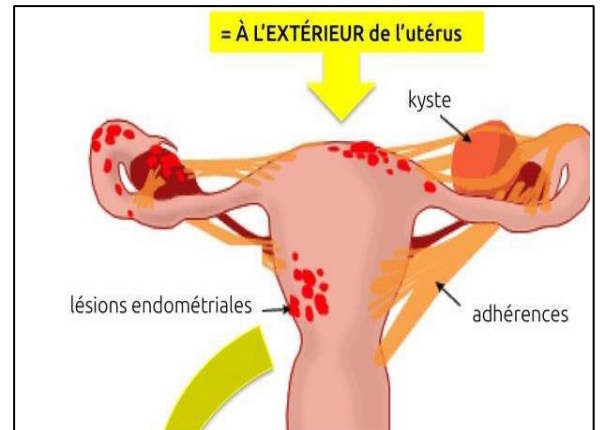


## ❖ DEFINITION :

- Présence en situation ectopique d'un tissu ayant les mêmes caractéristiques morphologiques et fonctionnelles que l'endomètre (épithélium glandulaire cylindrique et stroma)
- Il y'a 2 types :
  - ✓ **Endométriose interne** : adénomyose, c'est la présence de cellules endométriales à l'intérieur du myomètre
  - ✓ **Endométriose externe** : c'est la présence de cellules endométriales totalement en-dehors de l'utérus (péritoine, trompes, ovaires, tube digestif, coupes diaphragmatiques, poumons, seins, paroi abdominale)
- Touche environ 1 femme sur 10



## ❖ INTERET DE LA QUESTION :

- C'est une pathologie chronique complexe hormono-dépendante
- Son diagnostic est difficile avec un retard de 6 à 10 ans
- Elle a des symptômes très variés selon les localisations des implants parfois totalement absents ; la présence de lésions histologiques n'est pas synonyme de maladie clinique
- Elle représente la 2<sup>ème</sup> cause d'infertilité féminine
- C'est une pathologie bénigne mais invalidante+++ ; elle a un impact sur la qualité de vie+++++++
- La cancérisation est exceptionnelle.
- La prise en charge est délicate ++

## ❖ FACTEURS DE RISQUE :

- Race blanche
- Concerne 10 à 15 % des femmes en âge de procréer
- Age : 20- 30 ans endométriose externe, 40-55 ans adénomyose
- Antécédents familiaux d'endométriose
- ATCD gynéco-obstétricaux : multiparité, nulliparité, curetage, césarienne, épisiotomie, hystérectomie...
- Toute condition qui empêche le passage normal du flux menstruel
- Consommation de caféine

## ❖ PHYSIOPATHOLOGIE :

- La physiopathologie de l'endométriose est complexe. Son origine est controversée
- Diverses hypothèses ont été avancées pour essayer de comprendre le développement de l'endométriose mais aucune théorie n'explique à elle seule tous ses types et ses localisations

### 1. La théorie de la transplantation :

- Est la théorie la plus défendue
- Au moment du cycle quand l'endomètre va desquamer, se dégrader et sortir sous forme des règles il peut passer par reflux rétro grade par les orifices tubaires, les trompes et rentrer au niveau de la cavité

péritonéale par la suite l'endomètre va se fixer et proliférer sous l'effet d'hormones, et cette fixation donne l'endométriose et l'inflammation

- Ce reflux survient surtout chez les femmes qui ont des malformations sur le tube génital type agénésie vaginale ou sténose cervicale

## 2. La théorie de la métaplasie :

- L'épithélium de la cavité coelomique se métaplasie en endomètre sous l'effluence de divers stimuli infectieux toxiques ou hormonal.
- Cette métaplasie survient dans le cadre du syndrome de « Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser » caractérisé par l'absence de l'utérus (malformation lors de l'embryogenèse) chez les jeunes filles tandis que les ovaires et les trompes sont présents découverte suite à une aménorrhée primaire

## 3. Théorie métastatique :

- Des cellules endométriales vont migrer par voie lymphatique ou vasculaire, Nerveuse ou un acte chirurgical gynécologique, Ça explique les localisations à distance

