

GUIDE ENDOQUEEN

Hormones ou chirurgie ?

Les deux grandes routes du traitement de l'endométriose, ce qu'elles apportent, leurs limites, et entre les deux, la prise en charge de la douleur.

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.

ENDO Queen

1/9

ENDOMÉTRIOSE - LE POINT

Hormones ou chirurgie ?

Les deux grandes routes du traitement, leurs pour et leurs contre, et entre les deux : **la prise en charge de la douleur.**

HAS · CNGOF · ESHRE

Glisse ➔

Information générale, ne remplace pas un avis médical.

ENDO Queen

2/9

AVANT TOUT

Il n'y a pas de route meilleure.

LE CHOIX SE FAIT AVEC TOI

Selon tes symptômes, ton projet de grossesse, ta tolérance aux traitements et ce que montrent les examens.

ET SOUVENT, ON COMBINE

Hormones, chirurgie et prise en charge de la douleur ne s'opposent pas : elles se complètent.

Sources : HAS/CNGOF 2017, ESHRE 2022.

ENDO Queen

3/9

ROUTE 1 - EN PREMIER

Les hormones

Pilule, stérilet hormonal, progestatifs... elles mettent la maladie au repos.

LE POUR

- + Pas d'opération
- + 1^{re} intention
- + Réduit la rechute après chirurgie

LE CONTRE

- Soulagement sans guérir
- L'effet s'arrête à l'arrêt
- Pas compatibles avec un projet de grossesse
- Tolérance variable

Sources : HAS/CNGOF 2017, ESHRE 2022, Zakhari et al., Hum. Reprod. Update 2021.

ENDO Queen

4/9

ROUTE 2 - SELON LA SITUATION

La chirurgie

Une coscospie pour retirer les lésions et les kystes. Pour les cas complexes, la décision se prend en équipe, dans un centre expert.

QUAND EN PABLE-T-ON ?

- Traitements inefficaces ou mal tolérés
- Atteinte d'un organe (intestin, vessie, urètre...)
- Certains kystes de l'ovaire, certaines infertilités

Sources : HAS/CNGOF 2017, ESHRE 2022, Fédération régionale endométriose (stratégie nationale 2023).

ENDO Queen

5/9

ROUTE 2 - LE POUR ET LE CONTRE

Opérer, ce n'est pas guérir à coup sûr.

LE POUR

- + Retire les lésions et les kystes
- + Soulagement souvent
- + Peut aider à concevoir (formes légères)

LE CONTRE

- Rechute : ~1 sur 5 à 2 ans, 4 à 5 sur 10 à 5 ans
- Adhérences fréquentes
- Kyste de l'ovaire : réserve ovarienne en baisse

Sources : Goe, revue 2009 ; Cochrane (fertilité) ; Murdoch et al., méta-analyse AMH 2023 ; RPC CNGOF-HAS 2017.

ENDO Queen

6/9

APRÈS L'OPÉRATION

Souvent, un traitement hormonal derrière.

CE QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS

Sans projet de grossesse, un traitement hormonal après l'opération est recommandé : stérilet hormonal ou pilule, au moins 18 à 24 mois.

POURQUOI

Il diminue nettement le risque de rechute, d'après une méta-analyse de 2021.

Sources : RPC CNGOF-HAS 2017 (grade B) ; ESHRE 2022 ; Zakhari et al., méta-analyse, Hum. Reprod. Update 2021.

ENDO Queen

7/9

ENTRE LES DEUX

La douleur qui dure se soigne aussi.

Une douleur ancienne peut s'entretenir toute seule : on parle de douleur chronique.

LES STRUCTURES DOULEUR CHRONIQUE

274 consultations et centres en France, dont 26 référents pour l'endométriose. Médecin, infirmier, psychologue. Accès sur courrier de ton médecin.

Sources : RPC CNGOF-HAS 2017, Hospimed, mars 2023 (structures douleur chronique référentes 2023-2024).

ENDO Queen

8/9

CE QUI PEUT AIDER EN PLUS

Des soins qui complètent.

LE POUR

- + Kiné pelvienne
- + Activité physique adaptée
- + Psychologue, TCC
- + Electrostimulation (TENS)

LE CONTRE

- Preuves encore modestes
- Opioides : pas recommandés (HAS)
- Anti-inflammatoires : pas au long cours

Sources : ESHRE 2022 ; RPC CNGOF-HAS 2017 ; HAS, antidouleurs, mars 2022.

