Recommandations

Endométriose

Les points importants pour son diagnostic et sa prise en charge en milieu militaire

F. PIROT[(1)], G. WERKOFF[(2)]

(1,2) Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin, Service de Gynécologie, Saint-Mandé

Auteur correspondant : florie.pirot@def.gouv.fr

Open access DOI
10.17184/eac.9263

Reçu
le 27/01/2025

Accepté
le 10/02/2025

Publié
le 5 mars 2025

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
L'endométriose est l'une des étiologies de dysménorrhées secondaires la plus fréquemment évoquée, puisqu'elle touche 10 à 15 % des femmes en âge de procréer.
Cette pathologie inflammatoire chronique, souvent diagnostiquée avec retard, constitue un enjeu majeur de santé publique. Dans le milieu militaire, elle pose des défis supplémentaires en raison des exigences physiques et opérationnelles, des conditions extrêmes et de l'accès limité aux soins spécialisés. L'endométriose peut impacter la performance des femmes militaires par la douleur chronique, la fatigue et des troubles associés. Le diagnostic repose sur un faisceau d'éléments cliniques, biologiques et d'imagerie, avec l'IRM comme examen de référence. Toutefois, une imagerie normale ne suffit pas à exclure l'endométriose. Des avancées comme le test salivaire Endotest pourraient améliorer le diagnostic précoce. En attendant, l'interrogatoire clinique reste une première approche indispensable.
La prise en charge repose sur une démarche multimodale : anti-inflammatoires, traitements hormonaux, chirurgie, et stratégies complémentaires (kinésithérapie, nutrition).
En milieu militaire, des adaptations professionnelles et un suivi spécifique peuvent s'avérer nécessaires pour limiter l'impact sur l'aptitude opérationnelle. Le médecin des forces joue un rôle clé dans l'identification et la prise en charge de cette pathologie. L'optimisation du dépistage et des soins est primordiale pour concilier exigence militaire et qualité de vie des patientes. Des recommandations adaptées et une meilleure formation des médecins militaires sont essentielles pour améliorer la prise en charge et limiter les répercussions sur la carrière des femmes engagées.

Mots-clés : Aptitude. Douleurs pelviennes chroniques. Dyschésie. Dysménorrhée secondaire. Dyspareunie. Dysurie. Endométriose. Médecine d'armée.

Abstract:
ENDOMETRIOSIS AND ARMY FITNESS -
KEY POINTS WHEN DIAGNOSING AND MANAGING ENDOMETRIOSIS IN MILITARY ENVIRONMENT
Endometriosis is one of the most frequently reported etiologies of secondary dysmenorrhea, affecting 10 to 15% of women of childbearing age. This chronic inflammatory pathology, which is often diagnosed late, represents a major public health issue. In the military, it poses additional challenges due to physical and operational demands, extreme conditions and limited access to specialized medical care. Endometriosis can impact the performance of military women owing to chronic pain, fatigue and associated disorders. Diagnosis is based on a combination of clinical, biological and imaging findings, with MRI as the gold standard examination. However, normal imaging alone cannot rule out endometriosis. Medical advances such as the Endotest saliva test could improve early diagnosis. Meanwhile, clinical questioning remains an essential first-line approach.
Management follows a multimodal approach, including anti-inflammatory drugs, hormonal treatments, surgery, and complementary strategies (physiotherapy, nutrition).
In the military setting, professional adaptations and specific follow-up may be necessary to minimize the impact on operational fitness. Military physicians play a crucial role in identifying and managing this condition. Optimizing screening and medical care is essential to reconcile military requirements with patients' quality of life. Tailored recommendations and enhanced training for military healthcare providers are crucial to improving management and mitigating the career impact for affected female service members

Keywords: Fitness. Chronic pelvic pain. Dyschesia. Secondary dysmenorrhea. Dyspareunia. Dysuria. Endometriosis. Military medicine.

