



L'endométriose

de la confusion à la compréhension

par **Dominique Bourassa**
et **Diane Comeau**

L'ENDOMÉTRIOSE SE CARACTÉRISE par la présence de glandes endométriales et de stroma en dehors de la cavité utérine. Ces lésions peuvent être activement prolifératives, et progresser vers la formation d'adhérences, d'endométriomes ovariens, ou une infiltration du septum rectovaginal. Il est possible qu'elles puissent également entraver des processus physiologiques normaux, comme la fonction reproductive¹.

L'endométriose est une cause majeure de douleur pelvienne et de dysménorrhée chez les femmes en âge de procréer². Elle est aussi fréquente dans les cas d'infertilité. On trouvera dans l'encadré un estimé de la prévalence, un résumé des théories physiopathologiques et les facteurs de risque associés à l'endométriose.

Caractéristiques cliniques et examen

Le diagnostic d'endométriose devrait être envisagé chez toute femme en âge de procréer souffrant de douleur pelvienne. Les symptômes les plus fréquents sont la dysménorrhée, la dyspareunie et les douleurs lombaires s'aggravant avec la menstruation³. La dysménorrhée et la dyspareunie profonde sont encore plus évocatrices d'endométriose si ces symptômes commencent après des années de règles et de coïts relativement non douloureux, et lorsqu'une dysménorrhée grave n'est

La D^{re} Dominique Bourassa, omni-praticienne, exerce à la clinique de planification des naissances et à la salle d'urgence du Centre hospitalier régional de Rimouski. La D^{re} Diane Comeau, omni-praticienne, exerce à la clinique de planification des naissances du même hôpital.

L'endométriose...

- toujours aussi énigmatique ?
- état pathologique ou physiologique ?
- quelles sont les approches diagnostiques et thérapeutiques actuelles ?

Levons le voile sur quelques zones d'ombre de cette entité clinique !

pas soulagée par les contraceptifs oraux ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)³⁻⁵. Selon l'emplacement des implants, des douleurs rectales ou à la défécation peuvent également survenir^{3,4}. La douleur pelvienne peut être diffuse ou plus localisée. Elle peut être cyclique ou non, avec parfois une augmentation des symptômes au milieu du cycle et lors de la menstruation².

Il faut toutefois se rappeler que plusieurs femmes atteintes d'endométriose sont asymptomatiques, et que souvent il n'y a pas de corrélation entre le stade de la maladie et la douleur ressentie⁴. Des études ont récemment montré que le degré de douleur était proportionnel à la profondeur d'infiltration des implants, ce qui expliquerait probablement l'absence de corrélation entre la douleur et l'endométriose visualisée à la laparoscopie⁴.

Étant donné que l'endométriose peut être asymptomatique, elle peut donc être découverte fortuitement chez les femmes souffrant d'une douleur pelvienne chronique. Avant d'attribuer la cause de cette douleur à l'endométriose, on conseille de vérifier si les trois critères suivants sont présents :

- la douleur doit être cyclique, ou du moins augmentée lors de la menstruation ;
- le diagnostic d'endométriose est fait par voie chirurgicale ;
- le soulagement de la douleur après un traitement médical ou chirurgical est prolongé⁶.

Quand la douleur n'est soulagée que pendant un mois ou deux, cela peut s'expliquer par d'autres aspects de la laparoscopie plutôt que par le traitement spécifique de l'endométriose⁷.

L'infertilité peut être le motif de la consultation initiale. Les patientes

Le diagnostic d'endométriose devrait être envisagé chez toute femme en âge de procréer souffrant de douleur pelvienne. Les symptômes les plus fréquents sont la dysménorrhée, la dyspareunie et les douleurs lombaires s'aggravant avec la menstruation.

