



Endométriose et Kinésithérapie Respiratoire

Repérage, compréhension et outils thérapeutiques

PRÉSENTATEUR


Aurélié ARAUJO

Masseur-Kinésithérapeute D.E.

CONTEXTE

Spécialisée en pelvi-périnéologie

Lundi 26 janvier 2026

 Repérage précoce

 Symptômes thoraciques

 Douleur chronique

■ Objectifs de la session (45 minutes)



Repérer les tableaux cliniques

Identifier les signes évocateurs pelviens et thoraciques chez vos patientes.



Mener un interrogatoire ciblé

Utiliser 6 à 8 questions clés "qui changent tout" pour orienter le diagnostic.



Identifier les drapeaux rouges

Repérer les signes d'urgence (pneumothorax, douleur aiguë) et savoir orienter.



Intégrer les outils respiratoires

Proposer des techniques spécifiques pour la gestion de la douleur et la mobilité.

■ Pourquoi en parler aux MK respi ?

Profil Patiente



Pathologie fréquente

Maladie persistante, inflammatoire, douloureuse et invalidante touchant souvent des femmes jeunes.



Co-morbidités respiratoires

Patientes consultant pour asthme, bronchopathies, Covid long, dyspnée dysfonctionnelle.



Sous-diagnostic fréquent

Délai diagnostique long. Tous les soignants, y compris les kinés respi, ont un rôle à jouer dans l'identification des signaux d'alerte.



Rôle du MK y compris Respi



Position d'observation idéale

Vous observez la ventilation, les blocages inspiratoires et les stratégies d'évitement de la douleur.



Repérage de la cyclicité

Le suivi régulier permet de détecter une périodicité des symptômes (toux, dyspnée, douleur) rythmée par le cycle.



Orientation précoce

Légitimité à questionner, alerter et orienter vers un parcours gynécologique adapté.

■ Définition (clinique et simple)



Nature Tissulaire

Présence de tissu "**endomètre-like**" en dehors de la cavité utérine.



Mécanisme Pathologique

Maladie **hormonodépendante** entraînant une inflammation persistante, la formation d'adhérences, de la fibrose et des douleurs cycliques ou persistantes.



Localisations Principales

Pelvienne : superficielle, endométriomes (ovaires), profonde (digestive, urinaire).

Extra-pelvienne : dont l'atteinte **diaphragmatique et thoracique** (intérêt majeur pour le MK respi) = formes plus rares mais significatives

■ Prévalence et sous-diagnostic

SOURCE: OMS

10%

des femmes en âge de procréer

Environ 190 millions de femmes touchées dans le monde. Une fréquence comparable au diabète ou à l'asthme.

SOURCE: OMS / HAS

7-10 ans

Délai diagnostique moyen

Une errance médicale majeure due à la banalisation des douleurs et à la méconnaissance des symptômes extra-pelviens.

i Intérêt majeur d'un repérage par tous les soignants, dont les kinésithérapeutes

■ Symptômes typiques



Dysménorrhées intenses & Douleurs pelviennes (cycliques, au début)

Douleurs cycliques souvent invalidantes, résistantes aux antalgiques simples.



Dyspareunie profonde (cycliques, au début)

Douleurs pendant ou après les rapports sexuels



Troubles digestifs & urinaires (cycliques, au début)

Douleurs à la défécation/miction, diarrhée/constipation rythmées par le cycle.



Infertilité

Souvent le motif de découverte chez des patientes peu ou asymptomatiques.

■ Impact fonctionnel



Limitation d'activité & Absentéisme

Impact majeur sur le sport, le travail et les études (douleurs invalidantes, fatigue chronique).



Troubles du sommeil & Fatigue

Sommeil perturbé par la douleur nocturne, fatigue intense (asthénie) souvent sous-estimée.



Douleur chronique & Neuropathique

Sensibilisation centrale possible, composante neuropathique nécessitant une approche spécifique.



Répercussions psycho-sociales

Isolement, incompréhension de l'entourage, impact sur la vie de couple et sociale.