Introduction

Les dysménorrhées, qu'elles soient primaires ou secondaires, constituent une cause majeure de douleur chronique chez les femmes en âge de procréer, affectant jusqu'à 50 à 90 % de cette population selon les études (1). Parmi les étiologies des dysménorrhées secondaires, l'endométriose se distingue par sa prévalence élevée (10 à 15 % des femmes) et son impact multidimensionnel sur la qualité de vie et les performances physiques (2). L'endométriose (quel qu'en soit le degré ou le type d'atteinte) n'est pas un phénomène de mode. On estime que l'endométriose concerne plus de 10 % de la population féminine en France, et que l'errance diagnostique est d'en moyenne

sept années avant le début de la prise en charge (3). Pour toutes ces raisons, l'endométriose est devenu un réel enjeu de santé publique, ayant gagné en visibilité grâce au travail acharné des associations et à la mise en place d'une stratégie nationale en 2022.

Dans le milieu militaire, où les exigences physiques, psychologiques et opérationnelles sont particulièrement élevées, cette pathologie pose des défis supplémentaires et uniques pour la détermination et le maintien de l'aptitude.

Cet article vise à fournir une revue détaillée et actualisée sur les dysménorrhées liées à l'endométriose et leurs implications dans l'évaluation de l'aptitude des femmes militaires, en s'appuyant sur les données récentes de la littérature scientifique.

1 Dysménorrhées : physiopathologie et épidémiologie

Les dysménorrhées primaires sont dues à une production excessive de prostaglandines endométriales (notamment PGE2 et PGF2α), induisant des contractions utérines intenses, une vasoconstriction et une ischémie transitoire du myomètr (4).
À l'inverse, les dysménorrhées secondaires résultent de pathologies sous-jacentes, parmi lesquelles l'endométriose est la cause prédominante.

Chez les femmes militaires, la prévalence des dysménorrhées est comparable à celle de la population générale, mais leur impact pourrait être amplifié par des facteurs propres au milieu militaire : conditions extrêmes (Les climats chauds ou froids aggravent les symptômes), stress (responsabilités opérationnelles, rythmes de travail irréguliers), accès limité aux soins spécialisés (en OPEX, et en dehors d'une demande d'aptitude ou recours sapiteurs). S'ajoutent à cela, des traitements médicamenteux qui s'avèrent parfois inadaptés au terrain, voire indisponibles.

Il apparaît alors relativement évident que le diagnostic d'endométriose doit être posé ou du moins évoqué le plus tôt possible, afin de proposer une prise en charge personnalisée compatible avec l'exercice des fonctions militaires.

2 L'endométriose : diagnostic et impact fonctionnel

2.1 Physiopathologie

L'endométriose est une maladie inflammatoire et hormono-dépendante caractérisée par la présence ectopique de tissu endométrial. Les lésions endométriosiques génèrent une inflammation chronique, responsable de douleurs neuropathiques et viscérales (5) : les douleurs par excès de nociception.

Mais, la difficulté de la prise en charge résulte en l'existence d'un deuxième mécanisme douloureux : l'hypersensibilisation. La douleur liée à l'endométriose est dysfonctionnelle et son aspect chronique épuise les contrôles inhibiteurs descendants.
Ce qui explique sa pérennisation, les discordances anatomo-cliniques et parfois même les échecs de prise en charge chirurgicale.

2.2 Diagnostic : défis spécifiques

Le diagnostic repose sur une combinaison de données cliniques, biologiques et d'imagerie. En premier lieu, le diagnostic peut être retenu grâce à la règle des « D ».
Le médecin des forces pourrait envisager le diagnostic s'il relève au cours de son interrogatoire :

- des dysménorrhées primaires (c'est-à-dire non expliquées jusqu'alors) ;
- et/ou des dyspareunies (positionnelles, profondes avec possible vaginisme séquellaire) ;
- et/ou des dysuries cataméniales (avec parfois hématuries macroscopiques identifiables indépendamment des menstruations) ;
- et/ou des dyschésie cataméniales (avec parfois rectorragie sans trouble hémoroïdaire connu) ;
- et/ou douleurs pelviennes non cycliques (liées au phénomène de congestion pelvienne).

