus formés par ces cellules peuvent aussi saigner, provoquant une réaction inflammatoire. Il se crée ainsi des adhérences. Cette réaction inflammatoire due au saignement des lésions endométriosiques peut causer des douleurs sévères, généralement vers la période de menstruation.

L'endométriose peut provoquer une douleur menstruelle sévère, des douleurs en urinant ou lors des selles (en particulier pendant les menstruations), des douleurs lors des rapports sexuels, des douleurs abdominales chroniques et une fatigue prononcée. Les douleurs peuvent nuire grandement à la qualité de vie.

Notez que certaines patientes atteintes d'endométriose sévère ne ressentent aucune douleur. À l'inverse, certaines patientes atteintes d'endométriose minime ou modérée éprouvent de fortes douleurs, au point même de ne plus pouvoir fonctionner normalement. Autrement dit, il n'y a pas nécessairement une corrélation directe entre l'étendue de l'endométriose et la gravité de la douleur.

EXAMENS ET DIAGNOSTIC

L'endométriose ne peut être définitivement diagnostiquée que par une endoscopie ou une laparoscopie. Néanmoins, sur la base d'une série d'examens, on peut déjà se faire une idée claire de l'emplacement et de l'étendue de l'endométriose.

La première consultation comprend un entretien approfondi. En guise de préparation à cette première consultation, il vous est demandé de remplir un questionnaire à la maison. Durant l'entretien, la sage-femme spécialisée ou le gynécologue vous pose des questions précises de manière à bien cerner la situation.

En cas d'endométriose (effective ou présumée), nous planifions un ou plusieurs des examens standard ci-dessous. La phase d'examens prendra plusieurs mois.



- **Échographie gynécologique**

Cet examen montre des coupes transversales du bassin à l'aide d'ondes sonores et fournit une image détaillée de l'utérus et des ovaires. Avec une échographie endovaginale, on peut voir les nodules et les kystes endométriosiques. Pour vérifier une éventuelle invasion d'endométriose dans la vessie, il est important que votre vessie soit suffisamment remplie au moment de l'échographie.

- **IRM**

Il s'agit d'un scan du bassin à l'aide d'ondes magnétiques.

Ici aussi, des images de coupes transversales du bassin de la femme sont réalisées et l'on peut voir les nodules et les kystes endométriosiques.

Vous devrez peut-être préparer cet examen en suivant pendant quelques jours un régime qui réduira fortement la production de selles.

La veille de l'examen au soir, vous devrez en outre boire une sorte de lavement afin de vous présenter avec des intestins « vides ».

Lors de cet examen, on vous place une perfusion par laquelle est injecté un liquide de contraste. On vous administre aussi du gel d'échographie par le vagin et de l'eau tiède par l'anus. Ceci afin de mettre plus clairement en image les lésions endométriosiques qui se développent dans la paroi du vagin ou de l'intestin.

Si les examens qui précèdent ne sont pas concluants, d'autres examens sont programmés.

- **Radiographie du côlon**

Afin d'obtenir des informations plus détaillées sur la fixation de l'endométriose dans la paroi de la portion du côlon qui se trouve dans le bassin, une radiographie du côlon est réalisée à l'aide d'un liquide de contraste. Pour vous préparer à cet examen, vous devez suivre pendant quelques jours un régime qui réduira fortement la production de selles. La veille de l'examen au soir, vous devrez en outre boire une sorte de lavement afin de vous présenter avec des intestins « vides ».

- **Radiographie des reins et des voies urinaires**

Pour obtenir des informations plus détaillées sur l'impact de l'endométriose sur les voies urinaires, une radiographie des reins et des voies urinaires est réalisée. Lors de cet examen, on vous place une perfusion par laquelle est injecté un liquide de contraste. Au moment où cette substance est excrétée par les reins et les voies urinaires vers la vessie, on peut réaliser des clichés des voies urinaires aux rayons X.

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE

Après avoir déterminé l'étendue de l'endométriose, le gynécologue-chirurgien de l'endométriose passera en revue les résultats avec vous.

HORMONOTHÉRAPIE

L'endométriose dépend, pour son développement, de l'œstrogène, l'hormone féminine qui est produite par les ovaires. En arrêtant l'activité des ovaires, on peut réduire la concentration d'œstrogène et, de cette manière, « assécher » l'endométriose. La réaction inflammatoire autour des foyers d'endométriose dans l'abdomen diminue ou disparaît, entraînant une nette diminution (voire une disparition) de la douleur.