ENDO Queen

9/9

LE PETIT RAPPEL

Quelle que soit la route, ton suivi compte.

Avant et après un traitement ou une opération, EndoQueen garde la trace de ta douleur, de tes saignements, de tes médicaments et de ce qui te soulage (chaleur, TENS, kiné...). **Ton médecin voit si la route choisie t'aide vraiment.**



ENDO Queen
endoqueen.fr
Créée par Paul, infirmier - 14 jours d'essai gratuit

EndoQueen ne pose aucun diagnostic et ne remplace pas un avis médical.

L'essentiel

- Il n'y a pas de route meilleure dans l'absolu. Le choix dépend de tes symptômes, de ton projet de grossesse, de ta tolérance aux traitements et de ce que montrent les examens ^[1].
- Les hormones viennent en premier. Elles soulagent sans opération, mais ne retirent pas les lésions et leur effet s'arrête à l'arrêt ^[1, 2].
- La chirurgie se fait par coelioscopie. On en parle quand les traitements ne suffisent pas ou sont mal tolérés, quand un organe est atteint, ou pour certains kystes et certaines infertilités. Les cas complexes se discutent en équipe ^[1, 2].
- Opérer ne guérit pas à coup sûr : selon une revue de 2009, environ 1 femme sur 5 a une récurrence à 2 ans et 4 à 5 sur 10 à 5 ans. Opérer un kyste de l'ovaire fait baisser la réserve ovarienne ^[5, 9].
- Sans projet de grossesse, un traitement hormonal est recommandé après l'opération : il réduit le risque de récurrence ^[1, 2, 4].
- La douleur qui dure se soigne aussi : structures douleur chronique, kiné pelvienne, activité physique, TENS, soutien psychologique ^[3, 11].

1. Deux routes, et souvent les deux

Les recommandations françaises de 2017 (HAS et CNGOF, le Collège des gynécologues) posent le cadre : le choix entre traitement médical et chirurgie est guidé par **tes attentes**, ton souhait de grossesse, l'efficacité et les effets indésirables des traitements, l'intensité et le type de douleur, ainsi que la localisation et la sévérité de l'endométriose ^[1].

Ce n'est donc pas un choix « hormones contre chirurgie ». Dans la pratique, les deux se complètent souvent : une chirurgie peut être suivie d'un traitement hormonal, et la prise en charge de la douleur accompagne les deux. L'ESHRE, la société européenne de reproduction humaine, recommande d'ailleurs une décision partagée, qui tient compte de tes préférences, des effets indésirables, de l'efficacité, du coût et de la disponibilité ^[2].

Quand le premier traitement échoue, quand les symptômes reviennent ou quand plusieurs organes sont touchés, la recommandation française conseille une **concertation entre médecins et chirurgiens de plusieurs spécialités** (accord d'experts) ^[1].

À retenir. La bonne route est celle qui correspond à ta situation et à ton projet. Elle peut changer avec le temps.

2. Route 1 : les hormones

Ce qu'elles font. Pilule combinée, stérilet hormonal, progestatifs, puis en deuxième ligne d'autres traitements qui baissent fortement les œstrogènes : ils mettent la maladie « au repos » en bloquant

l'ovulation ou les règles, ou en amincissant la muqueuse ^[1]. Le guide EndoQueen sur les traitements hormonaux les détaille un par un.

Le pour. Pas d'opération. Ce sont les traitements de première intention de la douleur liée à l'endométriose (grade B) ^[1]. Par exemple, la pilule combinée en prise cyclique réduit les règles douloureuses de 3 à 9 points sur une échelle de 0 à 10 ^[1]. Après une chirurgie, elles réduisent le risque de récurrence (voir section 5).

Le contre.

- Elles **soulagent sans guérir**. Sous traitement, le volume des nodules de la cloison entre le vagin et le rectum baisse de 17 à 21 % en un an, mais augmente chez 8 à 16 % des patientes ^[1].
- **L'effet s'arrête à l'arrêt**. Après chirurgie, l'effet protecteur de la pilule disparaît à long terme quand on l'interrompt ^[1].
- Elles sont **contraceptives** (ou bloquent l'ovulation) : elles ne sont pas compatibles avec un projet de grossesse en cours. Elles n'augmentent pas non plus les chances de grossesse : la recommandation française déconseille de les prescrire dans ce but (grade A, le niveau le plus solide) ^[1].
- La **tolérance** varie d'une femme à l'autre : saignements irréguliers, moral, libido, bouffées de chaleur selon les traitements.