Toutefois, le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic est de sept à dix ans, ce qui expose les patientes militaires à une errance diagnostique prolongée (6). Par ailleurs, un interrogatoire évocateur nécessite une confirmation diagnostique.

Les outils diagnostiques incluent :

- échographie pelvienne : première intention, avec une sensibilité accrue en cas de kystes endométriosiques ;
- IRM pelvienne : méthode de référence pour les lésions profondes, permettant d'étayer le diagnostic lorsque l'aspect lésionnel n'est pas typique. Mais attention, l'IRM s'avère parfois peu informative avant 25 ans, donc ne pas hésiter à la faire relire par un radiologue expert ou à la reproduire à distance ;
- laparoscopie : reste encore le Gold standard pour confirmer le diagnostic et stadifier la maladie (classification ASRM ou ENZIAN) ;
- en complément, l'écho-endoscopie rectale : permettant d'apprécier avec précision le degré d'atteinte digestive et le risque sténosant.

Les *Guidelines* 2022 de l'ESHRE (*European Society of Human Reproduction and Embryology*) précisent de plus qu'une IRM normale ou une cœlioscopie avec une histologie négative ne doivent pas éliminer le diagnostic (7).

En outre, la signature biologique d'endométriose semble être possible sur la base de l'analyse des micro-ARN dans la salive, avec une bonne spécificité, dès l'atteinte initiale. Ce test salivaire (Endotest), actuellement en développement et qui a déjà fait couler beaucoup d'encres, n'est pas encore un test de dépistage mais pourrait être utilisé dans certaines situations cliniques quand, par exemple, il est nécessaire de s'assurer du diagnostic alors que l'imagerie est négative et le traitement inefficace. Cela pourrait notamment réduire le nombre de cœlioscopies diagnostiques parfois indispensables mais qui n'en demeurent pas moins un acte invasif (HAS janvier 2024).

Ainsi, la Haute Autorité de santé (HAS) proposait dès 2017 cet arbre décisionnel pour guider les praticiens dans la prise en charge initiale des dysménorrhées secondaires faisant évoquer une endométriose pelvienne (figure 1).