La prise de produits pour interrompre l'activité des ovaires a cependant comme conséquence qu'il n'y a plus d'ovulation, et que vous ne pouvez donc pas tomber enceinte. Une fois que vous arrêtez de prendre les médicaments hormonaux, les ovaires reprennent leur fonction normale.

- une **pilule contraceptive** ordinaire qui inhibe le cycle menstruel ;
- une **pilule de progestérone uniquement**, une hormone qui est aussi produite par le corps de la femme mais qui, si elle est administrée quotidiennement, arrête l'activité de l'ovaire, comme une pilule contraceptive ordinaire ;
- un **stérilet hormonal avec l'utilisation d'une pilule contraceptive** : la combinaison des deux inhibe l'activité des ovaires et fait en sorte que l'utérus ne saigne plus ;
- des **injections mensuelles** qui provoquent une sorte de ménopause artificielle pour la durée des injections.

Si vous avez déjà subi plusieurs opérations de l'endométriose, un traitement hormonal sera mis en route dans le cadre de la thérapie symptomatique, comme le traitement de la douleur. Pour cela, nous travaillons en collaboration avec un gynécologue-endocrinologue afin de trouver le meilleur équilibre hormonal possible. Une réintervention, en effet, ne garantit pas une amélioration au niveau de la douleur.

OPÉRATION CHIRURGICALE

La résection chirurgicale des foyers d'endométriose dans la cavité abdominale s'effectue par endoscopie ou laparoscopie, au moyen d'un laser CO₂, et est réalisée – si l'endométriose s'étend vers la paroi de l'intestin, des voies urinaires ou de la vessie – par une équipe chirurgicale multidisciplinaire. L'opération est programmée à un moment où les chirurgiens spécialisés dans les organes touchés par l'endométriose sont présents. Cela permet d'enlever entièrement l'endométriose en une seule opération.



Sur la base des résultats des examens, le médecin déterminera l'étendue de l'opération. Le stade de l'endométriose déterminera la durée de votre hospitalisation et le temps qu'il vous faudra pour récupérer entièrement de l'opération.

LA PRÉPARATION À L'OPÉRATION

Si vous devez subir une opération étendue de l'endométriose, une préparation minutieuse s'impose.

INHIBITION HORMONALE

En guise de préparation à l'opération, il vous est demandé de prendre des médicaments pour arrêter le cycle. L'hormone féminine produite par les ovaires favorise en effet l'endométriose. Il est plus facile, techniquement, d'enlever entièrement l'endométriose présente lorsque l'endométriose est, au préalable, « asséchée » par l'arrêt du cycle menstruel, autrement dit, en faisant en sorte que les ovaires soient mis « au repos ».

Si l'on soupçonne une endométriose légère à modérée, la prise d'une pilule contraceptive suffira comme préparation à l'opération.

Si le chirurgien de l'endométriose s'attend à une endométriose modérée à sévère, il vous sera demandé, pendant les trois mois qui précèdent l'opération, de faire faire des injections mensuelles par votre médecin généraliste afin que votre abdomen soit « le plus sec possible ». Ces injections mettent temporairement les ovaires au repos, provoquant ainsi une « ménopause artificielle ». Il est possible dès lors que vous ressentiez des symptômes typiques de la ménopause, comme des sueurs nocturnes ou des bouffées de chaleur. Pour remédier autant que possible à ces troubles liés aux injections, on vous prescrira des comprimés que vous pouvez prendre aussi longtemps que vous recevez des injections.

PRÉPARATION DE L'INTESTIN

Il vous est demandé de suivre, pendant les cinq jours qui précèdent l'opération, un régime qui réduira autant que possible la production de selles. De plus, la veille de l'opération, vous êtes attendu(e) vers midi dans l'unité d'hospitalisation où l'on vous donnera à boire un produit destiné à nettoyer vos intestins.

