

GUIDE ENDOQUEEN

Endo et bébé : pourquoi c'est parfois plus long

Ce n'est pas un « jamais ». Ce qui gêne, ce qui est prouvé, ce qui aide, et quand consulter.

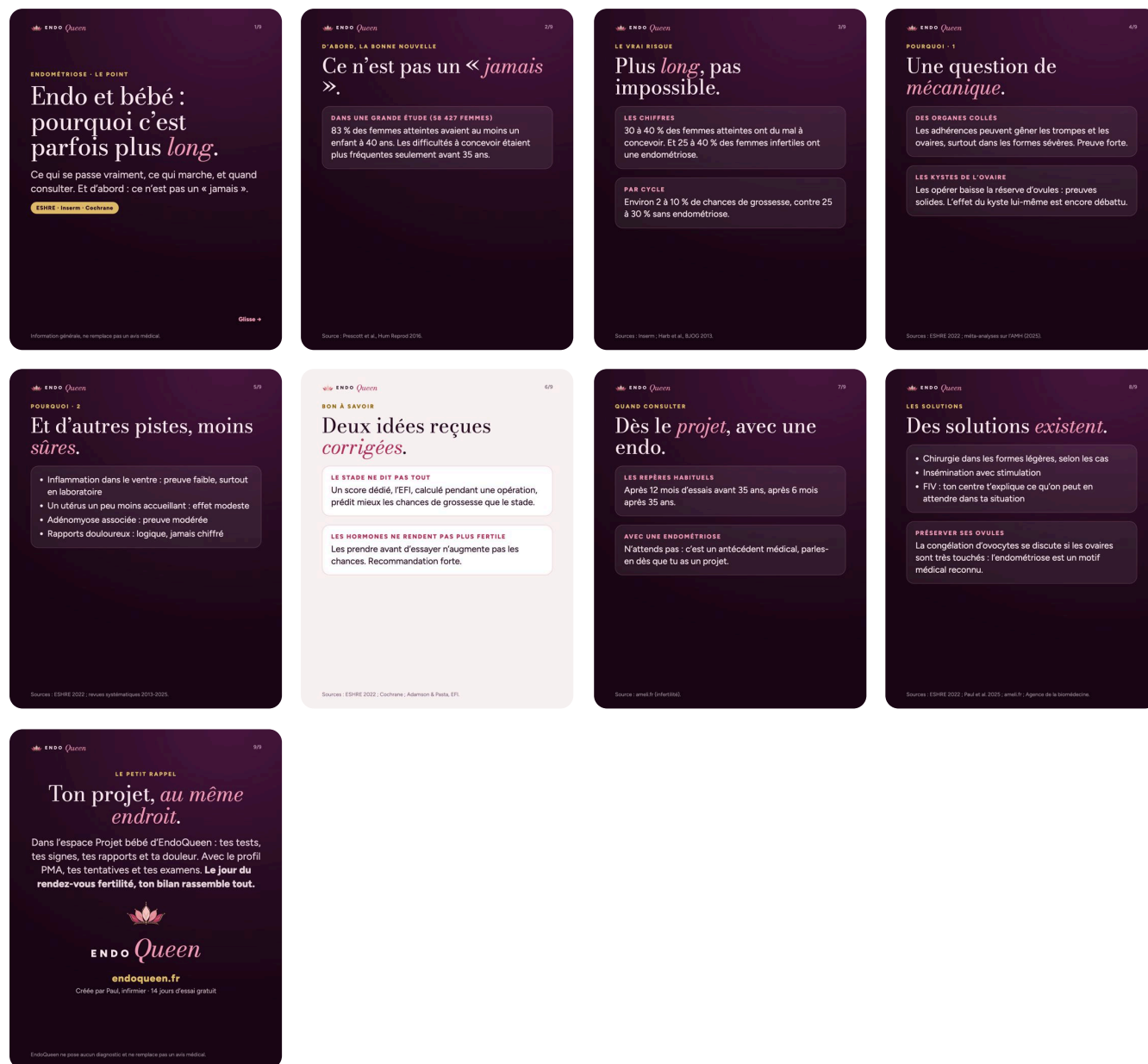
Rédigé par Paul, infirmier, à partir de sources officielles et d'études publiées. Mise à jour : 15/10/2026.

