

## GUIDE ENDOQUEEN

# Endométriose et adénomyose : deux voisines

Même type de tissu, pas au même endroit. Ce que font les hormones, ce que font les traitements.

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](https://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

- L'endométriose, c'est un tissu qui ressemble à la muqueuse de l'utérus, installé en dehors de l'utérus. L'adénomyose, c'est le même type de tissu dans le muscle de l'utérus <sup>[1, 13]</sup>.
- Pour la HAS, l'adénomyose est une maladie associée : on peut avoir l'une, l'autre, ou les deux <sup>[2]</sup>.
- L'adénomyose a plusieurs formes : diffuse, focale ou en nodule (adénomyome). Quand une endométriose profonde entre dans le muscle par l'extérieur, on parle d'adénomyose externe <sup>[2]</sup>.
- Les deux maladies dépendent des hormones. Les lésions peuvent même fabriquer de l'œstradiol sur place <sup>[1, 6, 7]</sup>.
- Les traitements hormonaux mettent les lésions au repos. Calmer n'est pas effacer : à l'arrêt, les symptômes reviennent souvent <sup>[1, 4, 14]</sup>.
- D'où viennent-elles ? Des hypothèses, aucune certitude <sup>[4, 6, 10]</sup>.
- Les deux maladies se retrouvent souvent ensemble. Si tu as l'une, tu peux demander si l'autre a été cherchée <sup>[2, 8]</sup>.

## 1. Le même type de tissu, deux endroits

À l'intérieur, l'utérus est tapissé d'une muqueuse, l'**endomètre**. C'est elle qui s'épaissit à chaque cycle puis se détache avec les règles. Autour, il y a le muscle, le **myomètre**.

**L'endométriose** est une maladie inflammatoire chronique. Elle est définie par la présence d'un tissu qui **ressemble** à l'endomètre, en dehors de l'utérus <sup>[1]</sup>. Les lésions se trouvent le plus souvent sur les ovaires, les trompes, les ligaments de l'utérus, la paroi du vagin, le rectum. Plus rarement sur l'intestin, la vessie ou la paroi du ventre <sup>[5]</sup>. Elle concerne environ 1 femme sur 10 en âge d'avoir des enfants, soit 1,5 à 2,5 millions de femmes en France <sup>[5]</sup>.

Les médecins décrivent trois formes <sup>[3]</sup> :

- **superficielle** : limitée au **péritoine**, la fine membrane qui tapisse l'intérieur du ventre ;
- **profonde** : elle infiltre l'espace sous le péritoine ou les organes (rectum, vagin, utérus, vessie, uretère, intestin) ;
- **endométriose** : un kyste de l'ovaire. À l'IRM, on parle d'endométriose au-delà de 1 cm, avec un contenu fait de sang <sup>[2]</sup>.

**L'adénomyose** est la présence de tissu de l'endomètre (des glandes et le tissu qui les entoure, le **stroma**) dans le muscle de l'utérus <sup>[1, 13]</sup>.

**À retenir.** Endométriose et adénomyome se ressemblent à l'oreille, mais ce n'est pas la même chose. L'endométriose est un kyste **sur l'ovaire**. L'adénomyome est un nodule **dans le muscle** de l'utérus.

## 2. Deux maladies voisines : ce que disent les recommandations

Le classement de l'adénomyose n'est pas le même partout. C'est utile de le savoir, parce que tu peux lire des choses qui semblent se contredire.