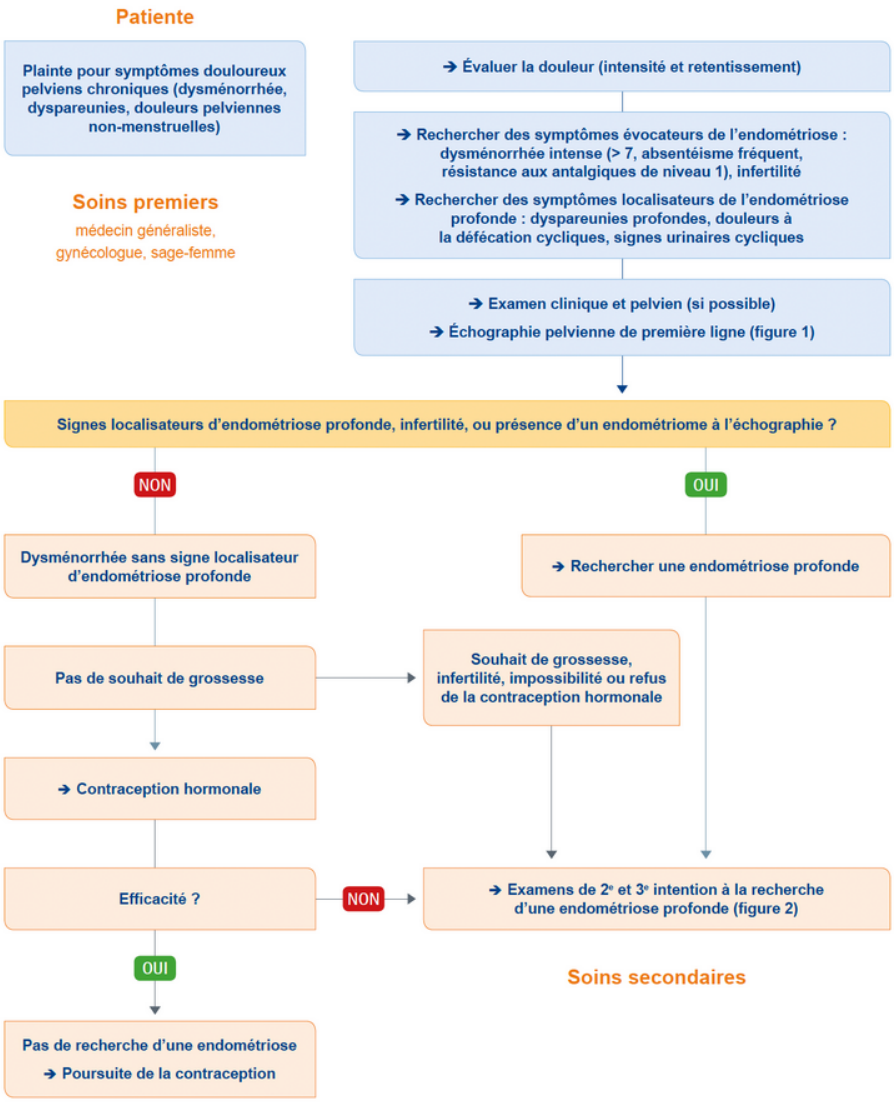


FIG. 1 : Prise en charge initiale des dysmménorrhées recommandée selon la HAS - 2017

2.3 Impact sur les performances

Comme toute pathologie responsable de douleurs chroniques, l'endométriose est responsable de multiples manifestations cliniques composant un véritable tableau hétérogène impactant la performance physique, parmi lequel on identifiera :

- la douleur chronique : réduction des capacités fonctionnelles, altération de l'endurance ;
- la fatigue : conséquence de la douleur et de l'inflammation systémique ;
- et les troubles associés : altération du sommeil, troubles digestifs et urinaires exacerbés en mission.

Selon une étude menée chez des femmes militaires américaines, jusqu'à 25 % des cas d'inaptitude temporaire étaient directement liés à des douleurs pelviennes chroniques, incluant l'endométriose (8).

La douleur est bien évidement la principale cause à ces différentes altérations.
Mais, l'inflammation chronique (en l'absence de traitement adéquat) a sa part de responsabilité. En effet, il n'est pas rare d'objectiver un véritable « endo-belly » chez ces patientes (congestion abdomino-pelvienne) et d'en noter la majoration lors de l'exposition au stress.

3 Conséquences sur l'aptitude militaire

3.1 Aptitude opérationnelle

Les évaluations d'aptitude doivent prendre en compte :

- la sévérité des symptômes (échelle EVA pour la douleur, questionnaires de qualité de vie comme le SF-36 ou l'EHP-30) ;
- les impacts fonctionnels (limitation des déplacements, des efforts prolongés, etc.) ;
- l'éventuelle réponse aux traitements, notamment hormonaux. Mais aussi à toutes les alternatives non médicamenteuses (kinésithérapie, régime anti-inflammatoire…). Car un grand nombre de patientes souhaite s'émanciper d'une camisole hormonale.

Ainsi en pratique, dès lors que le diagnostic d'endométriose est posé, la notation SIGICOP sera au minimum G = 2 mais reste modifiable dans le temps.

Par ailleurs, il est primordial de rappeler aux médecins des forces qu'il n'y a pas toujours de corrélation entre le lésionnel (dont nous aborderons l'évaluation par la suite) et la symptomatologie. C'est notamment ce qui fait toute la difficulté de la prise en charge primaire de l'endométriose.