3. Route 2 : la chirurgie

Comment on opère. Par **coelioscopie** : quelques petites incisions sur le ventre, une caméra et des instruments fins (grade B) ^[1]. Le but est de retirer les lésions (exérèse), le kyste de l'ovaire (kystectomie) ou les nodules profonds, le plus complètement possible ^[1].

Quand en parle-t-on ? D'après les recommandations ^[1, 2] :

- quand les traitements ne suffisent pas, ou en cas de récurrence ;
- quand l'endométriose touche un organe : intestin, vessie, uretère (le conduit qui va du rein à la vessie). Pour l'intestin et la vessie, la chirurgie « peut être proposée » aux patientes qui ont des symptômes (grade C) ;
- pour certains kystes de l'ovaire chez une femme qui a mal : la surveillance seule ou la simple ponction ne sont pas recommandées en première intention (grade C), et la kystectomie par coelioscopie est la technique recommandée (grade A) ;
- pour certaines infertilités : dans les formes légères (stades I et II), la coelioscopie peut être proposée car elle améliore le taux de grossesse évolutive (recommandation faible de l'ESHRE) ^[2].

Où ? L'ESHRE recommande d'adresser les femmes atteintes d'endométriose profonde à un centre d'expertise ^[2]. En France, la stratégie nationale de 2022 structure des **filières régionales**, avec au moins un centre de recours et d'expertise par région. En Nouvelle-Aquitaine par exemple, la filière compte trois niveaux : les soignants de ville, des centres pluridisciplinaires dans chaque département pour les formes simples, et des centres régionaux pour la chirurgie complexe ^[17]. Ton médecin peut t'indiquer la filière de ta région.

Ce qu'on ne sait pas encore. Sur la douleur, la revue Cochrane 2020 (14 essais, 1 563 femmes) ne permet pas de dire avec certitude si la coelioscopie qui traite les lésions soulage mieux qu'une coelioscopie qui se contente de regarder : les preuves sont de très faible qualité. Elle augmente probablement le taux de grossesse évolutive (preuves de qualité modérée) [7].

4. Opérer, ce n'est pas guérir à coup sûr

Le pour. La chirurgie retire les lésions et les kystes. Dans les formes minimales à légères, elle réduit la douleur à court et moyen terme [1]. Elle peut aider à concevoir dans les formes légères [2, 7].

La récurrence, en chiffres. Les chiffres varient selon la façon de définir la récurrence :

- une revue de la littérature de 2009 estime la récurrence à **21,5 % à 2 ans** et **40 à 50 % à 5 ans** [5]. C'est une revue narrative : elle rassemble des études aux définitions différentes, sans calcul commun ;
- une étude américaine rétrospective (240 femmes, un seul centre) a suivi le besoin d'une nouvelle opération. Après une exérèse des lésions avec conservation des ovaires, **79,4 %** n'avaient pas été réopérées à 2 ans, **53,3 %** à 5 ans et **44,6 %** à 7 ans. Après une hystérectomie (ablation de l'utérus) avec ovaires conservés, 86,6 % n'avaient pas été réopérées à 5 ans [6].

Ces chiffres sont des moyennes sur des groupes. Ils ne disent pas ce qui arrivera à une personne en particulier. La recommandation française note qu'une chirurgie incomplète augmente le risque de récurrence [1].

Les adhérences. Après une chirurgie gynécologique, des tissus cicatriciels peuvent coller les organes entre eux : ce sont les adhérences. Dans les essais qui ont refait une coelioscopie de contrôle, environ 84 femmes sur 100 sans produit de prévention en avaient [8]. Ce chiffre concerne la chirurgie gynécologique en général, pas seulement l'endométriose. Les gels et liquides anti-adhérences en réduisent le nombre, mais aucun bénéfice n'est démontré sur la douleur ou les naissances [1, 8].

La réserve ovarienne. Opérer un endométriome (kyste de l'ovaire lié à l'endométriose) peut réduire la réserve ovarienne, c'est-à-dire le stock d'ovocytes, surtout si les kystes sont volumineux, récidivants ou des deux côtés [1]. Une méta-analyse de 2025 (30 études) mesure une baisse de l'AMH, l'hormone qui reflète cette réserve, d'environ 1,4 ng/mL à court terme et de 2,1 ng/mL entre 6 et 18 mois après l'opération, sans remontée nette [9]. C'est pourquoi l'ESHRE demande une prudence particulière pour épargner l'ovaire, et déconseille d'opérer systématiquement un endométriome avant une FIV [2].