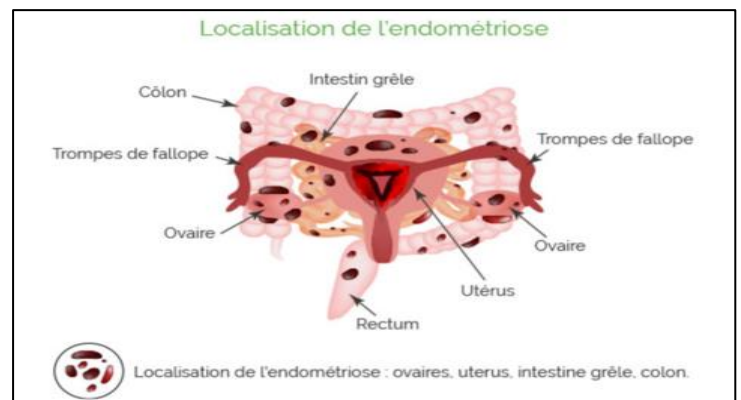
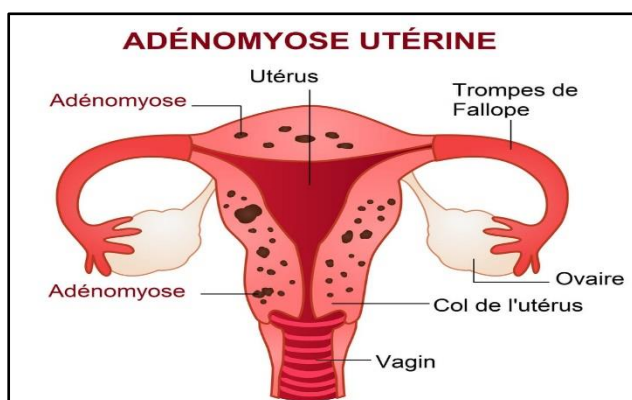
## ❖ ANATOMOPATHOLOGIE :

<b>Macroscopie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implant correspondant à des lésions planes, nodulaires, ou kystique</li> <li>- D'aspect polymorphe : coloration brunâtre ou bleu nuit, rouge sombre, ou aspect cicatriciel blanchâtre</li> <li>- Taille variable de quelques mm à 20 cm (kyste)</li> <li>- Le kyste endométriosiques de taille variable et contenant un liquide d'aspect goudron ou chocolat, peut être multiple, sur un ovaire ou sur les deux ovaires à la fois.</li> <li>- Les implants s'accompagnent parfois d'une réaction inflammatoire du péritoine ou de fibrose → adhérence</li> </ul>
<b>Microscopie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epithélium glandulaire cylindrique et un stroma dense similaire à l'endomètre eutopique</li> </ul>

## ❖ LOCALISATION DES LÉSIONS :

- L'endométriose touche surtout les femmes jeunes et elle peut être localisée au niveau du péritoine, cul de sac de Douglas, les ovaires, les trompes, l'ombilic, poumons (hémoptysies lors les règles), périnée, vagin, ...
- La localisation de prédilection est le cul de sac de Douglas derrière l'utérus qui est la zone la plus déclive grâce aux 2 ligaments utero sacrés et peuvent être infiltrés aussi.