Repère

Encadré

Prévalence, théories et facteurs de risque

Des tableaux très variables de la prévalence de l'endométriose ont été publiés, mais on peut grossièrement estimer qu'entre 3 et 10 % des femmes en âge de procréer et entre 25 et 35 % des femmes infertiles en sont atteintes⁴. Chez les adolescentes, elle est souvent la cause des douleurs pelviennes chroniques et de la dysménorrhée réfractaires aux contraceptifs oraux et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : chez 35 à 70 % de ces patientes, la laparoscopie met en évidence de l'endométriose^{2,8}.

On la retrouve également chez 5 à 43 % des femmes asymptomatiques qui consultent pour une ligature des trompes^{6,8}. Ce fait, associé à d'autres observations récentes, amène de plus en plus d'auteurs à considérer certains implants d'endométriose comme un phénomène physiologique, un état de transition avant que le système de défense immunologique ne fasse disparaître ces cellules ectopiques^{6,16}. Pour ces auteurs, l'endométriose ne devrait être considérée comme une maladie que dans les cas où les implants sont activement prolifératifs ou invasifs^{1,6,8,16}.

De nombreuses hypothèses ont été émises sur la physiopathologie de l'endométriose, dont la plus généralement admise demeure celle de l'implantation, alors que des cellules endométriales viables sont déversées de façon rétrograde pendant la menstruation et s'implantent dans la cavité pelvienne. Il est connu que les règles rétrogrades surviennent chez 75 à 90 % des femmes ; il est évident aussi que toutes ces femmes n'ont pas d'endométriose^{1,5}. Il y a donc d'autres facteurs en jeu, qui ont donné lieu aux nombreuses théories immunologiques, métaboliques ou génétiques existantes. Comme aucune de ces hypothèses ne peut expliquer à elle seule tous les cas d'endométriose, il est probable que plusieurs mécanismes sont en cause¹⁷.

Certains facteurs de risque ont été relevés. Les antécédents familiaux y jouent un rôle, 6,9 % des parentes du premier degré de femmes atteintes d'endométriose ayant la maladie, comparativement à 1 % dans le groupe témoin^{4,5}. L'incidence de l'endométriose est moindre chez les femmes qui prennent depuis longtemps des contraceptifs oraux, comptent un plus grand nombre de grossesses menées à terme, ont eu une ménarche tardive ou ont des cycles irréguliers. Son incidence est au contraire augmentée chez les femmes ayant des cycles menstruels réguliers et courts ainsi que des règles prolongées⁵. Les adolescentes ayant des anomalies obstructives congénitales du tractus génital risquent de souffrir d'endométriose, et elles ont souvent une maladie de stade avancé tôt dans l'adolescence. Mais contrairement aux cas qui ne sont pas associés à une obstruction du flux menstruel, l'endométriose se résout habituellement une fois qu'un tractus fonctionnel est rétabli chez ces jeunes patientes⁵.

infertiles ont souvent peu de symptômes douloureux, et l'endométriose est découverte au cours de l'investigation sur l'infertilité³. Même lorsqu'une patiente a des symptômes évocateurs d'endométriose, il faut faire un bilan

Chez les adolescentes, l'endométriose est souvent la cause des douleurs pelviennes chroniques et de la dysménorrhée réfractaires aux contraceptifs oraux et aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) : chez 35 à 70 % de ces patientes, la laparoscopie met en évidence de l'endométriose.

L'examen physique devrait être fait au début de la période menstruelle, alors que les implants sont plus susceptibles d'être douloureux et plus faciles à détecter.

complet aux deux partenaires du couple afin d'exclure toute autre cause susceptible d'expliquer l'infertilité³. On a plusieurs fois avancé qu'il y aurait une association entre l'endométriose et l'infertilité, mais le lien de causalité demeure hypothétique. Le fait que l'ablation chirurgicale des implants d'endométriose augmente la fécondité est probablement la preuve indirecte la plus forte laissant présumer que ce lien existe, du moins chez certaines femmes^{8,9}.