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

- **Ce n'est pas un « jamais ».** Dans une grande étude américaine, 83 % des femmes qui avaient une endométriose avaient eu au moins un enfant à 40 ans ^[1].
- **Le risque de difficulté est réel, mais plus bas qu'on le dit souvent.** Environ 30 à 40 % des femmes atteintes ont une infertilité ^[2]. Les études qui suivent toutes les femmes trouvent un risque environ deux fois plus bas que les études faites à l'hôpital ^[1].
- **Plusieurs mécanismes, plus ou moins prouvés.** Les adhérences et l'opération des kystes de l'ovaire sont les mieux établis. L'inflammation, l'utérus « moins accueillant » et l'adénomyose sont des pistes moins sûres ^[3, 4, 5, 6, 7].
- **Le stade ne dit pas tout, et les hormones ne rendent pas plus fertile.** Un score dédié, l'EFI, prédit mieux les grossesses après une opération ^[8, 9]. Prendre un traitement hormonal avant d'essayer n'augmente pas les chances ^[10, 11].
- **Avec une endométriose, on en parle dès le projet.** L'Assurance maladie conseille une consultation avant la grossesse ^[12, 13].
- **Il existe des solutions :** chirurgie dans certains cas, insémination, FIV, et parfois congélation d'ovocytes. Elles se discutent avec une équipe qui connaît la maladie ^[10, 14, 15, 16].

1. D'abord : ce n'est pas un « jamais »

La phrase « l'endométriose rend stérile » fait beaucoup de dégâts. Elle est fausse. Une **infertilité**, c'est l'absence de grossesse après au moins 12 mois de rapports réguliers sans contraception ^[17]. Ce n'est pas une **stérilité**, qui veut dire « impossible ».

La meilleure donnée vient d'une étude américaine qui a suivi 58 427 infirmières mariées de moins de 40 ans, entre 1989 et 2005 ^[1]. Leur endométriose avait été confirmée par une **coelioscopie** (une opération où l'on regarde dans le ventre avec une caméra). Dans cette étude :

- 83 % des femmes atteintes avaient eu au moins un enfant à 40 ans ;
- parmi celles qui avaient eu une infertilité avant leur premier enfant, la moitié ont eu un enfant après le diagnostic ;
- le risque de mettre plus d'un an à concevoir était environ deux fois plus élevé qu'en l'absence d'endométriose ^[1].

Une nuance importante : ce sur-risque n'était retrouvé **que chez les femmes de moins de 35 ans**. Entre 35 et 39 ans, la différence n'était plus nette ^[1]. Les auteurs pensent aussi que les études plus anciennes surestimaient le risque, parce qu'on cherchait l'endométriose surtout chez les femmes qui consultaient pour infertilité ^[1].

À retenir. Une endométriose rend la grossesse parfois plus longue à venir. Elle ne la rend pas impossible.

2. Les chiffres, dans le bon sens

On lit deux chiffres qui se ressemblent mais ne disent pas la même chose.

Ce qu'on mesure	Chiffre	D'où il vient
Femmes atteintes qui ont une infertilité	environ 30 à 40 sur 100	Inserm ^[2]
Femmes infertiles chez qui on trouve une endométriose	25 à 40 sur 100 (contre 0,5 à 5 sur 100 chez les femmes fertiles)	méta-analyse de 2013 ^[18]

Le premier part des femmes atteintes. Le second part des femmes qui consultent pour infertilité. Le second est donc forcément plus élevé.