## ❖ TOPOGRAPHIE DES LÉSIONS :

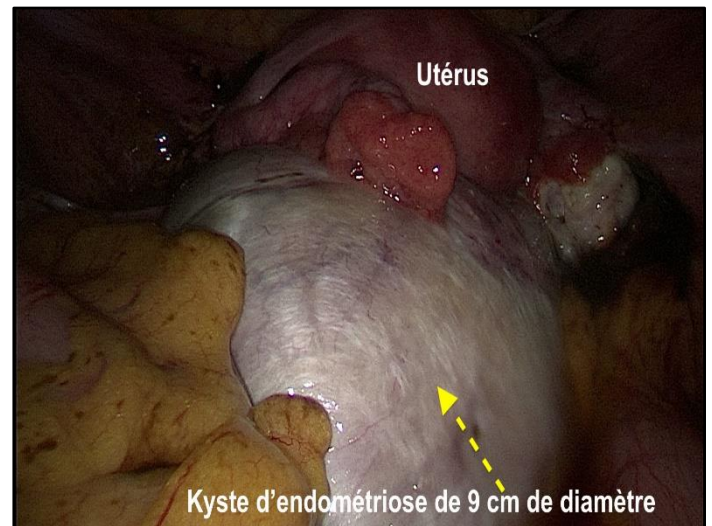
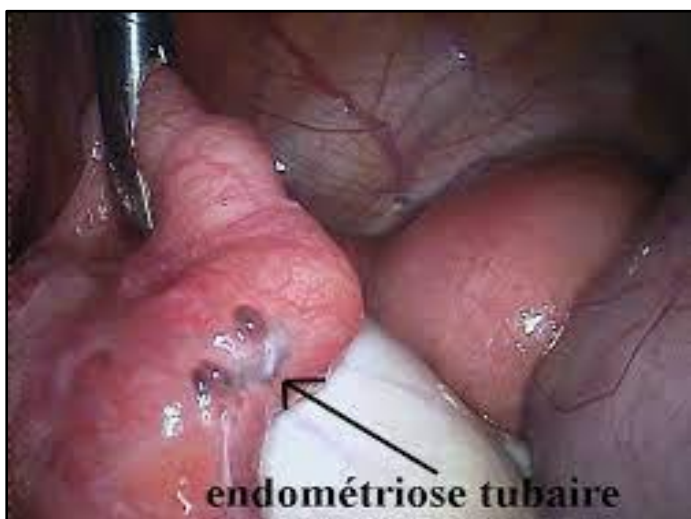
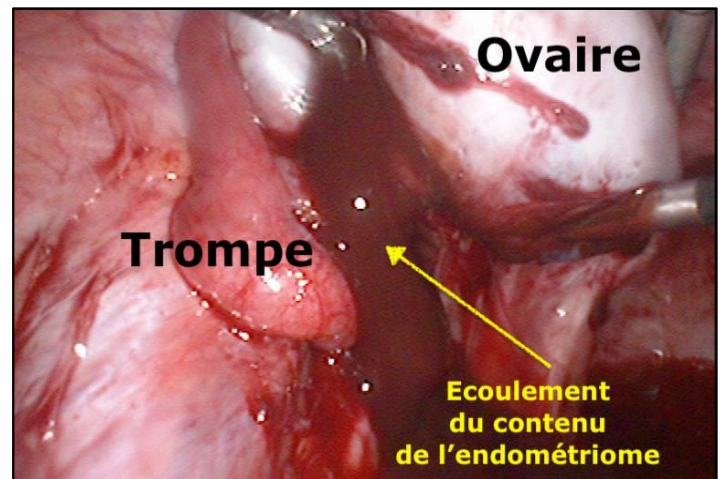
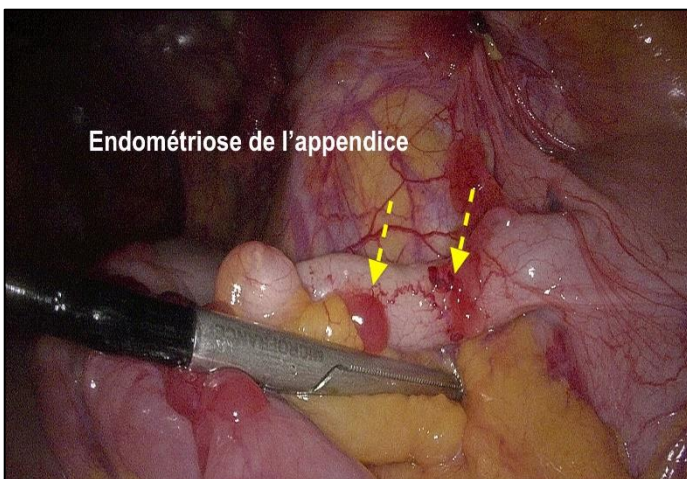


## Endométriose interne

- **Interne « Adénomyose »** : présence d'îlot d'endomètre ectopique au sein du myomètre : l'endomètre pénètre le myomètre par des diverticules qui s'enfoncent au-delà de 2.5mm dans l'épaisseur du muscle.

