

GUIDE ENDOQUEEN

Le diagnostic de l'endométriose : 40 ans d'évolution

Hier, il fallait t'opérer pour savoir. Aujourd'hui, on part d'abord de ce que tu vis. Ce qui a changé, ce qui reste à faire.

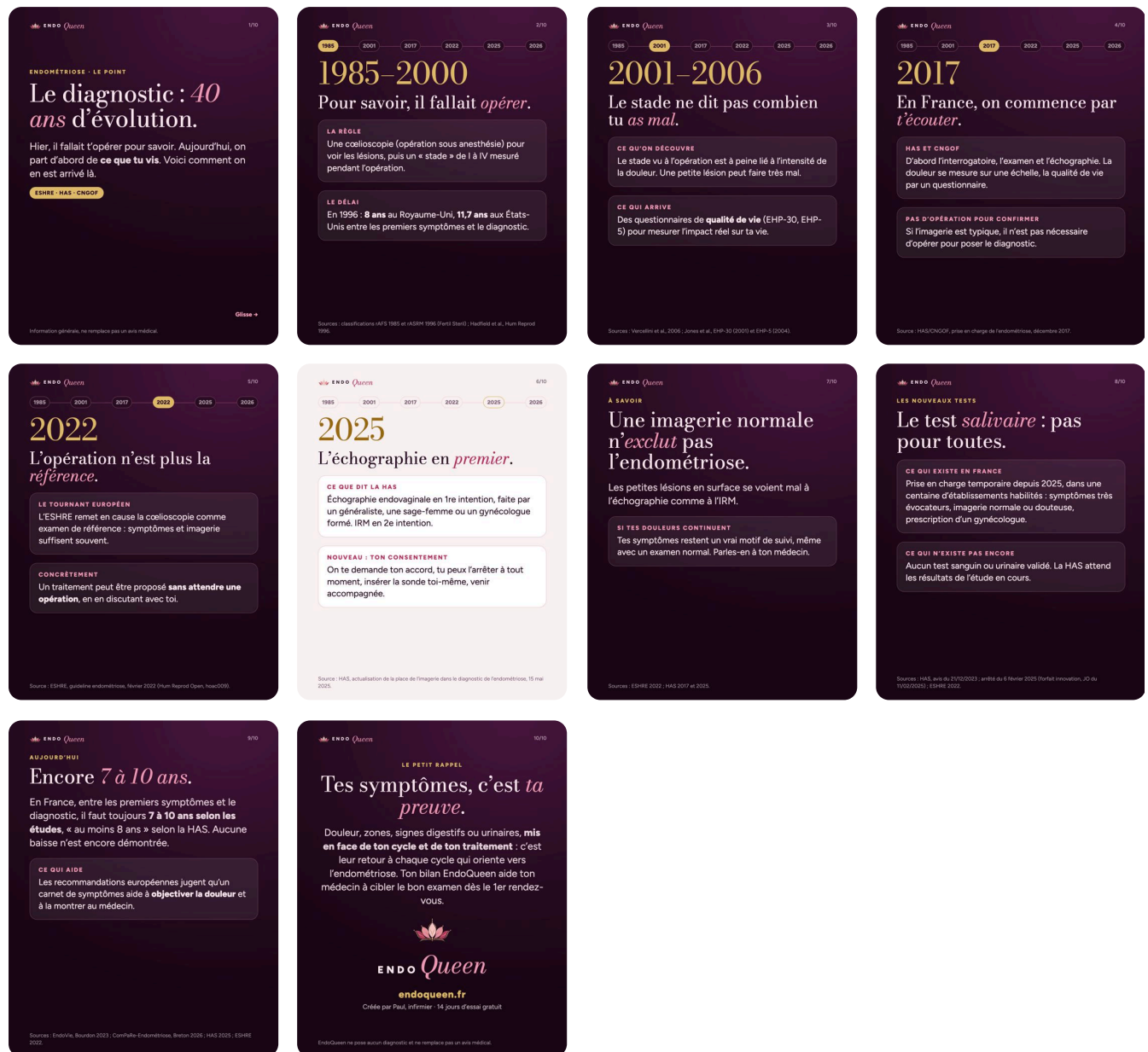
Rédigé par Paul, infirmier, à partir de sources officielles et d'études publiées. Mise à jour : 15/10/2026.