Le carrousel cite aussi des chances « par cycle » : 2 à 10 % avec une endométriose, contre 25 à 30 % dans les couples fertiles, d'après l'Inserm ^[2]. Ce sont des **moyennes de groupes**, mesurées surtout chez des femmes qui avaient déjà du mal à concevoir. Elles ne disent rien de ta chance à toi, et ne permettent aucun calcul personnel. L'Inserm donne un autre repère, plus parlant : en cas d'infertilité liée à l'endométriose, 36 femmes sur 100 avaient une grossesse spontanée en 3 ans, contre 55 sur 100 en cas d'infertilité inexpiquée ^[2].

Ce qu'on ne sait pas encore. Aucune étude ne donne la part de femmes atteintes, non opérées, qui conçoivent naturellement en 1, 2 ou 3 ans, dans la population générale. Les chiffres disponibles viennent surtout de femmes déjà suivies pour infertilité.

3. Pourquoi c'est parfois plus long : la mécanique

Les adhérences. Ce sont des cicatrices internes qui « collent » des organes entre eux. Pour qu'une grossesse commence, la **trompe** doit capter l'ovule à la sortie de l'ovaire. Si elle est collée, bouchée, ou si l'ovaire est fixé, la rencontre avec les spermatozoïdes est gênée. C'est surtout vrai dans les formes sévères. Le score EFI repose d'ailleurs en grande partie sur l'état des trompes et des ovaires après l'opération ^[8].

Les kystes de l'ovaire (endométriomes). On les appelle parfois « kystes chocolat », à cause du sang ancien qu'ils contiennent. La **réserve ovarienne**, c'est le stock d'ovules restant. On l'estime par une prise de sang, l'**AMH** (hormone anti-müllérienne). L'AMH renseigne sur la quantité d'ovules, pas sur leur qualité.

- Le kyste lui-même fait-il baisser la réserve ? **C'est débattu.** Une méta-analyse de 17 études trouve une AMH plus basse en présence d'un kyste non opéré ^[4]. Une autre, sur 12 études, conclut que le kyste seul n'abîme pas la réserve ^[5].

- L'opération du kyste, elle, fait baisser la réserve : c'est **établi**. Dans cette méta-analyse, l'AMH baissait d'environ 40 % après l'opération d'un seul ovaire, et de 57 % après celle des deux, de façon durable ^[5]. Enlever un kyste, c'est aussi enlever un peu d'ovaire sain autour.

À retenir. Le carrousel écrit que les kystes « baissent la réserve d'ovules » avec des « preuves solides ». C'est vrai pour leur **opération**. Pour le kyste lui-même, les études se contredisent.

4. D'autres pistes, moins sûres

Piste	En mots simples	Ce qu'on en sait
Inflammation	Le liquide qui baigne le ventre contient plus de molécules de l'inflammation (cytokines), qui pourraient gêner spermatozoïdes, ovule ou embryon	Association retrouvée, mais preuves de qualité faible ; le rôle de cause n'est pas clair ^[6]
Utérus moins accueillant	La muqueuse de l'utérus pourrait moins bien recevoir l'embryon	Effet modeste : avec les ovocytes d'une donneuse, la méta-analyse ne trouve pas d'écart ; seuls de grands registres montrent une petite baisse des naissances ^[7]
Adénomyose associée	De l'endomètre dans le muscle de l'utérus	En FIV : 40,5 % de grossesses contre 49,8 % sans adénomyose, et plus de fausses couches (9 études) ^[3]
Rapports douloureux	Quand les rapports font mal, on en a moins	Logique, mais jamais chiffré

Chez une même femme, plusieurs raisons se mélangent souvent. Et parfois, aucune n'empêche quoi que ce soit.

5. Deux idées reçues corrigées

« **Le stade dit tout.** » Non. Le stade (de I à IV) a été conçu pour décrire les lésions, pas pour prédire une grossesse. L'**EFI** (Endometriosis Fertility Index) est un score de 0 à 10, calculé **à la fin d'une opération**. Il tient compte de l'âge, de la durée des essais, d'une grossesse passée et surtout de l'état des trompes et des ovaires ^[8]. Dans une méta-analyse de 17 études (4 598 femmes), les grossesses sans FIV en 3 ans allaient d'environ 10 sur 100 pour les scores les plus bas à 69 sur 100 pour les plus hauts ^[9]. Ce sont des moyennes de groupes, avec de grands écarts d'une étude à l'autre ^[9]. Le score ne s'applique pas aux femmes qui n'ont pas été opérées. Seule ton équipe peut l'évaluer.