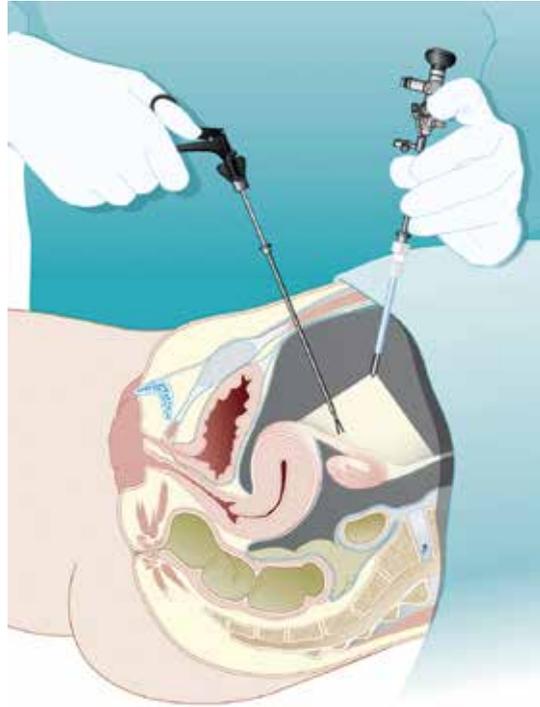
Avec le régime et les laxatifs, votre côlon doit être complètement vidé. Les intestins prennent en effet beaucoup de place dans la cavité abdominale. Si l'endométriose se fixe également dans la paroi de l'intestin et si le chirurgien d'endométriose élimine cette endométriose, il se peut que l'intestin soit ouvert. Le chirurgien intestinal enlèvera ensuite la portion d'intestin « affectée » et restaurera l'intestin. Il est donc indispensable qu'il n'y ait pas – ou peu – de selles dans l'intestin.

OPÉRATION

LAPAROSCOPIE

Lors d'une opération de laparoscopie ou d'endoscopie, on introduit un tube optique (endoscope) dans la cavité abdominale afin d'évaluer les organes gynécologiques dans le bassin.

Si l'image du bassin s'écarte de l'anatomie normale, on découpe le tissu anormal à l'aide d'un laser CO_2 afin de rétablir autant que possible l'anatomie normale.



AVANTAGES DE L'UTILISATION DU LASER CO_2 EN CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE DE L'ENDOMÉTRIOSE

Un laser CO_2 produit un faisceau d'énergie. Lorsque ce faisceau est dirigé vers une cellule, toute l'eau de la cellule se transforme presque immédiatement en vapeur. La vapeur ayant un plus grand volume que l'eau, la cellule « éclate » ou est « vaporisée ». Le faisceau d'énergie lui-même se réduit très précisément à un rayon extrêmement fin. Nous pouvons donc pour ainsi dire « vaporiser » quelques cellules tandis que les cellules environnantes n'en sont pas affectées. De cette manière, on peut séparer le tissu sain du tissu malade, après quoi le tissu affecté par l'endométriose peut être « décollé » et éliminé entièrement.

ÉQUIPE CHIRURGICALE MULTIDISCIPLINAIRE

Étant donné que l'endométriose peut aussi affecter la paroi de l'intestin, des voies urinaires et de la vessie, cette opération est réalisée – pour les formes étendues d'endométriose – par une équipe chirurgicale multidisciplinaire.

- ✓ Au centre de l'équipe, le gynécologue a pour tâche d'enlever toutes les lésions endométriosiques et de restaurer autant que possible l'anatomie normale des organes reproducteurs dans le bassin.
- ✓ Le gynécologue est assisté par un chirurgien de l'intestin s'il y a des lésions à l'intestin et par un urologue s'il y a des lésions à la vessie ou aux voies urinaires, tous deux formés à la chirurgie laparoscopique.
- ✓ L'anesthésiste est en charge de l'anesthésie.
- ✓ Si l'on soupçonne une endométriose sur le diaphragme et/ou les plèvres, un chirurgien thoracique (spécialisé dans les opérations du thorax) posera le diagnostic lors d'une opération séparée et éliminera les foyers d'endométriose.



Grâce à la collaboration de chirurgiens spécialisés dans différentes disciplines, on peut éliminer radicalement une endométriose étendue. Ceci avec un risque minimal de complications pendant ou après la chirurgie, un risque minimal de rechute et une chance maximale de rétablir la fertilité. Grâce à la suppression maximale des foyers d'endométriose, la douleur qu'ils engendrent peut être réduite, ce qui permet d'assurer une qualité de vie optimale après l'opération.

STOMIE

Il arrive que le chirurgien intestinal, après avoir enlevé le morceau d'intestin affecté par l'endométriose et restauré entièrement l'intestin, juge préférable de laisser cette portion d'intestin au repos complet pendant quelque temps pour qu'elle puisse guérir rapidement. Après 6 à 12 semaines, cette stomie (temporaire) est refermée de l'extérieur sans que le chirurgien pénètre dans la cavité abdominale.