■ Interrogatoire ciblé (Boîte à questions) — 1/2



01

« Vos règles sont-elles si douloureuses qu'elles vous empêchent d'aller travailler ou étudier ? »

Recherche d'impact fonctionnel majeur / absentéisme



02

« Ressentez-vous des douleurs profondes pendant ou après les rapports sexuels ? »

Signe évocateur d'atteinte ligamentaire postérieure / profonde



03

« Avez-vous mal en allant à la selle ou en urinant, surtout pendant vos règles ? »

Suspicion d'atteinte digestive ou urinaire (forme profonde)

🗨️ Questions simples à intégrer systématiquement dans votre bilan

■ Interrogatoire ciblé (Boîte à questions) — 2/2



04

« Avez-vous des troubles digestifs cycliques (ballonnements majeurs, diarrhée) ? »

Le fameux "endo-belly" ou colon irritable cataménial



05

« Antécédents d'infertilité, de fausses couches ou de chirurgie pelvienne ? »

Contexte inflammatoire chronique et adhérentiel



06

« Utilisez-vous souvent des antalgiques ou anti-inflammatoires pendant les règles ? »

Indicateur clé de l'intensité de la douleur

i Ces questions complètent le tableau clinique pour orienter vers un diagnostic

■ Symptômes thoraciques et atypiques



Douleurs thoraciques et de l'épaule (souvent droite) cycliques, au début

Douleurs scapulaires (épaule) ou costales, souvent unilatérales droites. Parfois confondues avec des tensions musculaires ou posturales.



Dyspnée et douleur à l'inspiration profonde, cycliques au début

Sensation de gêne respiratoire, douleur "en coup de poignard" à l'inspiration, schéma ventilatoire superficiel d'évitement.



Pneumothorax ou hémothorax cataméniaux

Épisodes de pneumothorax spontanés récidivants, survenant typiquement dans la période péri-menstruelle.

🕒 CLÉ DU REPÉRAGE : Symptômes rythmés par le cycle menstruel (cataménial)

■ Pneumothorax cataménial + douleur d'épaule droite

Pneumothorax Cataménial

Récidivant et Cyclique

Survient typiquement entre la veille des règles et 72 heures après le début du cycle (fenêtre temporelle clinique).

Localisation Préférentielle

Majoritairement à **droite** (> 90%), souvent lié à une endométriose diaphragmatique (trous/nodules sur le centre tendineux).

Signes d'appel

Dyspnée brutale, douleur thoracique latérale rythmée par les règles.

Douleur d'Épaule Droite (Référée)

Mécanisme Neurologique

Irritation du nerf phrénique (C3-C5) par des lésions du dôme diaphragmatique → douleur projetée vers l'épaule droite.

Caractéristiques Cliniques

Douleur scapulo-humérale "bizarre", cyclique, parfois augmentée à l'inspiration profonde ou à l'effort.

Point de vigilance MK

Devant une "tendinite" d'épaule droite récalcitrante chez une femme jeune : questionner sur les règles !



Drapeaux Rouges



Pneumothorax / Hémithorax

- Dyspnée brutale
- Douleur thoracique unilatérale intense
- Toux sèche irritative
- Désaturation inexpliquée