Information générale : ce guide ne pose aucun diagnostic et ne remplace pas un avis médical. Parles-en à ton médecin ou à ta sage-femme.

endoqueen.fr

Le carrousel en un coup d'œil

Les diapos publiées sur Instagram et Facebook. La suite de ce guide les détaille, avec les sources.



L'essentiel

- Jusqu'aux années 2000, l'endométriose se confirmait par une opération, la coelioscopie, qui donnait un « stade » de I à IV ^[3, 4].
- Ce stade est à peine lié à l'intensité de la douleur : une petite lésion peut faire très mal ^[4, 6].
- En France, depuis 2017, le diagnostic part de l'interrogatoire, de l'examen et de l'échographie. Si l'imagerie montre des lésions caractéristiques, on n'opère pas seulement pour confirmer ^[1].
- En 2022, les recommandations européennes (ESHRE) ont retiré à la coelioscopie son statut d'examen de référence ^[3].
- En mai 2025, la HAS place l'échographie endovaginale en premier, l'IRM ensuite, et fixe des règles de consentement pendant l'examen ^[2].
- Une imagerie normale n'exclut pas l'endométriose ^[2, 3].
- En France, il faut encore 7 à 10 ans entre les premiers symptômes et le diagnostic selon les études ^[14, 15]. Aucune baisse n'est démontrée à ce jour ^[16].

1. 1985-2000 : pour savoir, il fallait opérer

Pendant longtemps, l'endométriose était un diagnostic posé au bloc opératoire. Le geste s'appelle la **coelioscopie** (ou laparoscopie) : sous anesthésie générale, le chirurgien passe une petite caméra par le nombril pour regarder l'intérieur du ventre. Il cherche les lésions, en prélève parfois un morceau pour l'analyser au microscope (c'est l'**histologie**), et donne un stade.

Ce stade vient d'une classification américaine, publiée en 1985 puis révisée en 1996, qu'on appelle aujourd'hui **rASRM** ^[21]. Elle se remplit pendant l'opération. Elle compte des points selon la taille des lésions, les kystes des ovaires et les adhérences (des tissus qui collent les organes entre eux), puis classe de I (minime) à IV (sévère) ^[4]. Conçue pour la fertilité, elle représente mal certaines formes profondes, comme l'atteinte de l'intestin ou de la vessie ^[4].

Le délai avant diagnostic était déjà long. En 1996, une enquête auprès de 218 femmes opérées, recrutées par des associations, trouvait un délai moyen de 8 ans au Royaume-Uni et de 11,7 ans aux États-Unis entre les premières douleurs et le diagnostic chirurgical ^[7]. Le stade ne changeait pas ce délai ^[7]. Limite : ces femmes venaient d'associations, ce qui ne représente pas toutes les situations.

À retenir. Pendant des années, « avoir une endométriose » voulait dire « l'avoir vue à l'opération ». Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

2. 2001-2006 : le stade ne dit pas combien tu as mal

D'abord, on commence à mesurer la **qualité de vie**. Le questionnaire **EHP-30** est construit en 2001 à partir d'entretiens avec des patientes. Il compte 30 questions réparties en 5 domaines : douleur, sentiment de contrôle, bien-être émotionnel, soutien social, image de soi ^[8]. Une version courte, l'EHP-5, suit en 2004. La HAS recommande d'évaluer la qualité de vie avec l'un de ces questionnaires, ou avec le questionnaire SF-36 ^[1].