APRÈS L'OPÉRATION

Après l'opération, vous restez à l'hôpital jusqu'à ce que votre médecin traitant, en accord avec vous, considère que vous pouvez poursuivre votre convalescence à la maison.

Une consultation est prévue quelques semaines après l'opération pour examiner avec vous la manière dont les choses évoluent.

DÉSIR DE GROSSESSE

La présence d'une endométriose réduit les chances de grossesse. Une fois l'endométriose entièrement éliminée chirurgicalement, vos chances de grossesse augmenteront à nouveau.

Après l'opération, le chirurgien d'endométriose s'entretiendra avec vous pour évaluer vos chances de grossesse spontanée et vous indiquer s'il y a lieu de recourir à un traitement de la fertilité et quel est le traitement le plus approprié.

ÉVITER UNE RÉAPPARITION DE L'ENDOMÉTRIOSE

Si, après une laparoscopie (étendue) pour éliminer l'endométriose, vous ne souhaitez plus – ou pas dans l'immédiat – tomber enceinte, il est recommandé de faire en sorte que la menstruation se déclare le moins possible. Cela se fait à l'aide de médicaments hormonaux, à savoir la prise d'une pilule contraceptive ou le placement d'un stérilet hormonal, ou une combinaison des deux. Cette médication peut être arrêtée dès que vous êtes ménopausée.

Si une pilule contraceptive ordinaire vous est prescrite, il vous sera conseillé de la prendre de façon permanente. S'il n'est pas possible de prendre la pilule en continu sans avoir de saignements, arrêtez la pilule pendant cinq jours puis recommencez.

Une pilule contraceptive peut éventuellement être combinée avec un stérilet hormonal. La combinaison d'un stérilet hormonal et de la pilule contraceptive bloque l'activité des ovaires et fait en sorte que l'utérus ne saigne plus.

Si une pilule contraceptive contient à la fois de l'œstrogène et de la progestérone, une pilule contenant uniquement de la progestérone convient aussi, bien entendu. Cette pilule doit être prise tous les jours, au même moment dans la journée et sans interruption.

LE CENTRE D'ENDOMÉTRIOSE UNIVERSITAIRE DE LOUVAIN

Une hystéroscopie (examen de la cavité utérine au moyen d'un tube optique) et une laparoscopie (examen de la cavité abdominale au moyen d'un tube optique) permettent d'examiner la cavité utérine et les organes reproducteurs dans le bassin à la recherche d'éventuelles anomalies susceptibles de perturber la fertilité.

Une hystéroscopie opératoire et une laparoscopie opératoire permettent de rétablir autant que possible l'anatomie normale afin d'optimiser les chances d'une grossesse spontanée et les chances de grossesse lors d'un traitement de la fertilité.

Chez plus de la moitié des patientes ayant subi une laparoscopie en vue d'évaluer les organes pelviens suite à des problèmes de fertilité, une endométriose a été détectée. C'est pourquoi [prof. dr. Christel Meuleman](#) a entamé une collaboration multidisciplinaire avec un chirurgien de l'intestin et un urologue afin de pouvoir éliminer entièrement l'endométriose et, dans la mesure du possible, rétablir l'anatomie normale. Il est en effet apparu que chez un tiers des patientes souffrant d'endométriose, l'endométriose s'était fixée dans la paroi des intestins, des voies urinaires ou de la vessie. C'est ainsi qu'est née la « résection radicale multidisciplinaire de l'endométriose ».

La thèse de prof. dr. Christel Meuleman a montré que cette approche « radicale » assurait une qualité de vie améliorée, une forte réduction voire une disparition de la douleur, peu de complications pendant et après l'opération malgré une chirurgie souvent très étendue, un risque de récurrence réduit et une probabilité élevée de grossesse spontanée (à condition d'avoir au moins une trompe active, un cycle régulier avec ovulation et une qualité de sperme acceptable).

L'équipe chirurgicale multidisciplinaire a encore été élargie par la suite avec l'arrivée d'un deuxième chirurgien de l'endométriose, [prof. dr. Carla Tomassetti](#). Dans le cadre de sa thèse de doctorat, elle a étudié la fertilité chez les patientes endométriosiques.

L'Endometriosis Fertility Index (EFI) est un nouveau système de notation de 0 à 10 points. Le score est calculé à la fin d'un traitement chirurgical des lésions endométriosiques et prédit les chances de grossesse sans recourir à un traitement de fécondation in vitro.