« **Prendre la pilule avant, ça prépare.** » Non plus. Une revue Cochrane de 24 essais n'a trouvé aucun bénéfice à bloquer l'ovulation avant d'essayer ^[11]. La recommandation européenne de l'ESHRE le

déconseille fermement : un traitement qui met les ovaires au repos ne doit pas être prescrit pour améliorer la fertilité (recommandation forte) ^[10]. Et pendant qu'on le prend, on ne peut pas concevoir. N'arrête pas ton traitement seule pour autant : prévois l'arrêt avec ton médecin, car les douleurs peuvent revenir.

6. Quand consulter

Les repères de l'Assurance maladie, pour tous les couples : consulter après un an de rapports réguliers sans grossesse avant 35 ans ; le délai est plus court, 6 mois, après 35 ans ou s'il existe des problèmes médicaux connus chez l'un ou l'autre ^[12].

Avec une endométriose, l'Assurance maladie va plus loin : elle conseille une **consultation préconceptionnelle**, c'est-à-dire avant même de commencer les essais ^[13]. Elle sert à faire le point sur tes traitements, ta douleur, ta réserve ovarienne si besoin, et le bon moment pour arrêter ta contraception.

Le bilan se fait **à deux**. Il comprend chez l'homme un **spermogramme** (l'analyse du sperme), que l'Assurance maladie juge indispensable ^[12].

Ce qu'on ne sait pas encore. Aucune étude n'a mesuré ce qu'un diagnostic plus précoce change pour les chances de grossesse. On sait seulement que l'âge et la durée des essais comptent ^[1, 8]. Attendre sans bilan, c'est surtout du temps perdu.

7. Les solutions

La chirurgie, dans les formes légères. Dans un essai canadien de 341 femmes infertiles avec une endométriose minime ou légère, retirer les lésions pendant la coelioscopie a augmenté les grossesses dans les 36 semaines suivantes (30,7 % contre 17,7 %) ^[19]. L'ESHRE la juge possible (recommandation faible) ^[10].

L'insémination avec stimulation. On stimule les ovaires, puis on dépose les spermatozoïdes dans l'utérus. L'ESHRE la propose pour les stades I et II, plutôt qu'attendre (recommandation faible) ^[10].

La FIV (fécondation in vitro : l'ovule est fécondé au laboratoire, puis l'embryon est placé dans l'utérus). Une méta-analyse de 78 études trouve autant de naissances avec ou sans endométriose, et pas de différence nette entre les stades sévères et légers, avec un peu moins d'ovocytes recueillis ^[14]. Une autre, plus petite, trouve moins de grossesses dans les stades III-IV ^[18] : le point est **débatu**.

Le carrousel cite « 64 à 83 % de naissances après 6 cycles ». Ce chiffre vient d'un registre d'Australie et de Nouvelle-Zélande (79 318 femmes) ^[20]. Il ne concerne que les femmes dont l'endométriose était la **seule** cause d'infertilité, soit 5 % des femmes du registre. La fourchette dépend de la méthode de calcul pour les femmes qui ont arrêté en route. C'est un résultat de groupe, pas une chance personnelle. Le

message utile est ailleurs : dans ce registre, ces femmes avaient au moins autant de naissances que les femmes sans endométriose, et un peu moins quand une autre cause s'ajoutait [20].

Opérer avant une FIV ? Pas en routine. Une méta-analyse de 22 études n'a pas trouvé plus de naissances après une opération faite avant la FIV, mais une AMH plus basse et moins d'ovocytes quand on opère un kyste [15]. L'ESHRE déconseille d'opérer un kyste de l'ovaire avant une FIV dans le seul but d'avoir plus de naissances (recommandation forte) [10]. Elle rappelle aussi que la FIV n'augmente pas le risque de récurrence de l'endométriose [10].