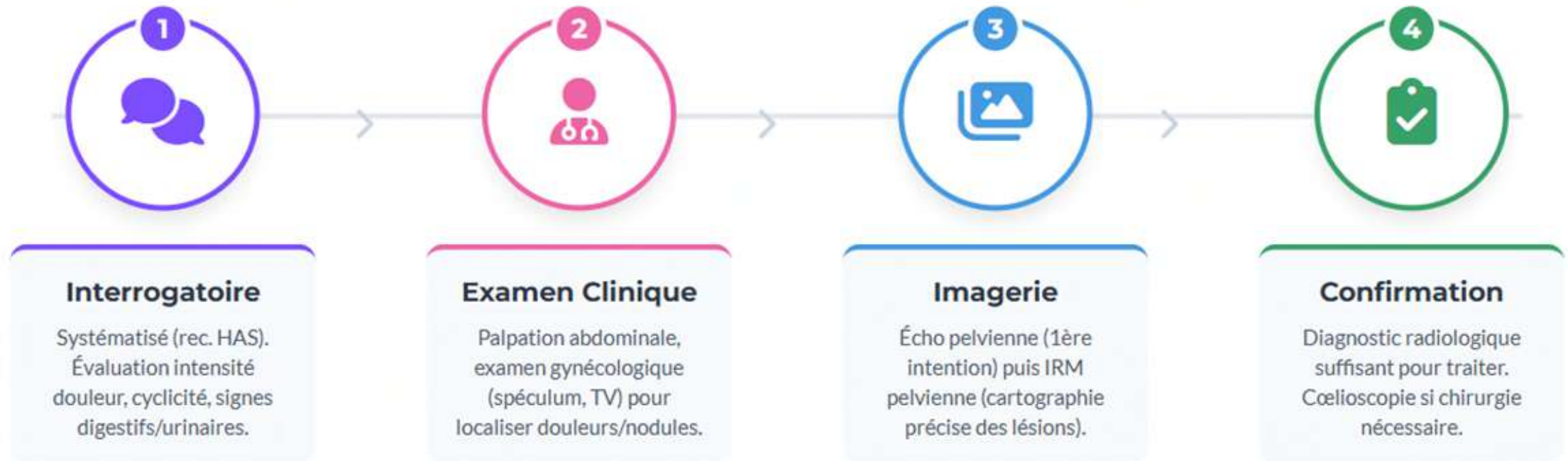
Complication Aiguë

- Hémoptysie cataméniale (crachats sanglants)
- Douleur épaule droite insupportable
- Syncope ou malaise vagal intense



Le MK ne traite pas l'aigu : ADRESSER AUX URGENCES

■ Parcours diagnostique médical (rappel)



i Le rôle du MK est de documenter les symptômes et d'orienter vers cette filière de soins

■ Imagerie — repères pratiques HAS

1 1^{re} intention : Échographie pelvienne

Voie endovaginale privilégiée. Examen de référence pour le diagnostic initial.

2 2^e intention : IRM pelvienne

Cartographie précise des lésions profondes, bilans pré-opératoires ou doute à l'échographie.

+ Examens complémentaires ciblés

Selon atteinte suspectée : écho-endoscopie rectale (digestif), uroscanner (urinaire), IRM/TDM diaphragmatique, Endotest (biomarqueurs), scanner thoracique (recherche de lésions diaphragmatiques).

Importance de l'opérateur

L'expertise du radiologue/échographiste formé à l'endométriose est cruciale pour la fiabilité du diagnostic.

■ Ce que le kiné peut repérer



Corrélation Douleur / Cycle

Observer la rythmicité des symptômes : recrudescence péri-menstruelle ou à l'ovulation (journal du cycle).



Zones Douloureuses Focales

Repérer les points myofasciaux : abdominaux, pelviens, lombaires, et particulièrement au niveau du dôme diaphragmatique.



Signes Posturaux et Pelviens

Tonus augmenté du plancher pelvien, altérations posturales antalgiques ("en fermeture"), tensions psoas.



Signes Respiratoires Spécifiques

Évitement de l'inspiration profonde, schéma ventilatoire haut/apical, appréhension à la toux ou à l'effort.

■ Objectiver et suivre

Outils de Mesure



Évaluation de la douleur

Utilisation systématique des échelles EVA (Échelle Visuelle Analogique) ou EN (Échelle Numérique) pour quantifier l'intensité douloureuse.



Journal du cycle

Traçage quotidien des symptômes, de la qualité respiratoire et du niveau d'activité pour repérer la cyclicité.



Interférence fonctionnelle

Évaluation de l'impact de la douleur sur les activités quotidiennes, professionnelles et le sommeil.



Suivi Qualitatif



Questionnaires Douleur Persistante

Utilisation de questionnaires validés pour évaluer la composante neuropathique et émotionnelle de la douleur.