Les chirurgies lourdes. La chirurgie de l'endométriose de l'intestin expose à des complications graves dont tu dois être informée (grade B) [1]. Une méta-analyse de 60 études rapporte des taux moyens de complications de 2,2 % pour le « shaving » (on rabote le nodule à la surface de l'intestin), 9,7 % pour la résection discoïde (on retire une pastille de paroi) et 9,9 % pour la résection segmentaire (on retire un segment d'intestin). Il s'agit notamment de fistules, de fuites ou de rétrécissements au niveau de la suture, et de troubles pour uriner le premier mois [10]. Les techniques plus conservatrices donnent moins de complications, au prix d'un risque de récurrence probablement plus élevé [1].

À retenir. Avant une opération, demande quel geste est prévu, ce qu'on en attend pour toi, et quels sont les risques propres à ce geste.

5. Après l'opération : souvent un traitement hormonal

Ce que disent les recommandations. En l'absence de souhait de grossesse, la recommandation française conseille un traitement hormonal après l'opération, pour réduire le risque de récurrence de la douleur et améliorer la qualité de vie (grade B). La pilule combinée ou le stérilet hormonal au lévonorgestrel sont proposés en première intention (grade B) ^[1]. Après une opération de kyste de l'ovaire, la pilule est recommandée et peut être poursuivie tant qu'elle est bien tolérée et qu'il n'y a pas de désir de grossesse (grade C) ^[1]. L'ESHRE précise une durée : **au moins 18 à 24 mois** pour prévenir le retour des règles douloureuses ^[2].

Pourquoi. La recommandation française indique que la pilule en prise cyclique diminue de 40 à 69 % le risque de récurrence des règles douloureuses après chirurgie ^[1]. Une méta-analyse de 2021 (17 études, 2 137 patientes) trouve que ce traitement divise le risque de récurrence par environ 2,4, avec un suivi médian de 18 mois, et diminue aussi la douleur ^[4].

Ces pourcentages sont des réductions **relatives** : ils comparent deux groupes, sans dire combien de femmes, sur 100, évitent une récurrence. Ce nombre dépend du risque de départ, qui varie selon la forme de la maladie et l'opération. Les études incluses sont aussi hétérogènes ($I^2 = 68\%$, un indicateur de différences importantes entre études) ^[4].

Ce qu'on ne sait pas encore. Les études ne disent pas quelle durée est la bonne pour chaque femme, ni quel traitement convient le mieux après une chirurgie de l'endométriose profonde. Le choix doit être individualisé ^[4].

6. Entre les deux : la douleur qui dure se soigne aussi

Pourquoi la douleur peut persister. La recommandation française décrit la douleur de l'endométriose comme une douleur chronique, entretenue par des mécanismes inflammatoires et neuropathiques (liés aux nerfs) ^[1]. Elle peut s'accompagner d'une **sensibilisation** : le système nerveux devient plus réactif, et la douleur ressentie ne correspond plus à ce que montrent les examens. Le médecin est invité à rechercher ces signes (grade B) et, s'ils sont présents, à proposer une prise en charge de la douleur chronique (grade C) ^[1]. En cas de douleurs chroniques, une évaluation par plusieurs professionnels (gynécologue, médecin de la douleur, sexologue, psychologue, assistante sociale) est recommandée ^[1].

Les structures douleur chronique. Il en existe deux niveaux. Les **consultations** reposent sur une équipe médecin, infirmier et psychologue. Les **centres** réunissent des médecins de plusieurs spécialités et peuvent hospitaliser. On y accède sur avis préalable d'un médecin, en général ton médecin traitant ^[11].

Pour 2023-2027, 274 structures ont été labellisées, dont 26 référentes pour l'endométriose ^[12]. L'annuaire officiel signale ces structures référentes ^[11].

Les médicaments contre la douleur.

- Les anti-inflammatoires (AINS) peuvent être proposés, mais **pas au long cours**, à cause de leurs effets sur l'estomac et les reins (grade B) ^[1, 2].
- Les **opioïdes** (morphine et apparentés) : la HAS indique qu'en raison de l'insuffisance des données, ils **ne peuvent pas être recommandés** pour les douleurs pelviennes chroniques ^[13]. Le consensus français de 2025 déconseille leur usage chronique dans l'endométriose et conseille l'avis d'un spécialiste de la douleur si c'est déjà le cas ^[3]. Le carrousel parlait de « dernier recours » : la formulation officielle est plus restrictive.
- Certains médicaments utilisés contre les douleurs des nerfs (antidépresseurs ou antiépileptiques) peuvent être proposés comme traitement de fond ^[3]. Ils n'ont pas été évalués spécifiquement dans l'endométriose ^[1]. Dans un grand essai britannique (306 femmes avec des douleurs pelviennes chroniques sans lésion visible), la gabapentine n'a pas fait mieux que le placebo et a donné plus d'effets indésirables graves : 10 femmes sur 153 contre 3 sur 153 ^[16].