L'examen physique devrait être fait au début de la période menstruelle, alors que les implants sont plus susceptibles d'être douloureux et plus faciles à détecter^{3,4,7}. On devra rechercher à l'examen pelvien et à l'examen rectovaginal les signes évocateurs d'endométriose : utérus rétroversé et fixe, masses pelviennes, sensibilité à la palpation de l'utérus ou de ses annexes, déplacement latéral du col, nodules au cul-de-sac, au septum rectovaginal ou aux ligaments utérosacrés²⁻⁴.

Chez les adolescentes n'ayant pas eu de relations sexuelles, un examen recto-abdominal suffira². Les nodules aux ligaments utérosacrés et au cul-de-sac sont présents chez le tiers des patientes atteintes d'endométriose⁴. Toutefois, dans la plupart des cas, l'examen pelvien ne montre aucune anomalie, et il sera nécessaire de procéder à une laparoscopie pour confirmer le diagnostic³.

Investigation

L'échographie peut être utile pour détecter les endométriomes ovariens, mais la présence de kystes hémorragiques donne un taux important de faux positifs^{4,8}. On a étudié l'efficacité du CA-125 comme marqueur sérique. Cependant, sa sensibilité est trop faible

Repères

Tableau I

Traitement médical de l'endométriose^{3,4,13,15}

	Mode d'administration	Effets secondaires	Commentaires
Contraceptifs oraux (œstro-progestatifs)	En continu : mode privilégié 1 comprimé monophasique <i>die</i> Durée : 6 à 12 mois ou plus.	Généralement bien tolérés. Nausées, mastalgie, céphalée, saignements irréguliers.	Traitement de première ligne. Privilégier les CO ayant une action plus progestative. S'il y a des saignements lors de la prise en continu, prescrire des œstrogènes conjugués : 1,25 mg de Premarin® ou 2 mg d'estradiol <i>die</i> pour 7 jours.
Agents progestatifs	Acétate de médroxyprogestérone : - 10 mg de Provera® <i>per os</i> t.i.d. pour 6 mois ou plus - Depo-Provera® : 1 ^{er} choix : 150 mg i.m. tous les 1 à 3 mois pour 6 mois ou plus. Autre possibilité : 100 mg i.m. toutes les 2 semaines pour 2 mois, puis 200 mg i.m. toutes les 4 semaines pour 4 mois.	Saignements irréguliers, gain de poids, labilité émotionnelle, rétention liquidienne. Retour de la fertilité retardé avec la forme dépôt (pas avec la forme orale). Profil lipidique affecté avec une dose par voie orale supérieure à 30 mg <i>die</i> .	Traitement de première ligne (assez bien toléré, pas dispendieux). S'il y a des saignements irréguliers avec la forme orale, prescrire des œstrogènes pendant 1 semaine. Une dose de moins de 30 mg <i>per os die</i> pourrait être efficace, mais aucune étude n'a été faite là-dessus ; il n'est pas indiqué d'augmenter la dose à plus de 30 mg <i>per os die</i> . Une méthode de contraception est nécessaire avec la forme orale.
Danazol	Dose initiale de 400 mg <i>per os</i> b.i.d. ; la posologie peut ensuite être ajustée à la baisse tant que l'aménorrhée persiste et que les symptômes sont encore contrôlés. Durée : 6 mois, jusqu'à 9 mois pour les cas graves ou réfractaires.	Ils sont très importants. Ils sont liés aux effets androgéniques (acné, hirsutisme, gain de poids, peau et cheveux gras, voix grave) et hypo-œstrogéniques (bouffées de chaleur, vaginite atrophique, céphalée). Ils affectent 80 % des patientes. Taux d'abandon : 10 à 50 %.	L'âge d'or du danazol est révolu ; les autres traitements sont aussi efficaces et mieux tolérés. Une méthode de contraception est nécessaire avec une dose inférieure à 400 mg b.i.d. Effets secondaires inacceptables chez l'adolescente ; l'hirsutisme et la voix grave ne sont pas complètement réversibles.
Analogues de la Gn-RH	Administration par voie i.m., s.c. ou intra-nasale selon l'agent utilisé. Durée habituellement limitée à 6 mois.	Ils sont liés à l'hypo-œstrogénie (bouffées de chaleur, baisse de la libido, vaginite atrophique). Perte de la densité osseuse. La phase de stimulation initiale peut causer des kystes ovariens.	Largement utilisés en 2 ^e ligne. Onéreux. Ne pas donner aux adolescentes à cause du risque de perte de densité osseuse. Considérer l'hormonothérapie substitutive dans les cas suivants : - traitement de 3 à 6 mois et symptômes vasomoteurs ; - traitement de plus de 6 mois ou traitements répétés, afin de prévenir la perte osseuse. Prescrire du calcium à toutes les patientes. Une méthode de contraception est nécessaire pour le 1 ^{er} mois de traitement.