Positions Antalgiques

Identification et notation des positions qui soulagent ou aggravent les symptômes pour adapter la rééducation.



Facteurs Modulants

Repérage des facteurs déclenchants (stress, alimentation, effort) et apaisants (chaleur, repos, respiration).

■ Orienter, coordonner, sécuriser



Le rôle du MK : suspicion ≠ diagnostic

Votre mission est de repérer et d'alerter : « Je suspecte » un tableau évocateur, je ne pose pas le diagnostic médical.



Activer le réseau spécialisé

Orienter vers des gynécologues, sages-femmes et radiologues formés à l'endométriose (centres experts, filières de soins).



Approche pluridisciplinaire

Faire le lien avec les structures douleur, psychologues, diététiciens nutritionnistes si nécessaire pour une prise en charge globale.



Informier et sécuriser

Expliquer la démarche à la patiente pour la rassurer, légitimer ses douleurs et sécuriser son parcours de soins.

■ Traitements médicaux (survol)



Traitements hormonaux

Visent l'aménorrhée ou l'hypo-œstrogénie (pilules, dispositifs, analogues selon recommandations).



Gestion de la douleur

Antalgiques, AINS, et parfois traitements spécifiques pour la douleur neuropathique.



Chirurgie (conservatrice ou radicale)

Selon symptomatologie, désir de grossesse et atteintes profondes (digestive, urinaire, diaphragmatique).



Approche multidisciplinaire

Aucun "remède miracle" définitif : nécessité d'une prise en charge globale (OMS) incluant kinésithérapie et douleur.

■ Objectifs de la kinésithérapie



Diminuer la douleur et améliorer les mobilités

Travail sur la mobilité pelvienne et globale pour réduire les tensions et restaurer le mouvement.



Restaurer schémas moteurs et capacité d'effort

Corriger les adaptations posturales et améliorer la tolérance à l'effort physique.



Soutenir l'auto-gestion et la reprise d'activité

Donner des outils d'autonomie pour gérer les symptômes au quotidien.



Améliorer la qualité de vie (Biopsychosocial)

Approche globale prenant en compte l'impact physique, psychologique et social de la maladie.

■ Techniques kiné (vue d'ensemble)



Thérapie manuelle viscérale et musculo-squelettique

Libération des adhérences et mobilités tissulaires pour réduire les tensions mécaniques.



Travail global : Abdomino-pelvien, lombaire, hanches

Approche des chaînes musculaires et des tissus myofasciaux pour restaurer la fonction.



Rééducation périnéale (spécialisée)

Travail sur le tonus augmenté et la douleur (si compétence acquise et avec consentement éclairé).



Reprogrammation abdomino-périnéale

Réintégration fonctionnelle des synergies musculaires dans le mouvement.

■ Focus pelvien : Plancher pelvien & douleur



Tonus augmenté et points déclencheurs

L'inflammation chronique entraîne souvent un **tonus augmenté réactionnel** des releveurs de l'anus, créant des points gâchettes douloureux.



Dyspareunie et troubles fonctionnels

Cette contracture périnéale est fréquemment associée aux **dyspareunies profondes** et aux douleurs lors de la défécation ou de la miction.



Synergies musculaires = synergie thoraco-pelvienne

Lien étroit entre le tonus périnéal, abdominal et diaphragmatique : un diaphragme bloqué peut entretenir l'**augmentation du tonus pelvien**.

■ Outils concrets en rééducation périnéale

Techniques Professionnelles



Mobilisations internes douces

Travail manuel intravaginal (si formé avec consentement) pour relâcher les points de tension.



Techniques myofasciales

Relâchement des fascias périnéaux, massage des zones cicatricielles et adhérentes.



Travail musculaire spécifique

Rééducation des releveurs de l'anus, ischio-coccygiens et obturateurs internes.



Auto-soins & Conseils



Automassages & Étirements

Apprentissage de techniques simples d'automassage externe et d'étirements pelviens.



Dispositifs d'aide

Utilisation guidée de dilateurs vaginaux ou d'anneaux de confort si pertinent.