Ensuite, une étude italienne regarde le lien entre le stade et la douleur chez 1 054 femmes opérées ^[6]. Résultat : le lien est « marginal et inconstant ». Il n'apparaît que pour les règles douloureuses et pour la douleur hors règles, avec un effet très faible, et il a fallu un très grand nombre de patientes pour le voir ^[6]. Quarante ans plus tard, les sources disent la même chose : l'ESHRE écrit qu'il n'existe pas de lien convaincant entre le stade rASRM et la sévérité des symptômes ^[3], la HAS parle de « faible corrélation » entre symptômes et gravité ^[2], et l'Assurance Maladie écrit que les douleurs ne sont pas liées au nombre de lésions ^[18].

La HAS demande aussi de rechercher des signes de **sensibilisation** : l'endométriose peut modifier les seuils de la douleur ^[1].

À retenir. « Stade 1 » ne veut pas dire « petite douleur ». « Stade 4 » ne veut pas dire « grande douleur ». Ta douleur se mesure avec toi, pas avec le stade.

3. 2017 : en France, on commence par t'écouter

En décembre 2017, la HAS et le CNGOF (le collège des gynécologues-obstétriciens) publient des recommandations sur la démarche diagnostique ^[1]. Elles posent un ordre clair.

D'abord, les symptômes. La HAS liste les signes qui font penser à une endométriose ^[1] :

- des règles très douloureuses, avec une douleur de 8 sur 10 ou plus, ou qui font souvent manquer l'école ou le travail, ou qui ne passent pas avec les antalgiques simples ;
- une douleur au fond pendant les rapports ;
- une douleur en allant à la selle, qui augmente pendant les règles ;
- des signes urinaires qui augmentent pendant les règles ;
- une infertilité.

Ensuite, l'examen et l'échographie. En première intention : l'examen clinique, « gynécologique si possible », et l'échographie pelvienne ^[1]. L'expression « si possible » compte : l'examen n'est pas présenté comme obligatoire.

Mesurer, pas seulement écouter. Le médecin doit évaluer la douleur avec une échelle, par exemple de 0 à 10, et évaluer son retentissement sur ta vie ^[1].

Pas d'opération pour confirmer. Quand l'imagerie montre des lésions caractéristiques (un kyste typique de l'ovaire ou des lésions profondes), « il n'y a pas lieu de réaliser une coelioscopie dans le seul but de confirmer le diagnostic » ^[1]. La coelioscopie reste possible si les examens sont négatifs alors que la suspicion est forte, dans le cadre d'un projet de soin pour la douleur ou la fertilité ^[1].

La HAS précise aussi un point souvent ignoré : il n'y a pas lieu de rechercher une endométriose quand des règles douloureuses sont le seul symptôme, qu'elles sont bien contrôlées par une contraception hormonale, et qu'il n'y a pas de projet de grossesse immédiat ^[1]. Autrement dit, la recherche se justifie quand la douleur résiste, quand d'autres signes s'ajoutent, ou quand un projet de grossesse est là.

4. 2022 : l'opération n'est plus la référence

En février 2022, l'ESHRE, la société européenne de reproduction humaine, publie de nouvelles recommandations. Le changement principal est écrit noir sur blanc : la coelioscopie « n'est plus l'examen de référence » du diagnostic ^[3]. Elle n'est recommandée que si l'imagerie est négative, ou si un traitement donné sans certitude a échoué ou ne convient pas ^[3].

Ce virage est récent. En 2016 encore, une revue Cochrane (une synthèse de référence des études) rappelait que la coelioscopie était l'examen de référence et qu'aucun test non invasif n'était assez précis en pratique ^[9].

Pourquoi ce changement ? L'ESHRE cite les progrès de l'échographie et de l'IRM pour certaines formes, et en face les risques d'une opération, l'accès limité à des chirurgiens experts et le coût ^[3]. Elle admet qu'un kyste de l'ovaire typique ou une endométriose profonde peuvent être diagnostiqués par l'imagerie, sans opération ni analyse au microscope ^[3]. L'imagerie suffit donc pour les formes qu'elle voit bien, pas pour toutes.