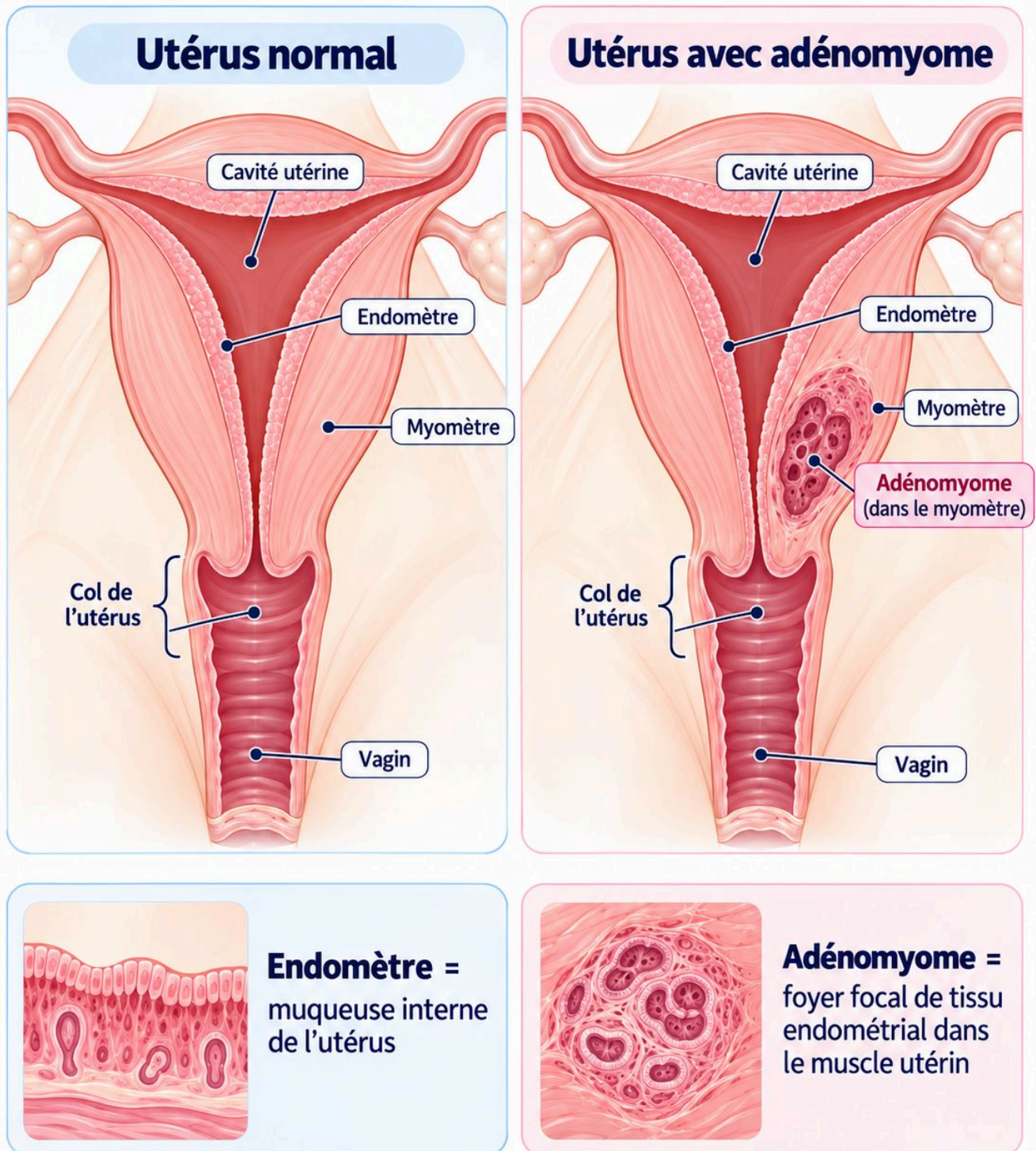
- **L'ESHRE**, la société européenne de reproduction humaine, écrit que l'adénomyose n'est pas considérée comme une forme ou un sous-type d'endométriose. Elle n'est donc pas couverte par sa recommandation de 2022 sur l'endométriose. Des recommandations séparées sont annoncées <sup>[1]</sup>.
- **La HAS** (Haute Autorité de santé), dans ses recommandations de 2025 sur l'imagerie, écrit que l'adénomyose interne est une « maladie associée ». Elle demande qu'on la décrive dans le compte rendu d'IRM <sup>[2]</sup>.
- **L'Inserm** la décrit comme une forme d'endométriose interne à l'utérus <sup>[4]</sup>. **L'Assurance maladie** cite le muscle de l'utérus parmi les localisations de l'endométriose <sup>[5]</sup>.
- Les recommandations françaises de 2017 sur l'endométriose précisent que la prise en charge de l'adénomyose n'y a pas été traitée <sup>[3]</sup>.