## Endométriose externe

- Développement d'un tissu endométrial en dehors de l'utérus
  - ✓ **Pelvienne** :
    - **Péritonéale** : Ligament large, CDS douglas, CDS vésico-utérin, cloison recto-vaginale
    - **Ovarienne** : kyste à contenu hématique (endométrioïme)
    - **Tubaire** : lésions internes → adhérence proximale et distale
  - ✓ **Extra-pelvienne** : Cervicale, vaginale, vulvaire, périnéale
  - ✓ **Extra-génitale** :
    - **Digestive** : recto-sigmoïdienne +++, iléale, appendiculaire
    - **Urinaire** : vésicale le plus souvent au niveau des uretères...
    - **Cutanée** : sur cicatrice de laparotomie, ombilic
    - **Pleuropulmonaire** : (rare)



## ❖ **DIAGNOSTIC POSITIF :**

- Les symptômes sont liés à la localisation de la maladie, d'où le polymorphisme clinique.
- Ils peuvent être chroniques, périodiques ou totalement absents
- Le diagnostic repose sur un trépied :
  - ✓ **Un bon interrogatoire**
  - ✓ **Un examen clinique minutieux**
  - ✓ **Un bon bilan radiologique**

### 1. **Signes cliniques :**

✚ **Douleur** : 50% des patientes (symptôme non spécifique++)

- ✓ Rythmée s'aggravant pendant les règles,
- ✓ Dysménorrhées secondaires tardives (J2-J3),
- ✓ Dyspareunies profondes
- ✓ Dysurie
- ✓ Douleur à la défécation (dyschésie).

✚ **Hémorragie** :

- ✓ Ménométrorragies : s'aggravant avec le temps et rebelle aux traitements classiques plus fréquente en cas d'adénomyose +++++
- ✓ Saignement provoqué par un rapport sexuel si localisation cervicale
- ✓ Rectorragie si localisation digestive

✚ **Infertilité** : 20 à 50 % des consultantes pour infertilité ont une endométriose

- ✓ Obstacles anatomiques
- ✓ Dysovulation
- ✓ Modifications liquide péritonéal
- ✓ Modifications immunologiques

✚ **Autres signes** :

- ✓ **Urinaire** : hématurie cyclique
- ✓ **Digestif** : rectorragie menstruelle cyclique, constipation progressive
- ✓ **Pulmonaire** : dyspnée cyclique

✚ **Complications obstétricales** :

- ✓ L'adénomyose peut être responsable des anomalies de placentation et les hémorragies du post partum

**Tout symptôme clinique à recrudescence cataméniale doit faire évoquer L'ENDOMETRIOSE +++**

### 2. **Examen clinique :**

- L'examen clinique est normal dans la majorité des cas.
- L'utérus peut être augmenté de volume en cas d'adénomyose
- **L'inspection** : rechercher un nodule au niveau vulvaire ou sur cicatrice d'épisiotomie
- **Au spéculum** : peut mettre en évidence si localisation vaginale ou cervicale de l'endométriose de vésicules bleutées ou rougeâtres dont l'étude anatopath après biopsie confirme le diagnostic

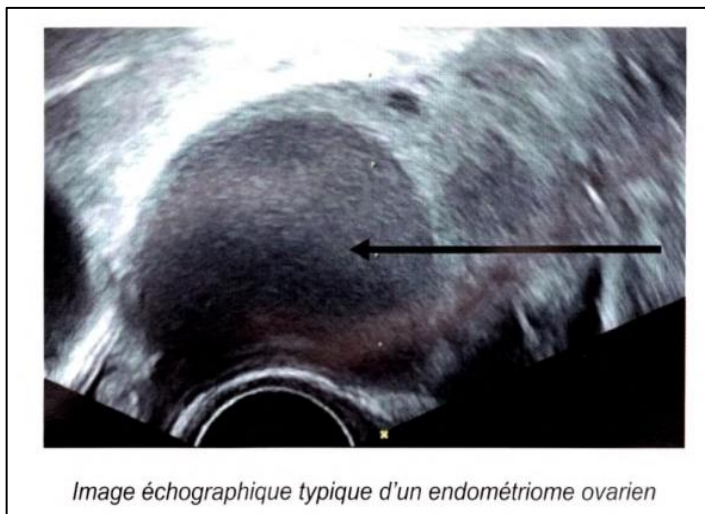


- **TV + palper abdominal**
  - ✓ Permet si endométriose évolutive la sensation d'une masse latéralement correspondant au kyste endométriosique
  - ✓ Réveille une douleur à la mobilisation de l'utérus quand les ligaments utero sacrés sont touchés
  - ✓ On trouve aussi une rétro version fixée de l'utérus due aux adhérences si endométriose du cul de sac de Douglas
- **TR** : induration douloureuse de la cloison recto-vaginale, ou ligaments utérosacrés.