Le traitement sans certitude n'est pas une nouveauté de 2022. L'ESHRE décrit deux voies possibles, à discuter avec la patiente : une coelioscopie, ou l'imagerie associée à un traitement hormonal « empirique », c'est-à-dire donné sur la base des symptômes, sans preuve visible ^[3]. Au Royaume-Uni, le NICE prévoyait déjà en 2017 qu'un traitement hormonal puisse être proposé en cas d'endométriose suspectée ^[5].

Ce qu'on ne sait pas encore. La HAS 2025 nuance cette approche : elle écrit que l'objectif est d'éviter les traitements empiriques, associés à un taux d'échec élevé et à l'insatisfaction des patientes ^[2]. Les recommandations françaises et européennes ne mettent donc pas le même poids sur le traitement d'épreuve. Parles-en avec ton médecin.

5. 2025 : l'échographie en premier, et ton consentement

En mai 2025, la HAS actualise la place de l'imagerie ^[2]. Ce texte, écrit par les radiologues et le CNGOF, concerne les femmes de plus de 18 ans ^[2].

L'ordre des examens ^[2] :

- **En premier**, l'échographie endovaginale (sonde placée dans le vagin), recommandée avec un niveau de preuve fort (grade A). Elle peut être faite par tout professionnel formé à cette technique : médecin généraliste, sage-femme ou gynécologue.
- **En second**, l'IRM pelvienne, si l'échographie est négative ou douteuse et que le traitement médical n'a pas suffi (grade A). Si l'échographie endovaginale n'est pas possible, l'IRM peut venir en premier.
- **Avant une opération**, l'IRM sert à cartographier toutes les lésions et aide à prévoir le geste (grade B). Le dossier est discuté en réunion d'équipe.

Ce qui est nouveau : le savoir-être. Pour la première fois, des recommandations détaillent le respect de la patiente pendant l'échographie ^[2] :

- une information claire avant l'examen, à l'oral, par écrit ou en vidéo ;
- un accord oral demandé avant et pendant l'examen ;
- le droit de retirer cet accord à tout moment, accepté tout de suite, sans rupture de la relation de soin ;
- la proposition d'introduire la sonde toi-même, ou ensemble ;
- le droit d'être accompagnée par la personne de ton choix ;
- des résultats expliqués à la fin, avec des mots adaptés.

Si tu n'as jamais eu de rapport avec pénétration, ou si tu refuses la voie vaginale, l'échographie endovaginale n'est pas faite. Une échographie par le ventre est alors discutée ^[2].

6. Une imagerie normale n'exclut pas l'endométriose

C'est un point clé pour qui cherche encore une réponse. Toutes les sources récentes le disent :

- l'ESHRE : un examen d'imagerie négatif n'exclut pas l'endométriose, « en particulier l'endométriose péritonéale superficielle » (recommandation forte) ^[3] ;
- la HAS 2025 : l'échographie endovaginale ne permet pas d'exclure l'endométriose superficielle, ni certaines atteintes profondes (ligaments derrière l'utérus, côtés de l'utérus, localisations hors du bassin) ^[2] ;
- le NICE : ne pas écarter l'endométriose si l'examen et l'échographie sont normaux ^[5].

Pourquoi ? L'endométriose superficielle forme de petites taches plates à la surface du **péritoine**, la fine membrane qui tapisse l'intérieur du ventre ^[4]. Elles sont souvent trop petites pour l'écho comme pour l'IRM. L'imagerie voit mieux les kystes de l'ovaire et les nodules profonds.

Et pour les lésions profondes ? Une méta-analyse de 2018 a rassemblé 6 études, soit 424 patientes ayant eu à la fois une échographie endovaginale et une IRM avant une opération ^[10]. Pour l'atteinte du rectum et du sigmoïde (la fin de l'intestin), les deux examens détectaient environ 85 lésions sur 100. Pour la cloison entre vagin et rectum, et pour les ligaments utéro-sacrés, la détection était plus basse, entre 59 et 70 sur 100 selon l'examen ^[10]. Les marges d'incertitude étaient larges, et ces chiffres viennent d'équipes expertes : ils ne valent pas pour chaque échographie.