Congeler ses ovocytes. Si les ovaires sont très touchés, l'ESHRE recommande d'en discuter les avantages et les inconvénients, en précisant que le bénéfice réel reste inconnu [10]. En France, l'endométriose fait partie des maladies qui ouvrent droit à la **préservation médicale de la fertilité**, et les actes de recueil sont remboursés [16]. Demande à ton médecin si cette voie s'applique à toi, de préférence **avant** une opération des ovaires.

À retenir. Il n'existe pas de parcours unique. Le choix dépend de ton âge, de ta douleur, de tes trompes, de ta réserve et de la situation de ton ou ta partenaire.

Les mots du médecin

Terme	Ce que ça veut dire
Infertilité	Pas de grossesse après 12 mois ou plus de rapports réguliers sans contraception. Ce n'est pas une stérilité
Fécondabilité	La probabilité, en moyenne dans un groupe, qu'une grossesse commence pendant un cycle
Adhérences	Cicatrices internes qui collent des organes entre eux
Endométriome	Kyste d'endométriose sur l'ovaire, aussi appelé « kyste chocolat »
Réserve ovarienne	Le stock d'ovules restant dans les ovaires
AMH	Hormone anti-müllérienne : une prise de sang qui reflète la réserve ovarienne (la quantité, pas la qualité)
Kystectomie	Opération qui retire un kyste de l'ovaire
Coelioscopie	Opération par de petites incisions, avec une caméra, pour voir et traiter les lésions
EFI	Score de 0 à 10, calculé à la fin d'une opération, qui prédit les grossesses sans FIV
Insémination (IIU)	Dépôt des spermatozoïdes dans l'utérus, souvent après une stimulation des ovaires

Terme	Ce que ça veut dire
FIV, ICSI	Fécondation au laboratoire ; dans l'ICSI, un spermatozoïde est injecté dans l'ovule
Spermogramme	Analyse du sperme du partenaire, au début du bilan
Consultation préconceptionnelle	Rendez-vous avant de commencer les essais, pour préparer la grossesse
Préservation de la fertilité	Congélation d'ovocytes (vitrification) pour les utiliser plus tard

Questions à poser en consultation

- Avec mes lésions et mon âge, est-ce utile de faire un bilan dès maintenant, avant d'essayer ?
- Quand et comment arrêter mon traitement actuel, et que faire si la douleur revient ?
- Faut-il doser mon AMH ? Qu'est-ce que le résultat changerait pour nous ?
- Une opération est-elle prévue ? Quel effet aurait-elle sur ma réserve ovarienne ?
- Une congélation d'ovocytes pour raison médicale est-elle possible dans ma situation ?
- Avez-vous recherché une adénomyose ?
- Au bout de combien de temps d'essais faudra-t-il passer à l'étape suivante ?
- Mon ou ma partenaire doit-il faire un bilan, et lequel ?

Quand consulter sans attendre

Si tu peux être enceinte ou si tu as un test positif : des douleurs dans le bas-ventre, souvent d'un seul côté, ou des saignements peu abondants et foncés doivent faire consulter en urgence. Ce sont les signes d'une grossesse qui s'est installée hors de l'utérus ^[21]. Une douleur brutale ou très forte, ou un malaise : appelle le 15.

Ce que tu peux noter dans EndoQueen

- Dans le **profil Projet bébé** : la date de début des essais, tes tests d'ovulation, ta glaire, ta température, tes rapports et la gêne ressentie, tes tests de grossesse.
- Ta **douleur** de 0 à 10, son type et ses zones sur la carte du corps, tes règles et leur abondance.
- Dans le **profil PMA** : tes tentatives, les étapes du protocole recopiées depuis ton centre, et les examens du bilan avec leur résultat tel qu'il est écrit.
- Tes **traitements** et la date où tu les arrêtes.
- Le jour du rendez-vous, ton **bilan PDF** rassemble tout. L'app ne calcule aucune chance et ne pose aucun diagnostic.