Le carrousel parle de « deux voisines » et de « maladies associées ». Cette formule ne tranche pas un débat de classement. Elle dit l'essentiel pour toi : on peut avoir l'une, l'autre, ou les deux.

**Ce qu'on ne sait pas encore.** Les recommandations européennes spécifiques à l'adénomyose n'étaient pas publiées dans les documents lus pour ce guide. Elles pourraient changer le vocabulaire.

### 3. Dans le muscle : les formes de l'adénomyose

## Endomètre et adénomyome : localisation



Dans son compte rendu d'IRM, le radiologue décrit le type d'adénomyose <sup>[2]</sup> :

- **diffuse** : répartie dans le muscle ;
- **focale** : regroup e dans une zone ;

- **adénomyome** : un nodule bien limité, comme sur le schéma.

Il précise aussi si elle est symétrique ou non, superficielle ou profonde <sup>[2]</sup>.

**La zone de jonction.** C'est la couche interne du muscle, juste sous l'endomètre. On l'appelle aussi **zone jonctionnelle**. Une hypothèse sur l'origine de l'adénomyose fait passer l'endomètre à travers cette zone, quand elle est abîmée (section 6) <sup>[13]</sup>. À l'IRM, elle apparaît plus sombre que le reste du muscle, et elle peut paraître élargie en cas d'adénomyose <sup>[13]</sup>.

**Le point de rencontre.** Quand une endométriose profonde, venue de l'extérieur de l'utérus, infiltre le muscle, la HAS parle d'**adénomyose externe**. Elle recommande de la rechercher à l'échographie et de la décrire à l'IRM <sup>[2]</sup>.

**Comment on les voit.** L'échographie par voie vaginale est l'examen de première intention pour l'endométriose. L'IRM vient en second, si l'échographie est négative ou douteuse <sup>[2]</sup>. Pour l'adénomyose, la HAS recommande de rechercher des signes précis à l'échographie (les critères dits **MUSA**) et d'utiliser le Doppler, qui montre les vaisseaux <sup>[2]</sup>. Une imagerie normale n'exclut pas une endométriose <sup>[14]</sup>.

## 4. Les hormones : ce qui nourrit les lésions, ce qui les calme

### Les œstrogènes les stimulent

L'installation et la croissance des lésions d'endométriose dépendent des œstrogènes <sup>[1]</sup>. Elles réagissent aux hormones des ovaires : à chaque cycle, elles peuvent se développer et saigner <sup>[4, 5]</sup>. L'adénomyose est aussi une maladie qui dépend des hormones <sup>[7, 10]</sup>.

Les lésions ne font pas qu'écouter les ovaires. Les cellules des lésions d'endométriose possèdent toute la chaîne d'enzymes qui fabrique les hormones stéroïdes, dont l'**aromatase**. Elles produisent donc de l'œstradiol sur place <sup>[6]</sup>. La même production locale est décrite dans le tissu d'adénomyose <sup>[7]</sup>.

### La progestérone, et la « résistance à la progestérone »

Normalement, la progestérone transforme et calme la muqueuse de l'utérus après l'ovulation. Dans l'endométriose, les cellules des lésions manquent de récepteurs à la progestérone. Elles « entendent » moins bien son signal : c'est ce qu'on appelle la **résistance à la progestérone** <sup>[6]</sup>. Dans l'adénomyose, une baisse des récepteurs à la progestérone a aussi été observée. Selon les auteurs, cela pourrait expliquer en partie une réponse parfois faible aux progestatifs <sup>[7]</sup>.