3.2 Problématiques spécifiques

Le médecin des forces joue un rôle crucial dans l'identification de cette pathologie. L'absence de diagnostic et/ou de traitement adéquat pourrait conduire à :

- **des absences répétées** : crises douloureuses, hospitalisations ou interventions chirurgicales ;
- **une incompatibilité avec certaines tâches** : missions prolongées sans accès à des soins gynécologiques ou analgésiques adéquats ;
- **un risque de décompensation** : lors des déploiements en zone de combat ou des formations intensives. Ce qui dans de rares cas, pourrait nécessiter une procédure d'évacuation médicale (MEDEVAC).

4 Stratégies de prise en charge

La prise en charge de l'endométriose repose sur une approche multimodale.

4.1 Approche thérapeutique

S'il existe une multitude de tableaux cliniques au retentissement variable, l'arsenal thérapeutique pour la prise en charge primaire au sein des unités médico-militaire est lui aussi relativement large et comprend :

- **Les AINS (Anti-inflammatoires non stéroïdiens) :** premiers recours pour la gestion de la douleur aiguë. En mission ou déplacement, on privilégiera des formes orales à prise unique journalière (comme le naproxène).
- **Contraceptifs hormonaux combinés (CHC) :** Les CHC permettent de réguler le cycle menstruel, de diminuer les flux abondants et de réduire les douleurs menstruelles. Ils sont adaptés à de nombreuses patientes mais nécessitent une prise en compte préalable des contre-indications (facteur de risque cardiovasculaire, thromboembolique…) ainsi qu'une réévaluation à distance. En mission, on privilégiera les formes continues. Les contraceptions réversibles à action prolongée : implants progestatifs ou dispositifs intra-utérins (DIU) à libération de lévonorgestrel sont particulièrement adaptés, car ils nécessitent un suivi minimal et offrent une efficacité prolongée.
- **Les analogues de la GnRH :** alternatives en cas de réponse insuffisante, ils induisent une ménopause artificielle temporaire et sont de moins en moins utilisés devant l'importance des effets secondaires : syndrome climatérique, ostéoporose, trouble du sommeil, etc. (surtout en l'absence de traitement *add-back* pour en limiter les effets).
- **Chirurgie :** indiquée en cas de lésions profondes ou résistantes aux traitements médicaux, elle peut souvent être évitée ou du moins retardée, lorsqu'une prise en charge adéquate de l'endométriose est mise en place. La SCGP (Société de chirurgie gynécologique et pelvienne) rappelait en fin d'année 2023 que ces interventions gagnent à être réalisées dans des centres spécialisés affiliés aux réseaux d'endométriose (centres de prise en charge secondaire). Le service de gynécologie de l'HNIA Bégin a récemment rejoint la filière et propose cette prise en charge. Notons aussi que la chirurgie est une option envisagée dans le cadre d'un projet de grossesse à court terme puisqu'elle potentialise les chances de grossesse spontanée et permet parfois d'éviter le recours à une prise en charge PMA (Procréation médicalement assistée), parcours souvent long et éprouvant loin d'être compatible avec l'exercice militaire.
- **Thérapies complémentaires :** kinésithérapie (massages thérapeutiques), support diététique (régimes anti-inflammatoires) soutien psychologique et gestion du stress, seront autant d'outils thérapeutiques nécessaires au cours du suivi de nos patientes militaires.

Notons que la mise en place d'un traitement hormonal adapté (dont l'efficacité se juge par l'obtention d'une aménorrhée secondaire complète et durable), permet d'effectuer un « test thérapeutique ».

En l'absence totale d'amélioration, les médecins devront reconsidérer leur diagnostic et relancer les investigations. Le champ des douleurs abdominales chroniques reste large (porphyrie abdominale, syndrome congestif pelvien, maladie méditerranéenne, etc.) et encore relativement mal connu car mésestimé durant des décennies.

Quelle que soit la stratégie mise en place, il convient d'évaluer régulièrement sa tolérance et son efficacité. En pratique, cela se fait systématiquement au cours de la surveillance gynécologique annuelle de nos patientes.