pour qu'il puisse servir de test de dépistage. Par ailleurs, certains chercheurs l'utilisent pour évaluer la réponse au traitement ou déceler une récurrence^{2,4}.

La laparoscopie diagnostique est actuellement l'examen de choix, et la confirmation histologique par biopsie est recommandée^{2-4,8,10}.

L'imagerie par résonance magné-

tique (IRM) est probablement appelée à prendre davantage d'importance^{10,11}. Même si cet examen ne permet pas de déceler les petits implants péritonéaux et les adhérences, il peut détecter des

Tableau II

Taux de récurrence post-traitement^{3,4,14}

Traitement médical :

5 à 20 % par année
40 % (à 5 ans)

Traitement chirurgical conservateur (laparoscopie) :

10 % (à 1 an)
20 % (à 5 ans)

Traitement chirurgical définitif (hystéro-ovariectomie bilatérale) :

10 % (à 10 ans)

endométriomes de plus de 4 mm, peu importe où ils se trouvent dans la cavité pelvienne. En outre, l'IRM détecte mieux les lésions envahissantes du septum rectovaginal. Elle n'est pas efficace (invasive) et s'avère davantage « efficace » que la laparoscopie, cette dernière engendrant près de 70 % des coûts liés à l'investigation sur l'infertilité^{10,11}.

Traitement

Les indications majeures du traitement de l'endométriose sont la présence de douleur pelvienne, de maladie pelvienne (kyste ovarien) ou d'infertilité. Chez les jeunes femmes, on devrait envisager un traitement

prophylactique afin d'éviter les complications pelviennes associées aux stades avancés de la maladie¹².

Traitement empirique

Les patientes qui souffrent de douleur pelvienne cyclique et de dyspareunie ou chez qui l'on a noté des signes discrets de la maladie à l'examen physique peuvent bénéficier d'un traitement empirique avec des contraceptifs oraux, des agents progestatifs ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (tableau I)^{1,3,4}. Chez les patientes souffrant de douleur modérée à intense, on privilégiera d'emblée un essai de trois mois avec des contraceptifs oraux en continu ou des agents progestatifs, en ajoutant des AINS au besoin.

Si les symptômes ne se sont pas atténués après trois mois de traitement, une laparoscopie pourra alors être effectuée¹. Certains auteurs américains préconisent de faire un essai empirique de trois mois de thérapie avec des analogues de la gonadolibérine (Gn-RH) avant d'effectuer la laparoscopie^{3,7}. Les patientes qui répondent au traitement pourront peut-être éviter cet examen effractif (invasive). Il faut par contre savoir que la réponse au traitement par les analogues de la Gn-RH ne confirme pas l'endométriose, tout comme l'absence de réponse ne nie pas son existence⁷.

Finalement, dans les cas ne répondant pas au traitement empirique ou dans les cas d'infertilité, il est nécessaire de poser un diagnostic exact à l'aide d'une laparoscopie. Elle permettra de mieux diriger le traitement et également de justifier le recours à des traitements médicaux possiblement désagréables³.