Sa thèse a montré que les chances de grossesse prédites par l'attribution du score EFI sont fiables pour une utilisation clinique.



prof. dr. Carla Tomassetti, prof. dr. Christel Meuleman et dr. Céline Bafort

Le traitement par insémination est un traitement de la fertilité qui est souvent utilisé chez les femmes qui présentent des formes plus bénignes d'endométriose, même si son utilité n'a pas été démontrée de façon irréfutable. L'étude montre que la mise en route rapide d'un traitement par insémination ne procure pas d'avantage en termes de chances de grossesse. Par conséquent, nous en concluons que pour les femmes avec un score EFI élevé, un traitement chirurgical est, en première instance, suffisant.

Un traitement FIV/ICSI est un autre type de traitement de la fertilité qui fait partie de l'approche de l'infertilité en cas d'endométriose, en particulier dans les formes plus étendues ou lorsque les trompes sont atteintes. Nous pensons également qu'un traitement chirurgical préalable peut améliorer les chances de la FIV/ICSI.

Le centre d'endométriose attache une grande importance aux techniques innovantes et à l'amélioration des soins aux patients en s'appuyant sur une base scientifique solide. C'est pourquoi nous soutenons la recherche scientifique susceptible, à terme, d'affiner les connaissances et d'offrir des avantages pour les jeunes femmes atteintes d'endométriose qui ont (ou auront dans le futur) un désir d'enfant.

Dr. Céline Bafort poursuit les recherches au sein de l'équipe multidisciplinaire avec des études axées sur le diagnostic de l'endométriose au moyen de l'échographie et des études chirurgicales mettant l'accent sur les résultats fonctionnels post-opératoires (qualité de vie, évolution de la douleur, fonction intestinale/vésicale, fonction ovarienne, chances de grossesse, rechute ...). Notre but, à travers ces études, est d'évaluer les techniques existantes (diagnostiques et chirurgicales) et de développer ensuite un plan par étapes étayé scientifiquement pour le traitement chirurgical de différents types d'endométriose.

Outre des gynécologues spécialisés dans la chirurgie laparoscopique de la fertilité, l'équipe d'endométriose multidisciplinaire comprend donc des chirurgiens de l'intestin et des urologues, tous formés aux opérations laparoscopiques. Un chirurgien du thorax se consacre au traitement chirurgical des lésions endométriosiques sur le diaphragme et les plèvres.

Des radiologues se concentrent sur la visualisation de l'endométriose au moyen de rayons X et d'ondes magnétiques. L'équipe compte aussi des spécialistes en échographie gynécologique pour l'endométriose.

Des sages-femmes, spécialement formées à l'endométriose, informent les patientes. Notre case manager veille au bon déroulement des consultations dès le moment où les patientes s'inscrivent via le site web. Elle est la personne de contact du centre d'endométriose. Tout au long de la phase d'examen, de la planification de l'opération et du suivi, elle coordonne votre dossier en concertation avec l'équipe d'endométriose. Il y a aussi des collaborateurs administratifs qui veillent à ce que les dossiers et les documents d'assurance des patients – surtout pour les patients qui viennent de l'étranger – soient parfaitement en ordre.

On peut aussi faire appel, bien entendu, à des psychologues de la fertilité, à un thérapeute psychomotricien et à la clinique de la douleur si, après l'élimination de toute l'endométriose visible, la patiente ressent encore des douleurs ou des désagréments (souvent dus au fait qu'après des années d'endométriose ou après plusieurs opérations, le bassin est devenu « hypersensible »).



QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES

- **Que faire si j'ai des petites pertes de sang (microrragie) pendant la prise de pilules contraceptives ?**

Si vous prenez la pilule en continu, au-delà d'une plaquette il peut y avoir une petite perte de sang ou perte brune. Si cela dure plusieurs jours, il vous suffit de ne plus prendre la pilule pendant cinq jours. Si après cinq jours d'interruption vous recommencez à prendre la pilule, la perte de sang devrait s'arrêter.

- **Que faire si je ne me sens pas bien avec ma pilule contraceptive ?**

Il n'existe pas de pilule avec laquelle tout le monde se sent bien. Le chirurgien recherchera avec vous la pilule qui vous convient le mieux.