7. Des soins qui complètent

Le consensus CNGOF et Convergences PP de 2025 consacre une partie entière à la prise en charge sans médicament ^[3]. Il propose notamment :

- **la kiné pelvienne** : orienter vers un rééducateur en cas de tensions des muscles du bassin et du périnée, de troubles posturaux, de douleur pendant les rapports ou de troubles urinaires et digestifs ; la rééducation du périnée pour détendre les muscles du plancher pelvien ^[3] ;
- **le TENS** (neurostimulation électrique transcutanée, un petit appareil qui envoie un courant léger à travers la peau) comme traitement antalgique de première intention, seul ou avec un médicament ^[3] ;
- **l'activité physique** régulière, adaptée, encadrée et modérée ^[3] ;
- **l'orientation vers des professionnels** formés aux approches psychocorporelles en cas d'atteinte de la santé psychique ^[3].

Le niveau de preuve reste modeste. Ces propositions sont des accords d'experts. L'ESHRE estime qu'aucune intervention non médicamenteuse précise ne peut être recommandée, car les bénéfices et les risques sont incertains, mais demande d'en discuter avec les patientes ^[2]. Une méta-analyse de 6 essais trouve un effet de la kiné sur l'intensité de la douleur ^[14]. Une méta-analyse de 7 essais (757 femmes) trouve que les interventions psychologiques réduisent l'anxiété et la dépression et probablement un peu la douleur pelvienne, avec un risque de biais élevé dans la plupart des études ^[15]. Pour le TENS, la recommandation de 2017 notait un intérêt dans les règles douloureuses sans endométriose, sans évaluation spécifique dans l'endométriose ^[1].

À retenir. Ces soins ne remplacent pas un traitement médical. Ils s'y ajoutent. Ce qui t'aide vaut la peine d'être noté et discuté.

Les mots du médecin

Terme	Ce que ça veut dire
Coelioscopie	Opération par de petites incisions, avec une caméra introduite dans le ventre.
Exérèse	Ablation chirurgicale d'une lésion.
Endométriose	Kyste de l'ovaire lié à l'endométriose.
Kystectomie	Ablation d'un kyste en conservant l'ovaire.
Récidive	Retour des lésions ou des symptômes après un traitement.
Adhérences	Tissus cicatriciels qui collent des organes entre eux.
Réserve ovarienne	Stock d'ovocytes restant dans les ovaires.
AMH	Hormone antimüllérienne, dosée dans le sang pour estimer la réserve ovarienne.
Shaving, résection discoïde, résection segmentaire	Trois façons de retirer un nodule de l'intestin, de la plus légère à la plus étendue.
Fistule	Communication anormale entre deux organes, par exemple entre le rectum et le vagin.
RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire)	Réunion où plusieurs spécialistes discutent d'un dossier pour décider ensemble.
Sensibilisation	Système nerveux devenu plus réactif, qui amplifie la douleur.
Algologue	Médecin spécialiste de la douleur.
TENS	Petit appareil d'électrostimulation à travers la peau, utilisé contre la douleur.

Questions à poser en consultation

- Dans ma situation, qu'apporterait une opération que les traitements actuels n'apportent pas ?
- Quel geste précis est envisagé, et quels sont ses risques propres ?
- Mon dossier sera-t-il discuté en réunion entre spécialistes, dans un centre de la filière régionale ?
- Si j'ai un kyste de l'ovaire, faut-il évaluer ma réserve ovarienne avant l'opération ?
- Quel traitement après l'opération, et pendant combien de temps ?

- Si la douleur persiste, puis-je être adressée à une structure douleur chronique ?
- Quels soins complémentaires (kiné pelvienne, TENS, activité physique, psychologue) seraient adaptés pour moi ?

Quand consulter sans attendre

Après une coelioscopie, l'Assurance maladie conseille de contacter sans attendre ton chirurgien ou ton médecin traitant en cas de ^[18] :

- douleur ou gonflement d'un mollet, douleur dans la poitrine ;
- fièvre, vomissements, brûlures en urinant ;
- saignement ou écoulement de pus au niveau des cicatrices ;
- douleurs du ventre ;
- tout symptôme qui te paraît anormal.