4.2 Adaptations pour les militaires

Malgré l'impact de l'endométriose dans l'activité professionnelle, un certain nombre de mesures peuvent être envisagées :

- **aménagements professionnels :** tâches administratives temporaires si le poste le permet, missions réduites tant que la maladie ne semble pas stabilisée ;
- **gestion en opération :** formation des infirmiers et médecins de terrain à la reconnaissance et au traitement des crises aiguës ;
- **suivi spécialisé :** coordination avec des centres experts en endométriose (prise en charge secondaire), idéalement avant le départ en mission.

Pour toutes les situations considérées comme non stabilisées ou atypique (persistance de douleur, arrêts d'exercice répétés, difficulté en mission, etc.), il est de bon ton d'avoir recours à un avis sapiteur permettant un éventuel reclassement du SIGICOP, mais surtout dans l'objectif d'apporter une solution thérapeutique adaptée.

5 Perspectives et recommandations

À l'image des sociétés savantes, il nous incombe de proposer des recommandations de prise en charge, et cela passe par plusieurs principes fondamentaux :

- renforcer la sensibilisation médicale : **former les médecins militaires à reconnaître les signes précoces d'endométriose** ;
- standardiser les évaluations d'aptitude : **développer des grilles spécifiques intégrant les troubles gynécologiques**. Pour ce faire, certains travaux de thèse sont en cours.
- optimiser l'accès aux soins **primaires et secondaires : créer des réseaux de prise en charge multidisciplinaire pour les femmes militaires.** Le service de chirurgie gynécologique de l'HNIA Bégin a récemment rejoint la filière RESENDO (réseau ville-hôpital centré sur la prise en charge de l'endométriose créé en 2015) et ne cesse de grossir son réseau de ville avec les spécialistes paramédicaux algologues ;
- **encourager la recherche** : des études spécifiques sur l'impact de l'endométriose dans le milieu militaire et le développement de traitements adaptés auraient toutes leur place aux vues de l'augmentation de la représentation féminine dans les armées.

Conclusion

L'endométriose représente une pathologie complexe et souvent sous-estimée dans le contexte militaire. Son impact sur l'aptitude opérationnelle impose une prise en charge adaptée et individualisée, intégrant les impératifs spécifiques au milieu militaire.
Elle conduira au minimum à une codification G2 au cours de l'aptitude. En améliorant le diagnostic précoce et en proposant des stratégies thérapeutiques adaptées, il est possible de limiter les répercussions sur la carrière des femmes militaires tout en respectant les exigences opérationnelles.

Quelques liens utiles pour nos patients militaires

. https://endofrance.org/
. https://www.resendo.fr/
. https://www.has-sante.fr/jcms/c@2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose

Remerciements au linguiste relecteur : Édouard Lizé.

Références bibliographiques

1. Dawood MY. Primary dysmenorrhea : advances in pathogenesis and management. Obstet Gynecol. 2006 ;108(2) :428-41. doi : 10.1097/01.AOG.0000230214.26638.0c

2. Giudice LC. Endometriosis. N Engl J Med. 2010 ;362(25) :2389-98. doi:10.1056/NEJMcp1000274

3. Bourdel N, Comptour A, Chauvet P, Canis M. Douleur et endométriose - Pain and endometriosis. 2020 ;21(1) :3-10. doi:10.1016/j.douler.2019.11.001

4. Harel Z. Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults : Etiology and Management. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006 ;19(6) :363-71. doi:10.1016/j.jpag.2006.09.001

5. Bulun SE. Endometriosis. N Engl J Med. 2009 ;360(3) :268-79. doi:10.1056/NEJMra0804690

6. Simoens S, Hummelshoj L, D'Hooghe T. Endometriosis : cost estimates and methodological perspective. Hum Reprod Update. 2007 ;13(4) :395-404. doi:10.1093/humupd/dmm010

7. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline : endometriosis. Hum Reprod Open. 2022 ;2022(2) :hoac009. doi:10.1093/hropen/hoac009