L'examen clinique a aussi ses limites. La HAS rapporte que plus de la moitié des femmes dont l'endométriose a été prouvée à la coelioscopie avaient un examen pelvien normal ^[2].

À retenir. Un examen normal ne veut pas dire « tu n'as rien ». Si tes douleurs continuent, elles restent un motif de suivi. Parles-en à ton médecin.

7. Les nouveaux tests : où en est-on ?

Le test salivaire Endotest. Il analyse 109 petits fragments génétiques présents dans la salive (des **micro-ARN**), avec un séquençage et un algorithme ^[11].

- En décembre 2023, la HAS a jugé que les données ne montraient pas directement un bénéfice du test sur la prise en charge. Elle n'a pas proposé de remboursement classique, mais un accès encadré lié à une étude ^[11].
- Elle a aussi rappelé une limite : quand 75 femmes testées sur 100 ont réellement une endométriose, la part de faux négatifs atteint environ 14 sur 100 ^[11]. Un test négatif n'est donc pas une garantie.
- Depuis l'arrêté du 6 février 2025, le test est pris en charge à titre temporaire, dans le cadre du **forfait innovation** ^[12]. Il est réservé aux patientes dont l'imagerie est normale ou douteuse, mais qui ont des symptômes très évocateurs et invalidants ^[12]. Le plafond est de 25 000 patientes, dont 2 500 dans l'étude, pour 3 ans à partir de la première inclusion ^[12].
- Le test se fait dans un établissement habilité. L'arrêté en liste 98 (80 sur la liste principale, 18 sur une liste complémentaire) ^[12], et l'Assurance Maladie parle de 100 établissements ^[13]. La diapo indique « environ 80 hôpitaux » : le chiffre à retenir est plutôt **environ 100**.

Les tests de sang ou d'urine. Aucun n'est utilisable en pratique courante ^[9]. L'ESHRE recommande fortement de ne pas utiliser les marqueurs du sang, des règles ou de l'utérus pour diagnostiquer l'endométriose ^[3]. Le dosage du **CA-125** (une protéine du sang) n'est pas un test de l'endométriose ^[3, 5].

Ce qu'on ne sait pas encore. Les résultats de l'étude française sur l'Endotest n'avaient pas été publiés à la date de ce guide (non confirmé : aucun avis HAS postérieur n'a été trouvé). Le remboursement pour toutes n'est pas décidé.

8. Le délai aujourd'hui : encore 7 à 10 ans

Les chiffres français varient selon la façon de mesurer :

Source	Qui a répondu	Délai
Enquête EndoVie ^[14]	1 557 femmes diagnostiquées, en ligne, début 2020	7 ans en moyenne (premiers symptômes vers 24 ans, diagnostic vers 31 ans)
Instruction ministérielle de 2022 ^[17]	chiffre officiel	« sept années en moyenne »
HAS 2025 et Assurance Maladie ^[2, 18]	revue de la littérature	« au moins 8 ans »
Cohorte ComPaRe-Endométriose ^[15]	environ 6 949 participantes, en ligne	10 ans (11 ans pour l'adénomyose)

Ces écarts tiennent surtout aux méthodes (questionnaires, souvenirs anciens, recrutement en ligne). Ils ne prouvent pas que le délai augmente.

Le plan national a-t-il raccourci ce délai ? La seule étude avant/après trouvée porte sur un seul centre, à Marseille, et sur des formes modérées et sévères ^[16]. Le délai médian y était de 5,7 ans avant la stratégie nationale de 2022 et de 4,2 ans après, une différence qui n'est pas significative ^[16]. La même étude montre un écart selon le premier symptôme : 1,5 an quand on consulte pour infertilité, 6,9 ans quand on consulte pour des douleurs ^[16].

Ce qui peut aider. L'ESHRE considère qu'un carnet de symptômes, un questionnaire ou une application peut compléter l'interrogatoire : il aide à **objectiver** la douleur et à la montrer ^[3]. Elle précise aussi qu'aucune preuve ne montre que ces outils raccourcissent le délai de diagnostic ^[3]. Le NICE recommande d'informer les femmes que tenir un journal de la douleur aide la discussion avec le médecin ^[5].