Sources

1. Prescott J et al., *A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility*, Human Reproduction, 2016. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew085> (consultée le 15/10/2026)
2. Inserm, *Endométriose* (dossier, modifié le 01/07/2024). <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/> (consultée le 15/10/2026)
3. Vercellini P et al., *Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis*, Human Reproduction, 2014. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu041> (consultée le 15/10/2026)
4. Muzii L et al., *Antimüllerian hormone is reduced in the presence of ovarian endometriomas: a systematic review and meta-analysis*, Fertility and Sterility, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.06.025> (consultée le 15/10/2026)
5. Younis JS et al., *Impact of unilateral versus bilateral ovarian endometriotic cystectomy on ovarian reserve*, Human Reproduction Update, 2019. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy049> (consultée le 15/10/2026)
6. Malvezzi H et al., *Interleukin in endometriosis-associated infertility-pelvic pain: systematic review and meta-analysis*, Reproduction, 2019. <https://doi.org/10.1530/REP-18-0618> (consultée le 15/10/2026)
7. Paffoni A et al., *Live birth after oocyte donation in vitro fertilization cycles in women with endometriosis*, JAMA Network Open, 2024. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.54249> (consultée le 15/10/2026)
8. Adamson GD, Pasta DJ, *Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system*, Fertility and Sterility, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.035> (consultée le 15/10/2026)
9. Vesali S et al., *Endometriosis fertility index for predicting non-assisted reproductive technology pregnancy after endometriosis surgery*, BJOG, 2020. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16107> (consultée le 15/10/2026)
10. ESHRE, Becker CM et al., *ESHRE guideline: endometriosis*, Human Reproduction Open, 2022. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8951218/> (consultée le 15/10/2026)
11. Hughes E et al., *Ovulation suppression for endometriosis*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000155.pub2> (consultée le 15/10/2026)
12. Assurance maladie (ameli), *Bilan médical de l'infertilité*, 2025. <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/concevoir-un-enfant/sterilite-pma-infertilite/bilan-medical-infertilite-sterilite> (consultée le 15/10/2026)
13. Assurance maladie (ameli), *Désir de grossesse et endométriose*, 2025. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose/desir-de-grossesse-et-endometriose> (consultée le 15/10/2026)
14. Barbosa MAP et al., *Impact of endometriosis and its staging on assisted reproduction outcome: systematic review and meta-analysis*, Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 2014. <https://doi.org/10.1002/uog.13366> (consultée le 15/10/2026)
15. Riemma G et al., *IVF/ICSI or surgery as first approach for the treatment of infertility associated with ovarian and deep infiltrating endometriosis?*, Reproductive BioMedicine Online, 2025. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2025.105178> (consultée le 15/10/2026)
16. Assurance maladie (ameli), *Préservation médicale de la fertilité*, 2026. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/assistance-medecale-la-procreation-amp/preservation-medecale-de-la-fertilite> (consultée le 15/10/2026)
17. Organisation mondiale de la santé, *1 in 6 people globally affected by infertility*, 2023. <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility> (consultée le 15/10/2026)
18. Harb HM et al., *The effect of endometriosis on in vitro fertilisation outcome: a systematic review and meta-analysis*, BJOG, 2013. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12366> (consultée le 15/10/2026)
19. Marcoux S et al., *Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis*, New England Journal of Medicine, 1997. <https://doi.org/10.1056/NEJM199707243370401> (consultée le 15/10/2026)
20. Paul RC et al., *Cumulative live birth rates in women with endometriosis undergoing ART treatment*, Human Reproduction, 2025. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf191> (consultée le 15/10/2026)
21. Assurance maladie (ameli), *Grossesse extra-utérine*, 2025. <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/grossesse/difficultes-et-maladies-pendant-la-grossesse/grossesse-extra-uterine> (consultée le 15/10/2026)