### 3. Examens complémentaires :

#### ✚ L'échographie :

- Elle est spécifique permettant de diagnostiquer le kyste endométriosique en le visualisant sous forme d'images anéchogène / finement échogène avec une hyper échogénicité en bas à la partie la plus déclive du kyste qui correspond au sang sédimenté
- Les implants endométriosiques et les adhérences ne sont pas visibles à l'échographie



#### ✚ L'hystérosalpingographie :

- Ce n'est pas d'un examen de 1<sup>er</sup> intention dans le cadre d'investigation de l'endométriose, mais elle peut donner des signes indirects sur cette dernière quand elle est réalisée pour la recherche d'une étiologie de l'infertilité :
  - ✓ **Des obturations tubaires ou des trompes filiformes**
  - ✓ **Élargissement de la fossette ovarienne due au kyste endométriosique**
  - ✓ **Utérus en parasol : utérus rétroversé et fixe en cas d'endométriose de cul de sac de Douglas**



#### ✚ La coelioscopie :

- Elle a un triple intérêt :
  - ✓ **Diagnostic** : c'est l'examen qui permet de poser le diagnostic et permet de classer la pathologie. Grâce à une visualisation de la cavité pelvi-péritonéale à travers un optique où les implants endométriosiques et les adhérences sont visibles sur l'utérus, le cul de sac de Douglas, le péritoine, les ovaires (on peut voir aussi les kystes endométriosiques), les trompes, les ligaments utero sacrés, ... Bien que le diagnostic soit évident grâce à la coelioscopie mais une preuve diagnostique est nécessaire pour le traitement ce qui est obtenue grâce à l'étude histologique après biopsie des lésions

- ✓ **Pronostic** : en fonction de l'importance des implants endométriosiques, des adhérences, on établit un score de l'endométriose (endométriose modérée, sévère, extensive)
  - ✓ **Thérapeutique** : elle permet de faire une partie de traitement en :
    - Enlevant le kyste endométriosique (il faut l'enlever en totalité, aspiration + dissection de la paroi) et ne pas l'aspirer seulement si non il va récidiver car sa paroi est faite de l'endomètre)
    - Brûlant les implants endométriosiques par l'électrocoagulation
    - Levant les adhérences
- ✚ **L'IRM** : Elle met en évidence les endométriomes ovariens et les implants endométriosiques, envahissant les organes du voisinage (cloison recto-vaginale, ligaments utérosacrés),

### Le score AFSR de l'endométriose

1 - Lésions péritonéales		
Ne coter que la lésion la plus sévère (superficielle ou profonde)		
Péritoine	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
> 3 cm	4	6
2 - Lésions ovariennes		
Ne coter que la lésion la plus sévère et ajouter les scores des ovaire droit et gauche		
Ovaire droit	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
Ovaire gauche	Superficielles	Profondes
< 1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
> 3 cm	4	20
3 - Adhérences annexielles selon la circonférence		
ajouter les scores des ovaire droit et gauche et des trompes droite et gauche		
Ovaire droit	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Ovaire gauche	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8
> 2/3	4	16
Trompe droite	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16
Trompe gauche	Superficielles (ou transparentes)	Profondes (ou opaques)
< 1/3	1	4*
1/3 à 2/3	2	8*
> 2/3	4	16

\* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhérent sur toute la circonférence), compter 16