Traitement médical

Le traitement médical devrait être réservé aux patientes souffrant de douleur pelvienne ou de dyspareunie, car aucune méthode pharmacologique hormonale ne s'est avérée efficace pour le traitement de l'infertilité^{3,4}. Par contre, la thérapie médicale est très efficace contre la dysménorrhée, la dyspareunie et la douleur pelvienne, même si le soulagement n'est parfois que temporaire⁴. Les agents utilisés visent à provoquer l'atrophie de l'endomètre ectopique. Tout médicament qui supprime la production d'œstrogènes ou qui provoque une aménorrhée pourrait, en théorie, servir au traitement de l'endométriose. Ces médicaments comprennent : les contraceptifs oraux combinés (œstroprogestatifs), les agents progestatifs, le danazol, le gestrinone (seulement vendu en Europe) et les analogues de la Gn-RH¹³. Tous ces agents sont comparables sur le plan de l'efficacité, tant pour le soulagement de la douleur que la réduction du taux de récurrence. On doit les considérer comme des traitements supprimeurs plutôt que curatifs⁴. Le choix du traitement est donc déterminé par le coût et les effets secondaires^{4,14}. Les contraceptifs oraux et les agents progestatifs sont tout indiqués pour le traitement de première ligne, et ils peuvent être pris sans danger pour de longues périodes³. On trouvera au tableau I les différentes

Dans les cas ne répondant pas au traitement empirique ou dans les cas d'infertilité, il est nécessaire de poser un diagnostic exact à l'aide d'une laparoscopie.

Le traitement médical devrait être réservé aux patientes souffrant de douleur pelvienne ou de dyspareunie, car aucune méthode pharmacologique hormonale ne s'est avérée efficace pour le traitement de l'infertilité. Les contraceptifs oraux et les agents progestatifs sont tout indiqués pour le traitement de première ligne, et ils peuvent être pris sans danger pour de longues périodes.

Repères

modalités de traitement médical de l'endométriose.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est l'approche de prédilection pour traiter l'infertilité associée à un stade avancé d'endométriose, afin entre autres de restaurer les structures en enlevant les lésions obstructives et les adhérences³. En outre, des études ont montré que la destruction des implants lors de la laparoscopie diagnostique améliore la fécondité chez les patientes atteintes d'une endométriose légère à modérée^{3,9,14,15}.

Par rapport au soulagement de la douleur, le traitement chirurgical conservateur serait au moins aussi efficace que le traitement médical, et les taux de récurrence à long terme (*tableau II*) seraient peut-être moindres^{3,14,15}. Les coûts de la laparoscopie sont par contre beaucoup plus élevés que ceux du traitement médical. Cet argument amène certains médecins à privilégier un recours plus systématique au traitement empirique pour le soulagement de la douleur avant de considérer la laparoscopie³.

D'un point de vue pratique, le traitement chirurgical se fait lors de la laparoscopie diagnostique, étant donné qu'il est utile à la fois pour soulager la douleur et traiter l'infertilité.

La chirurgie définitive, incluant l'hystérectomie et l'ovariectomie bilatérale ainsi que la résection de l'endométriose, est réservée aux patientes souffrant d'une douleur intractable qui ne désirent plus d'enfants³. Pour celles qui subissent une hystérectomie avec conservation ovarienne, le risque relatif de souffrir de symptômes récurrents est augmenté jusqu'à six fois comparativement aux femmes qui ont eu une ovariectomie⁴. Chez ces der-

nières, on peut commencer la thérapie hormonale substitutive immédiatement après l'opération. L'ajout d'un agent progestatif est recommandé, car on a signalé des cas d'adénocarcinome dans le tissu endométriosique résiduel de femmes recevant une œstrogénothérapie simple, de même que des cas d'exacerbation de la maladie résiduelle^{4,15}.

Traitement de l'infertilité

En cas d'infertilité, il est recommandé de procéder à l'ablation des implants d'endométriose lors de la laparoscopie diagnostique. Cette méthode augmenterait le taux de fécondité dans l'année suivante^{4,9}. Si la patiente n'est toujours pas enceinte six mois après la laparoscopie, le couple devrait être adressé à une clinique spécialisée dans les techniques de reproduction telles que la stimulation ovarienne avec insémination intra-utérine ou la fécondation *in vitro*.