**Ce qu'on ne sait pas encore.** Une revue de 2018 trouve cette baisse de récepteurs bien établie **dans les lésions**, mais des résultats contradictoires dans l'endomètre de l'utérus. Elle pourrait être une conséquence de la maladie plutôt qu'une cause <sup>[11]</sup>. C'est pourquoi le carrousel dit que le mécanisme est « encore discuté ».

## 5. À chaque cycle : ce qui se passe dans les lésions

### Dans l'endométriose

- **De petits saignements.** Un saignement répété et chronique, visible au microscope par un pigment issu du sang, est une particularité de l'endométriose <sup>[6]</sup>.
- **De l'inflammation.** Une revue de 2019 la décrit comme le processus central de la maladie. Les cellules des lésions fabriquent des molécules de l'inflammation : des cytokines et des prostaglandines <sup>[6]</sup>. L'Assurance maladie décrit une réaction inflammatoire, avec des lésions et des cicatrices <sup>[5]</sup>.
- **Des adhérences.** Ce sont des tissus cicatriciels qui collent des organes entre eux. L'inflammation et les saignements répétés y contribuent <sup>[5, 6]</sup>.
- **Des nerfs.** Des fibres nerveuses ont été retrouvées dans l'endomètre des femmes avec endométriose, et pas chez celles qui n'en ont pas. Elles pourraient transmettre la douleur, dans l'utérus comme dans les lésions <sup>[6]</sup>. Ce point est développé dans notre guide sur la douleur.

### Dans l'adénomyose

Une revue de 2020 cite des anomalies des hormones, de l'inflammation, de la **fibrose** (un tissu cicatriciel plus dur) et la croissance de nerfs et de vaisseaux. Elle précise que ces mécanismes ne sont pas entièrement compris <sup>[9]</sup>.

**Ce qu'on ne sait pas encore.** Les sources lues pour ce guide ne décrivent pas de petits saignements à chaque cycle dans les foyers d'adénomyose. Elles n'expliquent pas non plus précisément pourquoi l'adénomyose donne des règles abondantes. On ne l'affirme donc pas.

## 6. D'où ça vient : des hypothèses, pas de certitude

### Endométriose

- **Les règles qui remontent par les trompes** (menstruation rétrograde). C'est l'hypothèse principale selon l'Inserm <sup>[4]</sup>. Une revue de 2019 estime que la plupart des données la soutiennent pour l'endométriose du bassin <sup>[6]</sup>.
- **Le paradoxe.** Ce reflux est très courant. Dans une étude de 1984, on trouvait du sang dans le ventre, au moment des règles, chez 90 femmes sur 100 dont les trompes étaient perméables <sup>[12]</sup>. L'Inserm estime qu'environ 10 femmes sur 100 développent des lésions <sup>[4]</sup>. D'autres facteurs entrent donc en jeu : la génétique, une réponse immunitaire qui ne fait pas le ménage, les perturbateurs endocriniens sont discutés <sup>[4, 5]</sup>.
- **D'autres pistes** : des cellules du péritoine qui se transformeraient (métaplasie), une hypothèse qui a peu de soutien expérimental ; des cellules souches ; un passage par les vaisseaux <sup>[6]</sup>.

## Adénomyose

- **L'invagination** : la couche profonde de l'endomètre s'enfoncerait dans le muscle, à la suite de petites lésions et de réparations répétées. C'est l'hypothèse la plus courante selon une revue de 2018 <sup>[10]</sup>. L'AAFP précise que cela se ferait à travers une zone de jonction abîmée <sup>[13]</sup>.
- **La métaplasie** : des restes de cellules de l'embryon, ou des cellules souches adultes, se transformeraient sur place <sup>[10, 13]</sup>.

Ces théories ont chacune leurs limites, et le sujet reste discuté <sup>[9]</sup>.