Chaque fois que vous démarrez avec une nouvelle pilule, votre corps doit s'y habituer. Vous devrez donc prendre au moins deux plaquettes avant de savoir si vous êtes à l'aise avec cette pilule.

- **Y a-t-il un lien entre la douleur et l'étendue de l'endométriose ?**

Certaines patientes atteintes d'endométriose ne ressentent aucune douleur. D'autres ont des douleurs aiguës avec une endométriose limitée, tandis que d'autres encore ont des douleurs modérées avec une endométriose très étendue.

- **Puis-je séjourner dans une chambre individuelle ?**

Si vous faites le choix d'une chambre individuelle, signalez-le lors de la consultation ou lorsque vous recevez votre lettre d'admission. Une chambre privée vous sera attribuée en fonction de l'occupation.

- **Quels sont les effets secondaires des injections hormonales mensuelles ?**

Certaines femmes ont une perte de sang après la première injection. Ces saignements peuvent être intenses et douloureux et peuvent durer jusqu'à une semaine. Vous pouvez aussi avoir les effets secondaires de la ménopause artificielle provoquée par les injections. Les effets connus sont les sautes d'humeur, les maux de tête, la sécheresse vaginale, les sueurs nocturnes et les bouffées de chaleur. Vous pouvez prendre chaque jour des comprimés pour réduire ces effets secondaires.

- **Quand connaîtrai-je la date de l'opération ?**

La date de l'opération n'est définitive que lorsque vous recevez une lettre d'admission par la poste. Celle-ci vous parvient environ trois mois avant la date de l'opération. Dans cet envoi postal, vous trouverez des informations pratiques sur votre admission, ainsi que les éventuelles prescriptions de médicaments que vous devez prendre en préparation à l'opération.

- **L'endométriose peut-elle revenir après une opération ?**

Le retour rapide des symptômes de l'endométriose est généralement dû à une opération incomplète. Le développement de nouvelles lésions d'endométriose ne peut, malheureusement, jamais être exclu. La prise de la pilule contraceptive réduit le risque de récurrence.

- **Une réintervention est-elle indiquée ?**

Il n'est pas opportun d'opérer à nouveau. Les complications post-opératoires sont plus importantes après une réintervention.

Une approche radicale de l'endométriose lors de la première opération est cruciale.

- **Le « coaching de vie » peut-il aider ?**

La douleur peut avoir un impact sur le fonctionnement et le bien-être au quotidien. C'est pourquoi il est conseillé de mener un mode de vie sain en termes d'exercice physique et d'alimentation. Des thérapies telles que l'homéopathie, l'acupuncture, la kinésithérapie et les exercices de relaxation peuvent vous aider à mieux gérer les troubles et à trouver un équilibre dans votre bien-être général.

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Centre d'endométriose universitaire de Louvain
Centre de fertilité universitaire de Louvain

Prise de rendez-vous pour le traitement de l'endométriose sur le site web :

www.uzleuven.be/nl/afspraak-aanvragen-endometriose

Case manager : Julie Mellaerts

E-mail : endometriose@uzleuven.be

Questions administratives : +32 16 34 36 50

Urologie

Rendez-vous : +32 16 34 66 85

Chirurgie abdominale

Rendez-vous : +32 16 34 48 50

Chirurgie du thorax

Rendez-vous : +32 16 34 48 50

Sites web intéressants :

www.uzleuven.be/endometriose

www.uzleuven.be/kostenraming

Associations de patients pour l'endométriose

Belgique : EndoHome

EndoHome est une association de patients belge qui vise à soutenir, conseiller, informer et représenter toute personne touchée par l'endométriose.

Site web : www.endohome.be

E-mail : info@endometriose.be

Pays-Bas : Endometriose Stichting

endometriose.nl

France : EndoFrance

www.endofrance.org

Sites web scientifiques

endometriosis.org

endometriosisfoundation.org

© mars 2024 UZ Leuven

Ce texte et ses illustrations ne peuvent être reproduits qu'avec l'accord du service Communication de l'hôpital universitaire de Louvain (UZ Leuven).

Conception et réalisation

Ce texte a été rédigé par le Centre de fertilité universitaire de Louvain en collaboration avec le service Communication.

Cette brochure peut également être consultée sur www.uzleuven.be/fr/brochure/700870.

Les remarques ou suggestions concernant cette brochure peuvent être adressées à communicatie@uzleuven.be.

Éditeur responsable
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
tél. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 my nexuz health



Consultez votre dossier médical
sur nexuzhealth.com ou