Il n'a jamais été prouvé que le traitement médical de l'endométriose était efficace dans les cas d'infertilité^{3,4}.

On doit viser la prévention de l'infertilité chez les jeunes patientes atteintes d'endométriose, même si elles ne souhaitent pas devenir enceintes immédiatement. Après une chirurgie conservatrice au cours de la laparoscopie diagnostique, la prise prophylactique de contraceptifs oraux en continu réduirait les risques de progression de la maladie⁴.

On devrait également envisager de prescrire des contraceptifs oraux (en continu ou non) aux patientes ayant des antécédents familiaux importants d'endométriose⁴, même à celles qui n'ont pas de diagnostic établi ni présomptif.

Buts du traitement

Le traitement de l'endométriose a pour buts de soulager les symptômes, d'empêcher la progression de la maladie et de préserver la fertilité¹⁵.

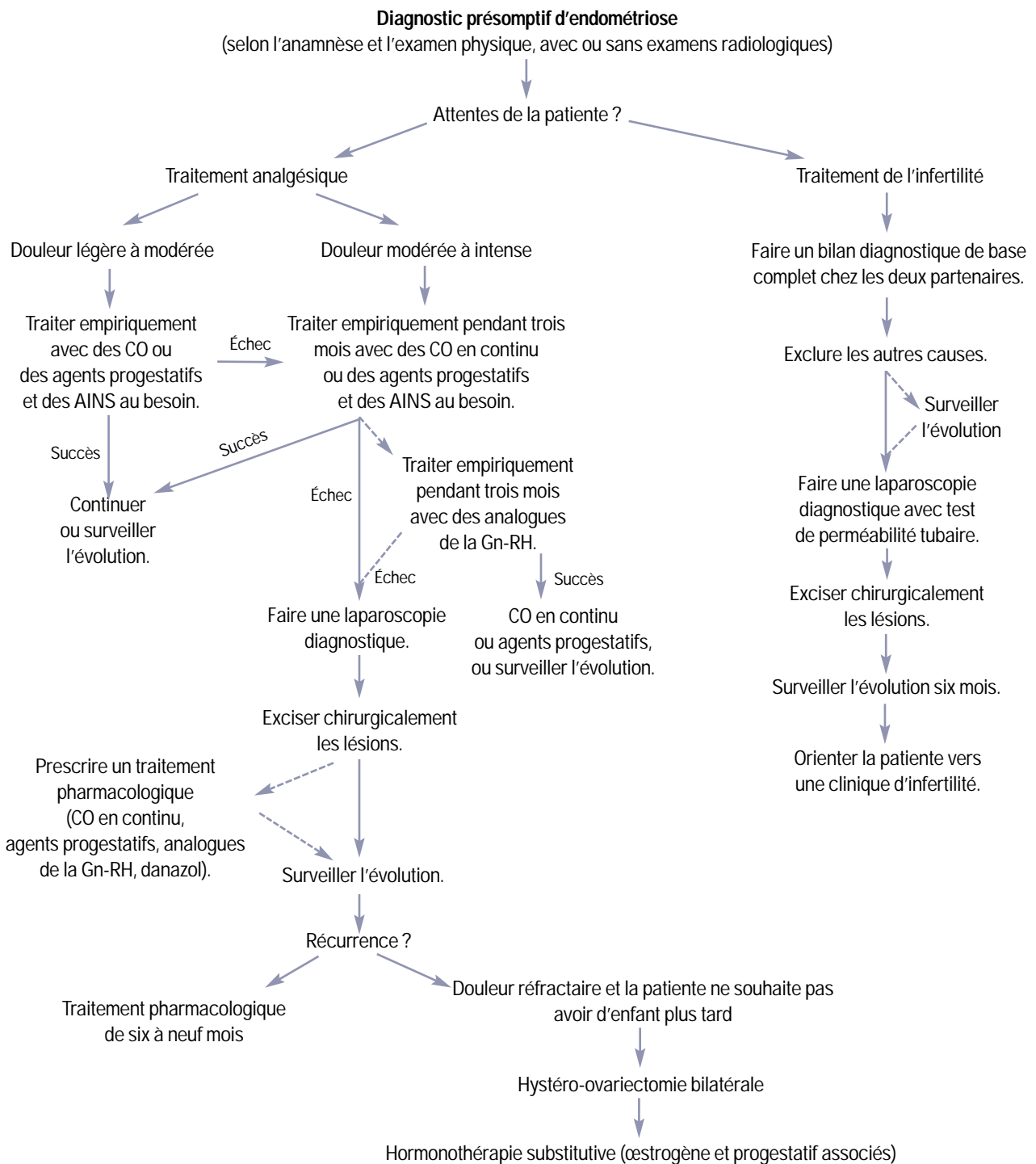
Malgré les percées dans les traitements médicaux et chirurgicaux de l'endométriose, le schéma thérapeutique optimal n'est pas encore défini. On doit tenir compte de plusieurs facteurs, dont les effets secondaires des traitements médicaux et la nature éfractive (*invasive*) de la chirurgie ainsi que ses possibles complications¹⁵. Afin de définir le schéma thérapeutique optimal pour chaque femme, le médecin traitant doit bien connaître toutes les options de traitement ainsi que les attentes de la patiente. Les différentes approches ne soulageront pas tous les divers symptômes : le traitement de la douleur entre souvent en conflit avec celui de l'infertilité, les médicaments qui réduisent de façon efficace la douleur causant une anovulation et une aménorrhée¹⁵. On trouvera dans l'algorithme sur le traitement de l'endométriose un résumé des approches thérapeutiques, orientées en fonction des attentes de la patiente (*figure 1*).