Sexualité & Activité

Conseils pour une sexualité adaptée (positions) et une reprise progressive d'activité physique.

■ Pourquoi le diaphragme est central ?



Le carrefour anatomique et fonctionnel

Véritable carrefour respiration / posture / viscéral. Un dysfonctionnement ici résonne sur l'ensemble de ces systèmes.



Douleur et schéma ventilatoire

La douleur entraîne une augmentation du tonus réflexe, une respiration haute figée et un évitement de l'inspiration profonde.



Modulation de la douleur (SNA)

Le travail diaphragmatique stimule la voie vagale, modulant le système nerveux autonome (SNA) et réduisant la perception douloureuse.



Impact direct des lésions

Les adhérences (endométriose diaphragmatique/thoracique) restreignent la mobilité et perturbent la mécanique ventilatoire.

■ Atteinte diaphragmatique spécifique



Localisation préférentielle : coupole droite

Les lésions (nodules, perforations) se situent majoritairement sur le dôme ou le centre tendineux droit (90-95% des cas).



Douleurs référées caractéristiques

Irritation du nerf phrénique provoquant des scapulalgies droites cycliques (douleur d'épaule "bizarre") et des douleurs thoraciques.



Association fréquente avec l'endométriose pelvienne

Souvent associée à des formes pelviennes sévères/profondes. Ne pas dissocier thorax et pelvis dans l'interrogatoire (source: EndoFrance).



Vigilance post-opératoire

Risque d'adhérences post-chirurgie diaphragmatique : surveiller la mobilité de l'hémicage droit et la récupération ventilatoire.

■ Bilan respi orienté endométriose

👁 Observation

↔ Mobilité & Asymétries

Observez la mobilité thoraco-abdominale et recherchez un blocage ou une asymétrie de l'hémicage droit (signe d'appel fréquent).

🌀 Schéma ventilatoire

Respiration haute prédominante, "apnées douloureuses" réflexes, évitement systématique de l'inspiration profonde.

👤 Postures de protection

Attitude en fermeture, protection de la zone abdominale ou thoracique droite.

👉 Palpation & Tests

🫁 Diaphragme & Costal

Testez le dôme diaphragmatique et les insertions costales. Recherchez une sensibilité marquée sous-costale droite.

👉 Douleurs référées

La palpation diaphragmatique reproduit-elle une douleur connue à l'épaule droite (trajet nerf phrénique) ?

👉 Tensions associées

Évaluez les tensions du psoas et de la sangle abdominale qui peuvent limiter mécaniquement l'abaissement du diaphragme.

■ Outils respiratoires pertinents

01

👤 Respiration diaphragmatique "compatible"

Travail en positions antalgiques (décubitus latéral, semi-assis).
Progression très douce des amplitudes pour ne pas déclencher de douleur.

02

↔️ Mobilité costale douce

Mobilisations passives puis actif-assisté. Cibler l'ouverture de la cage thoracique pour soulager la pression diaphragmatique.

03

🔄 Dissociation Thorax / Bassin

Exercices de mobilité dissociée pour libérer les charnières et réduire la rigidité axiale protectrice.

04

🚶 Intégration fonctionnelle

Transférer le schéma respiratoire corrigé dans les activités : marche, port de charge, reprise sportive progressive.

POINTS D'ATTENTION



- ✓ Respecter la non-douleur absolue
- ✓ Éviter l'hyperventilation (stress)
- ✓ Associer à la relaxation musculaire

■ Kiné respi & douleur chronique : protocoles

01

♥ Cohérence cardiaque & Respiration lente

Travail du frein vagal (6 cycles/min) pour moduler le système nerveux autonome et abaisser le seuil de douleur.

02

🌸 Relaxation guidée

Relâchement musculaire progressif (Jacobson) associé à la respiration pour diminuer l'augmentation du tonus de protection globale.

03

🗣️ Éducation thérapeutique

Expliquer le lien physiologique entre ventilation bloquée, stress et augmentation de la douleur. Rendre la patiente actrice.

