

Chirurgie d'endométriose quand on a aussi une fibromyalgie

Ce qu'il faut mesurer AVANT la décision opératoire — et préparer avec son équipe.

Ce kit est une aide au dialogue avec mon équipe soignante, pas un cahier d'exigences. Les scores évoqués (FM Survey Score, CSI) sont validés par la recherche internationale ; ils ne sont pas encore systématiques dans toutes les équipes françaises. L'objectif est d'ouvrir la conversation, pas de la diriger.

POUR QUI ?

Je vis avec une fibromyalgie, j'ai une endométriose, et une chirurgie m'est proposée. Je veux comprendre les **risques spécifiques de douleur persistante post-opératoire** et préparer la décision partagée avec mon gynécologue, mon anesthésiste et mon médecin de la douleur.

LES DEUX OUTILS DONT CE KIT PARLE

FM Survey Score (FSS) : auto-questionnaire validé qui mesure la sévérité de ma FM (Widespread Pain Index + Symptom Severity Scale, ACR 2016). **CSI (Central Sensitization Inventory)** : auto-questionnaire 25 items qui détecte la sensibilisation centrale (seuil ≥ 40). Les deux prennent 10-15 minutes à remplir ensemble.

Pourquoi la fibromyalgie change la donne

La fibromyalgie modifie la façon dont le système nerveux traite la douleur. Après une chirurgie — même parfaitement réussie —, le risque de **douleur persistante post-opératoire** est plus élevé chez les patientes avec sensibilisation centrale. Ce n'est pas une raison pour refuser l'opération, mais une raison pour **la préparer autrement**.

► Les 2 scores à faire avant l'opération

FM Survey Score (FSS) — mesure la sévérité des symptômes FM, prédit la consommation d'antalgiques post-opératoires (Brummett 2015 ; As-Sanie 2017). **Chaque point en plus = -0,25 d'amélioration de douleur à 6 mois.**
Central Sensitization Inventory (CSI) — valide la présence d'une sensibilisation centrale. **CSI ≥ 40** = terrain à préparer spécifiquement (Orr 2023 ; Lepka 2026).

3 profils, 3 approches — qu'est-ce que je suis ?

Mon profil	Ce que ça change
Endométriose sans sensibilisation FSS < 7 , CSI < 40	Chirurgie standard envisageable, risque de douleur post-op classique.
Endo + sensibilisation installée FSS 7–12, CSI ≥ 40	Préparation spécifique : antalgie multimodale, anesthésiste informé, suivi douleur post-op à prévoir, décision partagée renforcée.
FM établie + endométriose FSS ≥ 13 , critères ACR 2016	Discuter en RCP douleur pelvienne. Chirurgie non refusée mais à peser : certaines douleurs post-op peuvent persister malgré une chirurgie techniquement parfaite.

▲ NI REFUS DE PRINCIPE, NI EMPRESSEMENT

Avoir une FM n'est **pas** une contre-indication à la chirurgie endo. Mais la décision doit intégrer que (1) une partie de la douleur peut persister même après chirurgie réussie, (2) le traitement spécifique de l'endométriose peut quand même alléger la fibromyalgie (Costantini 2017 : traiter la cible viscérale diminue l'hyperalgésie FM).

Les 3 questions à poser avant de signer

1. « **Pouvons-nous mesurer ensemble mon FM Survey Score et mon CSI avant la décision ?** »

15 minutes en consultation ; ces outils aident à anticiper les suites.

2. « **Qu'est-ce qui est prévu pour l'anesthésie et la gestion de la douleur post-opératoire ?** »

Chez une femme FM, l'anesthésie multimodale péri-opératoire et parfois la kétamine à faible dose sont décrites comme utiles — l'anesthésiste pourra en juger.

3. « **Quel bénéfice réaliste puis-je attendre, et quelle part de douleur résiduelle est possible ?** »

Une réponse honnête aide à préparer les suites : « avec votre profil, on peut espérer X % d'amélioration ; une part de la douleur FM continuera de son côté ».

Les 5 pièges à éviter

- **Opérer sans mesurer** le terrain FM/CS en préopératoire → prédiction aveugle du résultat.
- **Attendre une guérison totale** de la douleur par la chirurgie seule → attente irréaliste chez les patientes FM.
- **Refuser toute chirurgie** au motif « vous avez une FM » → ignore le bénéfice Costantini et laisse l'endométriose évoluer.
- **Opérer sans équipe douleur en soutien** → prise en charge post-op isolée, risque de chronicisation accrue.
- **Dire « c'est votre FM »** à toute douleur résiduelle post-op → masque une récurrence endo potentielle à investiguer.

Ma préparation personnelle à écrire

Mon FM Survey Score (noté par mon médecin) :

À remplir en consultation

Mon CSI :

À remplir en consultation

Mon objectif prioritaire pour la chirurgie (ce qui m'importe le plus — fertilité, douleur, qualité de vie...) :

À écrire moi-même avant la consultation

✓ À RETENIR EN 3 POINTS

1. **FM Survey Score + CSI avant toute décision chirurgicale**, 15 minutes en consultation.
2. **Décision partagée explicite** : bénéfice attendu, part de douleur résiduelle, antalgie multimodale prévue.
3. **Mon équipe compte au moins 3 personnes** : gynéco-chirurgien, anesthésiste, médecin de la douleur.