**À retenir.** « La principale piste » n'est pas « la cause ». Personne ne provoque son endométriose ou son adénomyose.

## 7. Les traitements hormonaux : mettre au repos, pas effacer

### Comment ils agissent

Les familles citées par le carrousel :

- **les progestatifs** et la **pilule œstroprogestative**. Prise en continu, la pilule supprime les règles, ce qui réduit les règles douloureuses <sup>[3]</sup> ;
- **les analogues (agonistes) de la GnRH**. Après une stimulation au début, ils bloquent les hormones de l'hypophyse qui commandent les ovaires. La fonction des ovaires est alors suspendue <sup>[15]</sup> ;
- **les antagonistes de la GnRH**. Ils bloquent directement les récepteurs de la GnRH dans l'hypophyse. Moins de FSH, donc moins d'œstrogènes ; pas de pic de LH, donc pas d'ovulation <sup>[16]</sup>.

Le principe commun : priver les lésions du cycle et des œstrogènes. Une revue de 2019 rappelle que bloquer la production d'œstradiol fait régresser la maladie et ses symptômes, dont la douleur <sup>[6]</sup>. L'Inserm écrit que le traitement hormonal peut stabiliser les lésions, voire diminuer légèrement leur volume <sup>[4]</sup>.

### Ce que ça donne

Selon une revue de 2025, 11 à 19 personnes sur 100 avec endométriose n'ont pas de baisse de la douleur avec les traitements hormonaux <sup>[14]</sup>. Les autres en ressentent une, à des degrés variables.

Pour l'adénomyose, une revue de 2023 indique qu'aucun traitement médical n'est approuvé spécifiquement pour elle. Les médecins utilisent des traitements prévus pour d'autres situations. Le DIU au lévonorgestrel y est souvent cité <sup>[7, 13]</sup>.

### Ce qui se passe à l'arrêt

L'ESHRE rappelle que l'endométriose est une maladie chronique, sans guérison définitive chez une part importante des femmes. Les traitements soulagent de façon partielle, souvent temporaire, et les symptômes reviennent souvent à l'arrêt <sup>[1]</sup>. Selon la revue de 2025, 25 à 34 personnes sur 100 ont de

nouveau des douleurs pelviennes dans les 12 mois qui suivent l'arrêt d'un traitement hormonal <sup>[14]</sup>. Seule la chirurgie permet de retirer les lésions, avec un risque de récurrence <sup>[4]</sup>.

Le choix d'un traitement se fait avec ton médecin. Ne change pas ton traitement seule : parles-en à ton médecin.

**Ce qu'on ne sait pas encore.** Les études sur les traitements de l'adénomyose sont peu nombreuses, et les preuves pour choisir entre eux restent limitées <sup>[7]</sup>.

## 8. Symptômes et lien entre les deux

### Ce qui diffère, ce qui se recoupe

- **Les règles abondantes** sont plus typiques de l'adénomyose. Elles concernent 40 à 60 personnes sur 100 qui en ont une, selon une revue américaine de médecine générale (AAFP) <sup>[13]</sup>.
- **Les douleurs** existent dans les deux. Dans l'endométriose, 90 personnes sur 100 rapportent une douleur pelvienne <sup>[14]</sup>. Pour l'adénomyose, l'AAFP cite des règles douloureuses chez 15 à 30 sur 100 <sup>[13]</sup>. Ce chiffre est discuté : quand les deux maladies sont présentes, on ne sait pas toujours quel symptôme vient de laquelle.
- **Sans symptôme** : jusqu'à 1 adénomyose sur 3 ne donne aucun symptôme <sup>[13]</sup>. Une endométriose peut aussi ne donner aucune douleur <sup>[3]</sup>.