Le traitement de l'endométriose a pour buts de soulager les symptômes, d'empêcher la progression de la maladie et de préserver la fertilité. Il faut viser la prévention de l'infertilité chez les jeunes patientes atteintes d'endométriose même si elles ne souhaitent pas devenir enceintes immédiatement.

Repère

Figure 1

Algorithme de traitement de l'endométriose



Prescrire un traitement pharmacologique (CO en continu, agents progestatifs, analogues de la Gn-RH, danazol).

↓

Surveiller l'évolution.

↓

Récurrence ?

↓

Douleur réfractaire et la patiente ne souhaite pas avoir d'enfant plus tard

↓

Hystéro-ovariectomie bilatérale

↓

Hormonothérapie substitutive (œstrogène et progestatif associés)

L'endométriose peut persister durant toute la vie reproductive d'une femme et tant que persisteront des tissus ovariens fonctionnels. Il est donc essentiel que le médecin et sa patiente établissent un plan de traitement à long terme. Ce plan comblera les différentes modalités de traitement médical et chirurgical, et tiendra compte des différents désirs de la patiente quant à sa fertilité, à sa qualité de vie et à ses obligations professionnelles et familiales¹².

Les cas moins graves pourront être pris en charge par un médecin de famille intéressé avec, de temps à autre, l'aide d'une équipe plus spécialisée.

IL NE FAUT PAS OUBLIER l'importance d'une approche biopsychosociale dans une maladie telle que l'endométriose. La patiente atteinte a souvent l'impression d'avoir été trahie par son propre corps, ainsi que par le corps médical et ses multiples traitements supprimeurs et rarement curatifs⁷. La qualité de vie du couple est également souvent affectée, surtout en présence de dyspareunie ou d'infertilité. On doit rappeler à la patiente que des activités autres que la pénétration peuvent procurer plaisir et intimité pour que les deux partenaires continuent de se sentir aimés. Il faut rappeler l'importance du dialogue⁷. Une approche intégrée avec une équipe multidisciplinaire peut être indiquée (psychologue, sexologue, etc.). De même, il ne faut pas tenter de dissuader les patientes d'avoir recours aux médecines alternatives, particulièrement celles qui ne sont pas soulagées par la thérapie traditionnelle⁷. □

Date de réception : 4 juillet 2000.