Ce qu'on ne sait pas encore. Personne n'a encore montré qu'un carnet ou une application fait gagner du temps sur le diagnostic. Ce qui est établi, c'est qu'ils aident à décrire la douleur avec précision.

Les mots du médecin

Terme	Ce que ça veut dire
Coelioscopie (laparoscopie)	Opération sous anesthésie générale : une caméra passe par le nombril pour regarder dans le ventre.
Histologie	Analyse d'un petit morceau de tissu au microscope.

Terme	Ce que ça veut dire
Stade rASRM (I à IV)	Classement établi pendant l'opération, selon l'étendue des lésions. Ne mesure pas la douleur.
Échographie endovaginale	Échographie avec une sonde placée dans le vagin, plus proche des organes.
IRM pelvienne	Examen par aimant, sans rayons X, qui donne des images détaillées du bassin.
Première / deuxième intention	L'examen fait en premier, puis celui qu'on fait si le premier ne suffit pas.
Traitement empirique	Traitement donné sur la base des symptômes, sans preuve visible à l'imagerie.
Endométriose superficielle	Petites taches plates à la surface du péritoine, souvent invisibles à l'imagerie.
Endométriose profonde	Lésions qui s'enfoncent d'au moins 5 mm sous la surface et forment des nodules.
Endométriome	Kyste de l'ovaire rempli de vieux sang, surnommé « kyste chocolat ».
Forfait innovation	Prise en charge temporaire d'un test, liée à une étude, pas un remboursement classique.

Questions à poser en consultation

1. Est-ce que mes symptômes peuvent faire penser à une endométriose, ou à autre chose ?
2. Quel examen me proposez-vous en premier, et qui le fera ? Est-il formé à la recherche d'endométriose ?
3. Si l'échographie est normale et que j'ai toujours mal, quelle est l'étape suivante ?
4. Peut-on commencer un traitement pour la douleur sans attendre tous les examens ?
5. Suis-je concernée par le test salivaire, ou non ?
6. Faut-il m'orienter vers la filière endométriose de ma région ?

Quand consulter sans attendre

Certaines situations demandent les urgences. L'Assurance Maladie cite notamment ^[19] :

- une douleur du ventre brutale et intense, « comme un coup de poignard » ;
- une douleur du ventre avec un malaise ;
- un ventre très dur, douloureux et contracté ;
- une douleur jamais ressentie pendant une grossesse.

Une douleur brutale du bas-ventre qui ne passe pas avec les antalgiques peut aussi venir d'une complication d'un kyste de l'ovaire, comme une torsion, qui est une urgence ^[20]. En cas de doute, appelle

le 15.

Signale aussi sans attendre le prochain rendez-vous du sang dans les urines ou dans les selles, même pendant les règles ^[3].

Ce que tu peux noter dans EndoQueen

- **Ta douleur de 0 à 10**, son type et ses **zones** sur la carte du corps : ce sont les éléments que la HAS demande de mesurer.
- **Tes règles et leur abondance**, pour voir si la douleur suit ton cycle.
- **Les signes digestifs et urinaires** : douleur à la selle, douleur en urinant, surtout pendant les règles.
- **Les rapports et la gêne**, si tu le souhaites.
- **La fatigue, le sommeil, l'humeur**.
- **Tes traitements et soins**, et ce qu'ils changent.
- Le **bilan PDF** rassemble tout sur une page, avec tes questions, à montrer au médecin. EndoQueen ne pose aucun diagnostic.