### Souvent, les deux ensemble

Une étude menée dans un centre spécialisé parisien a suivi 292 femmes opérées pour des troubles gynécologiques bénins qui donnaient des symptômes. Toutes avaient eu une IRM avant l'opération. 237 avaient une endométriose confirmée, 55 n'en avaient pas <sup>[8]</sup>. Résultats :

- une adénomyose à l'IRM chez 175 des 292 femmes, soit 6 sur 10, **tous groupes confondus** ;
- une adénomyose focale de la partie externe du muscle chez 50 femmes sur 100 avec endométriose, contre 5 sur 100 sans endométriose ;
- parmi les femmes avec une endométriose profonde, cette forme focale chez 66 sur 100 ;
- une adénomyose diffuse chez environ 1 femme sur 3, avec ou sans endométriose.

Les auteurs signalent une limite : leur centre reçoit des formes sévères, ce qui peut grossir le lien <sup>[8]</sup>. Ces chiffres décrivent ce groupe de patientes, pas un risque pour une personne.

**À retenir.** Tu as l'une ? Tu peux demander si l'autre a été recherchée à l'échographie ou à l'IRM <sup>[2]</sup>.

# Les mots du médecin

| Terme                                 | Ce que ça veut dire                                                               |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Endomètre                             | La muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'utérus.                                  |
| Myomètre                              | Le muscle de l'utérus.                                                            |
| Zone de jonction (zone jonctionnelle) | La couche de muscle juste sous l'endomètre.                                       |
| Péritoine                             | La fine membrane qui tapisse l'intérieur du ventre et couvre les organes.         |
| Endométriose superficielle, profonde  | Lésions limitées au péritoine, ou qui s'enfoncent dans les tissus et les organes. |
| Endométriome                          | Kyste d'endométriose sur l'ovaire, rempli de sang ancien.                         |
| Adénomyose diffuse, focale            | Répartie dans le muscle, ou regroupée dans une zone.                              |
| Adénomyome                            | Nodule d'adénomyose bien limité, dans le muscle.                                  |
| Adénomyose externe                    | Une endométriose profonde qui entre dans le muscle de l'utérus par l'extérieur.   |
| Oestrogéno-dépendante                 | Qui dépend des œstrogènes pour se développer.                                     |
| Aromatase                             | Enzyme qui fabrique des œstrogènes. Les lésions en ont.                           |
| Résistance à la progestérone          | Les lésions répondent moins bien au signal calmant de la progestérone.            |
| Adhérences                            | Tissu cicatriciel qui colle des organes entre eux.                                |
| Fibrose                               | Tissu cicatriciel plus dur, qui remplace un tissu normal.                         |
| Menstruation rétrograde               | Du sang des règles qui remonte par les trompes vers le ventre.                    |

## Questions à poser en consultation

- On m'a parlé d'endométriose : est-ce qu'une adénomyose a été recherchée ? Et l'inverse ?
- Sur mon compte rendu d'IRM ou d'échographie, que veulent dire les mots « focale », « diffuse », « zone jonctionnelle » ou « adénomyose externe » ?
- Ce traitement agit-il sur l'hypophyse, sur les ovaires ou directement sur l'utérus ?
- Que se passera-t-il pour mes symptômes si j'arrête ce traitement, par exemple pour un projet bébé ?
- Mes règles abondantes viennent-elles plutôt de l'adénomyose, ou faut-il chercher une autre cause ?
- Combien de temps faut-il attendre avant de juger si un traitement me convient ?
- Faut-il refaire une imagerie dans mon cas, et dans quel centre ?

# Quand consulter sans attendre

Ces situations demandent un avis rapide. En cas de doute, parles-en à ton médecin ou à ta sage-femme.

- Des douleurs intenses ou qui reviennent, ou une douleur de règles qui apparaît ou s'aggrave des années après la puberté <sup>[17, 18]</sup>.
- Des règles très abondantes ou très longues qui perturbent ta vie quotidienne <sup>[17]</sup>.
- Pas de règles depuis plus de 3 mois, hors grossesse et hors traitement qui les supprime <sup>[17]</sup>.

En cas d'urgence, appelle le 15 ou le 112.