Après une chirurgie de l'intestin, les complications graves sont plus fréquentes : l'équipe doit t'en informer avant l'opération ^[1]. Garde sous la main les consignes et le numéro donnés à ta sortie. En cas d'urgence vitale, appelle le 15.

Ce que tu peux noter dans EndoQueen

- Ta **douleur** de 0 à 10, son **type** et ses **zones** sur la carte du corps, avant et après un traitement ou une opération.
- Tes **règles et leur abondance**, et tes **symptômes digestifs et urinaires**.
- Tes **traitements et soins** : médicaments, mais aussi chaleur, TENS, kiné, séances.
- Ta **fatigue**, ton **sommeil** et ton **humeur**.
- Ton **bilan PDF** pour le médecin, qui montre si la route choisie t'aide vraiment.

Sources

1. CNGOF et HAS, *Prise en charge de l'endométriose, recommandations*, décembre 2017. https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/RPC-HAS-CNGOF-endometriose-Recommandations_2017.pdf (consultée le 15/10/2026)
2. Becker CM et al. (ESHRE), *ESHRE guideline: endometriosis*, Hum Reprod Open, 2022. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8951218/> (consultée le 15/10/2026)
3. Fritel X, Levesque A et al. (CNGOF et Convergences PP), *Douleurs pelviennes associées à l'endométriose, conseils pour la pratique clinique*, GOFS, 2025. <https://www.endofrance.org/wp-content/uploads/2026/02/2025-clinical-practice-guidelines-for-pelvic-pain-associated-with-endometriosis.pdf> (consultée le 15/10/2026)
4. Zakhari A et al., *Endometriosis recurrence following post-operative hormonal suppression*, Hum Reprod Update, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33020832/> (consultée le 15/10/2026)
5. Guo SW, *Recurrence of endometriosis and its control*, Hum Reprod Update, 2009. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19279046/> (consultée le 15/10/2026)
6. Shakiba K et al., *Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery*, Obstet Gynecol, 2008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18515510/> (consultée le 15/10/2026)

7. Bafort C et al., *Laparoscopic surgery for endometriosis*, Cochrane, 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33095458/> (consultée le 15/10/2026)
8. Ahmad G et al., *Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynaecological surgery*, Cochrane, 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32683695/> (consultée le 15/10/2026)
9. Murdock C et al., *The impact of laparoscopic cystectomy for ovarian endometrioma on anti-Müllerian hormone levels*, Gynecol Obstet Invest, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40179834/> (consultée le 15/10/2026)
10. Bendifallah S et al., *Surgical outcomes after colorectal surgery for endometriosis*, J Minim Invasive Gynecol, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32841755/> (consultée le 15/10/2026)
11. Sante.fr, *Les structures spécialisées douleur chronique (SDC)*. <https://www.sante.fr/endometrioze/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc> (consultée le 15/10/2026)
12. Hospimedia, *Offre de soins : le maillage des structures douleur*, mars 2023. <https://www.hospimedia.fr/actualite/enquetes/20230309-offre-de-soins-le-maillage-des-structures-douleur> (consultée le 15/10/2026)
13. HAS, *Traitement antalgique opioïde de la douleur chronique non cancéreuse, fiche*, mars 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/traitement_antalgique_opioide_de_la_douleur_chronique_non_cancereuse_-_fiche.pdf (consultée le 15/10/2026)
14. Abril-Coello R et al., *Benefits of physical therapy in improving quality of life and pain associated with endometriosis*, Int J Gynaecol Obstet, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36571475/> (consultée le 15/10/2026)
15. Del Pino-Sedeño T et al., *Effectiveness of psychological interventions in endometriosis*, Front Psychol, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39529727/> (consultée le 15/10/2026)
16. Horne AW et al., *Gabapentin for chronic pelvic pain in women (GaPP2)*, Lancet, 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32979978/> (consultée le 15/10/2026)
17. ARS Nouvelle-Aquitaine, *Prise en charge de l'endométriose en Nouvelle-Aquitaine : comment devenir centre*, 2025. <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/aac-2025-prise-en-charge-de-lendometrioze-en-nouvelle-aquitaine-comment-devenir-centre> (consultée le 15/10/2026)
18. Ameli, *Comment se déroule une coelioscopie ?*, novembre 2025. <https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/exploration/deroulement-coelioscopie> (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