Sources

1. HAS et CNGOF, *Prise en charge de l'endométriose. Démarche diagnostique et traitement médical. Fiche de synthèse*, décembre 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose-demarche_diagnostique_et_traitement_medical-fiche_de_synthese.pdf (consultée le 15/10/2026)
2. HAS (label), SIFEM, SFR, CNP Radiologie, CNGOF, *Actualisation de la place des différents examens d'imagerie pour le diagnostic d'endométriose*, 15 mai 2025. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/reco492_label_endometriose_imagerie_recommandations_ca.pdf (consultée le 15/10/2026)
3. ESHRE, Becker CM et al., *ESHRE Guideline: Endometriosis*, 2022. https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf (consultée le 15/10/2026)
4. ESHRE, *Endometriosis. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. Information for patients*, 2022. https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-ENDOMETRIOSIS-patient-Guideline_21032022.pdf (consultée le 15/10/2026)
5. NICE, *Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Recommendations*, 2017, mise à jour 2024. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/chapter/Recommendations> (consultée le 15/10/2026)
6. Vercellini P et al., *Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients*, Hum Reprod, 2007 (en ligne en 2006). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16936305/> (consultée le 15/10/2026)
7. Hadfield R et al., *Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK*, Hum Reprod, 1996. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8671344/> (consultée le 15/10/2026)
8. Jones G et al., *Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30*, Obstet Gynecol, 2001. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11506842/> (consultée le 15/10/2026)
9. Nisenblat V et al., *Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis*, Cochrane Database Syst Rev, 2016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27405583/> (consultée le 15/10/2026)
10. Guerriero S et al., *Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis*, Ultrasound Obstet Gynecol, 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29154402/> (consultée le 15/10/2026)
11. HAS, *Évaluation du test salivaire Endotest® dans les situations complexes de diagnostic d'endométriose*, décembre 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3486036/fr/evaluation-du-test-salivaire-endotest-dans-les-situations-complexes-de-diagnostic-d-endometriose (consultée le 15/10/2026)

12. Légifrance, *Arrêté du 6 février 2025 relatif à la prise en charge du dispositif médical in vitro ENDOTEST au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale*, JO du 11 février 2025. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051151869> (consultée le 15/10/2026)
13. Assurance Maladie (ameli), *Endométriose : symptômes, diagnostic et évolution*, 2026. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose/symptomes-diagnostic-evolution> (consultée le 15/10/2026)
14. Bourdon M et al., *Investigating the medical journey of endometriosis-affected women: results from a cross-sectional web-based survey (EndoVie) on 1,557 French women*, J Gynecol Obstet Hum Reprod, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38097043/> (consultée le 15/10/2026)
15. Breton Z et al., *Endometriosis Diagnostic Delay and Its Correlates: Results from the ComPaRe-Endometriosis Cohort*, J Womens Health, 2026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40999898/> (consultée le 15/10/2026)
16. Gastineau E et al., *Impact of a National Public Health Plan on the time frame for moderate and severe endometriosis diagnosis*, J Gynecol Obstet Hum Reprod, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40818690/> (consultée le 15/10/2026)
17. Ministère de la Santé, DGOS, *Instruction n° DGOS/R4/2022/183 du 12 juillet 2022 relative à l'organisation des filières territoriales dédiées à l'endométriose*, 2022 (copie hébergée par la filière EndoBreizh). https://www.endobreizh.com/wp-content/uploads/2022/08/Instruction_DGOS_R4_2022_183_12juillet2022.pdf (consultée le 15/10/2026)
18. Assurance Maladie (ameli), *Endométriose : définition et facteurs favorisants*, 2026. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose/definition-facteurs-favorisants> (consultée le 15/10/2026)
19. Assurance Maladie (ameli), *Mal de ventre : définition et causes*, 2026. <https://www.ameli.fr/index.php/assure/sante/themes/mal-ventre/definition-causes> (consultée le 15/10/2026)
20. Assurance Maladie (ameli), *Kyste ovarien : symptômes, diagnostic et évolution*, 2024. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/kyste-ovarien-ovaire/symptomes-diagnostic-evolution> (consultée le 15/10/2026)
21. American Society for Reproductive Medicine, *Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996*, Fertil Steril, 1997. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9130884/> (consultée le 15/10/2026)

EndoQueen est une application de suivi : elle ne pose aucun diagnostic et ne remplace pas un avis médical. Une erreur, une source à ajouter ? contact@endoqueen.fr