## Ce que tu peux noter dans EndoQueen

- Ta **douleur** de 0 à 10, son **type** et ses **zones** sur la carte du corps.
- Tes **règles** et leur **abondance**.
- Tes **symptômes digestifs et urinaires**, ta **fatigue**, ton **sommeil**, ton **humeur**.
- Tes **rapports** et la gêne éventuelle.
- Tes **traitements et soins** : quand un traitement commence, change ou s'arrête, ton suivi garde la trace de ce que tu as vécu.
- Un **bilan PDF** à montrer à ton médecin.

## Sources

1. ESHRE, *Guideline Endometriosis*, 2022. [https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022\\_2.pdf](https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf) (consultée le 15/10/2026)
2. HAS, *Actualisation de la place des différents examens d'imagerie pour le diagnostic d'endométriose*, recommandations, mai 2025. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/reco492\\_label\\_endometriose\\_imagerie\\_recommandations\\_ca.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/reco492_label_endometriose_imagerie_recommandations_ca.pdf) (consultée le 15/10/2026)
3. HAS, CNGOF, *Prise en charge de l'endométriose*, recommandations, décembre 2017. [https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/RPC-HAS-CNGOF-endometriose-Recommandations\\_2017.pdf](https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/RPC-HAS-CNGOF-endometriose-Recommandations_2017.pdf) (consultée le 15/10/2026)
4. Inserm, dossier *Endométriose*. <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/> (consultée le 15/10/2026)
5. Assurance maladie (ameli), *Endométriose : définition et facteurs favorisants*, mise à jour 2026. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose/definition-facteurs-favorisants> (consultée le 15/10/2026)
6. Bulun SE et al., *Endometriosis*, Endocrine Reviews, 2019. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6693056/> (consultée le 15/10/2026)
7. Etrusco A et al., *Current medical therapy for adenomyosis: from bench to bedside*, Drugs, 2023. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10693526/> (consultée le 15/10/2026)
8. Chapron C et al., *Relationship between the magnetic resonance imaging appearance of adenomyosis and endometriosis phenotypes*, Human Reproduction, 2017 (résumé). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28510724/> (consultée le 15/10/2026)
9. Chapron C et al., *Diagnosing adenomyosis: an integrated clinical and imaging approach*, Human Reproduction Update, 2020 (résumé). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32097456/> (consultée le 15/10/2026)
10. García-Solares J et al., *Pathogenesis of uterine adenomyosis: invagination or metaplasia?*, Fertility and Sterility, 2018 (résumé). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29566849/> (consultée le 15/10/2026)
11. McKinnon B et al., *Progesterone resistance in endometriosis: an acquired property?*, Trends in Endocrinology and Metabolism, 2018 (résumé). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29934050/> (consultée le 15/10/2026)

12. Halme J et al., *Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis*, Obstetrics and Gynecology, 1984 (résumé). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6234483/> (consultée le 15/10/2026)
13. Schrager S et al., *Adenomyosis: diagnosis and management*, American Family Physician (AAFP), 2022. <https://www.aafp.org/afp/2022/0100/p33> (consultée le 15/10/2026)
14. As-Sanie S et al., *Endometriosis: a review*, JAMA, 2025. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13498397/> (consultée le 15/10/2026)
15. ANSM, base de données publique des médicaments, *Décapeptyl LP, résumé des caractéristiques du produit*, rubrique 5.1. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/67699931/extrait> (consultée le 15/10/2026)
16. Agence européenne du médicament, *Ryeqo, résumé des caractéristiques du produit*, rubrique 5.1. [https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/ryeqo-epar-product-information\\_fr.pdf](https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/ryeqo-epar-product-information_fr.pdf) (consultée le 15/10/2026)
17. Assurance maladie (ameli), *Informations et conseils sur les règles ou menstruations*, mise à jour 2026. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/informations-conseils-regles> (consultée le 15/10/2026)
18. Assurance maladie (ameli), *Douleurs pendant les règles ou dysménorrhée : quelles sont les causes ?*, mise à jour 2026. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/regles-douloureuses/douleurs-regles> (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](mailto:contact@endoqueen.fr)