#### 4 - Oblitération du Douglas

Partielle	4
Totale	40

#### Calculer le score AFSR

1 - Lésions péritonéales	=	
2 - Lésions ovariennes	=	
3 - Lésions annexielles	=	
4 - Oblitération du Douglas	=	
Stade de l'endométriose	degré de sévérité	Score AFS
Stade I	endométriose minime	1 - 5
Stade II	endométriose modérée	6 - 15
Stade III	endométriose moyenne	16 - 40
Stade IV	endométriose sévère	> 40

#### ❖ LES COMPLICATIONS :

- **Infertilité ++++++** : facteur mécanique en modifiant les rapports anatomiques entre l'ovaire et le pavillon ou facteur physiologique (sécrétion de prostaglandines par le tissu ectopique)
- **Syndrome abdominal aigu** :
  - ✓ Kystes endométriosiques : rupture, torsion
  - ✓ Appendicite
- La **dégénérescence des lésions endométriosiques est exceptionnelle**.

#### ❖ PRISE EN CHARGE :

- L'endométriose doit être traitée quand elle est symptomatique et le traitement répond au désir des patientes (soulagement de la douleur ou désir de grossesse) donc la conduite à tenir diffère
- **But** :
  - ✓ Détruire les implants endométriosiques
  - ✓ Hypo-oestrogénie
  - ✓ Ménopause artificielle

#### 1. Traitement médical :

📌 **Pilule Oestro-progestative minidosée** : 1<sup>ère</sup> intention

- Si endométriose minime à expression uniquement menstruelle, elle délivre au corps des œstrogènes synthétiques qui font baisser le taux des œstrogènes naturels par un effet feed back sur les hormones hypophysaire mais avec la contraception il reste toujours un résiduel d'œstrogène naturel qui va maintenir l'endomètre ectopique fonctionnel

📌 **AINS :**

- Dysménorrhée et Douleur pelvienne chronique +++

### 🚦 **Progestatifs** : 1ère intention

- Dydrogesterone (Duphaston 10mg) 1cp 3 X jr de j5-j25
- Lynestrénol ( orgamétril ) , 1 à 2 cp/j en continu pendant 6mois
- Dispositif intra-utérin hormonal (DIU) lévonorgestrel
- diénogest ( visanne cp2mg): indiqué en 2eme intention

### 🚦 **Les analogues de la GnRH (LHRH) « DECAPEPTYL® »**

- Qui bloque l'axe hypothalamo hypophysaire : traitement de 2<sup>ème</sup> intention, pendant 6 MOIS , provoque une castration médicale réversible , elle permet à l'endomètre ectopique de se désidéaler et se dégénérer

## **2. Traitement chirurgical :**

- Les indications :
  - ✓ Se fait par coelioscopie en cas de douleurs résistantes au traitement médical ou contre-indication au traitement médical
  - ✓ Kyste endométriosique compliqué « torsion, compression... »
- Il doit être le plus conservateur possible « adhésiolyse, kystectomie »
- En cas d'adénomyose, on procède à une endomyomectomie ou hystérectomie

### ❖ **ENDOMETRIOSE ET INFERTILITE :**

- Fonction du stade de la maladie, de l'âge de la patiente et d'autres facteurs, le plus souvent la patiente est adressée en PMA

### ❖ **EVOLUTION :**

- Maladie chronique qui va durer tout au long de la présence de sécrétion oestrogénique
- Les récives sont fréquentes
- L'aggravation des lésions, la chronicité et ou l'intensité des douleurs entraînent un retentissement psychologique et altération de la personnalité
- La guérison spontanée est possible en cas de grossesse
- L'involution des implants après la ménopause en dehors d'un traitement hormonal substitutif ou sécrétion hormonale pathologique

### ❖ **CONCLUSION :**

- C'est une **pathologie fréquente** de la **femme en âge de procréer**
- Le **diagnostic** est **difficile**, l'endométriose est **souvent sous diagnostiquée**
- Les **symptômes** les **plus fréquents** sont les **dysménorrhées, dyspareunie, masse pelvienne** associés à un **tableau d'infertilité**.
- Il faut rassurer la patiente sur le caractère bénin de l'affection malgré les troubles fonctionnels invalidants (sophrologie, yoga, acupuncture..)
- Le **traitement** est **personnalisé** en **fonction du stade** de la maladie et le **désir de grossesse**
- Il faut traiter les symptômes avec minimum d'effet indésirables possible