04

📅 Protocole d'auto-régulation

Plan "J-3 à J+2" autour des règles : exercices respiratoires préventifs pour préparer le corps au pic inflammatoire.

OBJECTIFS CLÉS



🛡️ Réduire l'hypervigilance

✍️ Moduler la douleur (Gate Control)

👤 Autonomiser la patiente

■ Cas clinique 1 — Jeune femme, pneumothorax récidivant



Patiente "Julie", 28 ans

Infirmière, non fumeuse

MOTIF DE CONSULTATION

Dyspnée thoracique droite cyclique et douleur scapulaire droite (EVA 7/10)

ANTÉCÉDENTS

Dysménorrhées sévères depuis l'adolescence, traitée par AINS. Arrêt pilule il y a 6 mois (désir grossesse).

IMAGERIE

RX thorax : bulles pleurales droites apicales discrètes lors de l'épisode aigu.

ALERTE



Analyse MK : Le détail qui change tout

- La douleur survient systématiquement la veille ou le 1er jour des règles.
- Caractère récidivant (3ème épisode en 6 mois).
- Localisation droite exclusive + irradiation épaule (nerf phrénique).



Conduite à tenir & Orientation

- **Orientation immédiate** : Pneumologue (suspicion pneumothorax cataménial) + Gynécologue spécialiste.
- **Rôle MK (post-urgence)** : Réhabilitation respiratoire douce, travail diaphragme (éviter adhérences post-op éventuelles), éducation sur la cyclicité.

■ Cas clinique 2 — Douleur d'épaule droite cyclique



Patiente "Sophie", 32 ans

Sportive (Crossfit), cadre dynamique

MOTIF DE CONSULTATION

Douleur scapulo-humérale droite invalidante (type "coup de poignard") et gêne respiratoire à l'effort

PLAINTE FONCTIONNELLE

Impact majeur sur le sport et le travail. Douleur augmentée à l'inspiration profonde. Bilan épaule classique négatif (écho épaule normale).

OBSERVATION MK

Asymétrie hémicage droit, schéma ventilatoire haut, respiration superficielle "de protection".



Analyse MK : Le lien manquant

- Interrogatoire ciblé : "Avez-vous remarqué si cette douleur revient à des moments précis du mois ?" -> Oui, pendant les règles.
- Mécanisme : Irritation diaphragmatique (nerf phrénique) -> douleur référée épaule.
- Points douloureux : Sensibilité exquise rebord costal droit et insertions diaphragmatiques.



Conduite à tenir MK

- Orientation : Suggérer IRM diaphragmatique/thoracique à un radiologue expert endométriose.
- Traitement MK : Travail manuel du diaphragme (relâchement), protocoles respiratoires pour restaurer l'amplitude (progressif), gestion de la douleur (cohérence cardiaque).

■ Conclusion + Ressources

🔑 Messages Clés à Retenir



Fréquence & Retard

L'endométriose touche 1 femme sur 10. Le délai diagnostique reste de 7 à 10 ans. Ne banalisez pas les douleurs de règles invalidantes.



Pensez "Thoracique"

Devant tout symptôme respiratoire (dyspnée, douleur épaule droite, pneumothorax) **rythmé par le cycle**, évoquez l'endométriose diaphragmatique.



Rôle du MK Respi

Vous êtes en première ligne pour : Repérer la cyclicité, Orienter vers les experts, Éduquer et Donner des outils respiratoires d'auto-gestion.



📄 Ressources Utiles



OMS - Fiche Endométriose

Données épidémiologiques mondiales et définition officielle.

[🔗 Accéder à la fiche OMS](#)



EndoFrance - Thoracique

Informations spécifiques sur l'endométriose thoracique et diaphragmatique pour les patientes et soignants.

[🔗 Lire le dossier EndoFrance](#)



HAS - Recommandations

Référentiels pour le diagnostic et la prise en charge (imagerie 1re et 2e intention).

Consultez le site [has-sante.fr](https://www.has-sante.fr) pour les mises à jour récentes.