Date d'acceptation : 16 juillet 2000.

Mots clés : endométriose, investigation, traitement médical, traitement chirurgical.

Summary

Endometriosis: from confusion to comprehension. Endometriosis is a major cause of pelvic pain and dysmenorrhea in women of childbearing age. It is also often found in cases of infertility, although causality is not clearly established in those circumstances. The gold standard for diagnosis is still laparoscopy, even though MRI will probably take more and more place in the investigation of this condition. The treatment goals are symptom relief, prevention of disease progression and fertility preservation. Optimal treatment regimen is still to be defined. Many factors have to be taken into account in the treatment: side effects of the medical treatment, invasive nature and possible complications of surgery. To define the optimal treatment for each woman, the physician must know his patient's expectations. Pain management usually enters in conflict with infertility treatment. Interrupting or decreasing menstruation is the mainstay of medical therapy. Agents used include oral contraceptives, progestins, danazol and GnRH analogs. Surgery is useful in pain management and is the preferred initial treatment for infertility caused by endometriosis. A family physician can take charge of less severe cases, with the occasional help of a more specialized team.

Key words: endometriosis, investigation, medical therapy, surgical treatment.

Bibliographie

1. Winkel CA. Combined medical and surgical treatment of women with endometriosis. *Clin Obstet Gynaecol* septembre 1999 ; 42 (3) : 645-63.
2. Propst AM, et al. Endometriosis in adolescents. Incidence, diagnosis and treatment. *J Reprod Med* septembre 1999 ; 44 (9) : 751-8.

3. Wellbery C. Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* 15 octobre 1999 ; 60 (6) : 1753-62, 1767-8.
4. Speroff L, et al. Endometriosis. Dans : *Clinical Endocrinology and Infertility*. 6^e éd. Baltimore : Lippincott-Williams & Wilkins, 1999 ; chap. 28 : 1057-73.
5. Johnson KM. Endometriosis. The case for early, aggressive treatment. *J Reprod Med* mars 1998 ; 43 (3 Suppl) : 309-15.
6. Hurd WW. Criteria that indicate endometriosis is the cause of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* décembre 1998 ; 92 (6) : 1029-32.
7. Martin DC, Ling FW. Endometriosis and pain. *Clin Obstet Gynaecol* septembre 1999 ; 42 (3) : 664-86.
8. Hugues EG. Endometriosis: key issues for primary care. *Canadian Journal of CME* septembre 1999 : 39-49.
9. Marcoux S, Maheux R. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. *N Engl J Med* 24 juillet 1997 ; 337 (4) : 217-22.
10. Brosens IA. Endometriosis. Current issues in diagnosis and medical management. *J Reprod Med* mars 1998 ; 43 (3 Suppl) : 281-6.
11. Brosens IA, et al. Redefining endometriosis: is deep endometriosis a progressive disease? *Hum Reprod* janvier 2000 ; 15 (1) : 1-3.
12. Moghissi KS. Medical treatment of endometriosis. *Clin Obstet Gynaecol* septembre 1999 ; 42 (3) : 620-32.
13. Managing endometriosis. *Drug Ther Bull* avril 1999 ; 37 (4) : 25-9.
14. Farquhar C, et al. The evidence for the management of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* août 1998 ; 10 (4) : 321-32.
15. Donnez J. Today's treatments: medical, surgical and in partnership. *Int J Gynaecol Obstet* février 1999 ; 64 (Suppl 1) : S5-13.
16. Evers JLH. Endometriosis does not exist; all women have endometriosis. *Human Reprod* 1994 : 2206-9.
17. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynaecol* septembre 1999 ; 42 (3) : 566-85.

L'aide d'aujourd'hui.
L'espoir de demain.

INFO : 1-888-MÉMOIRE
Société Alzheimer