



ENDOMÉTRIOSE

Défini

n ;

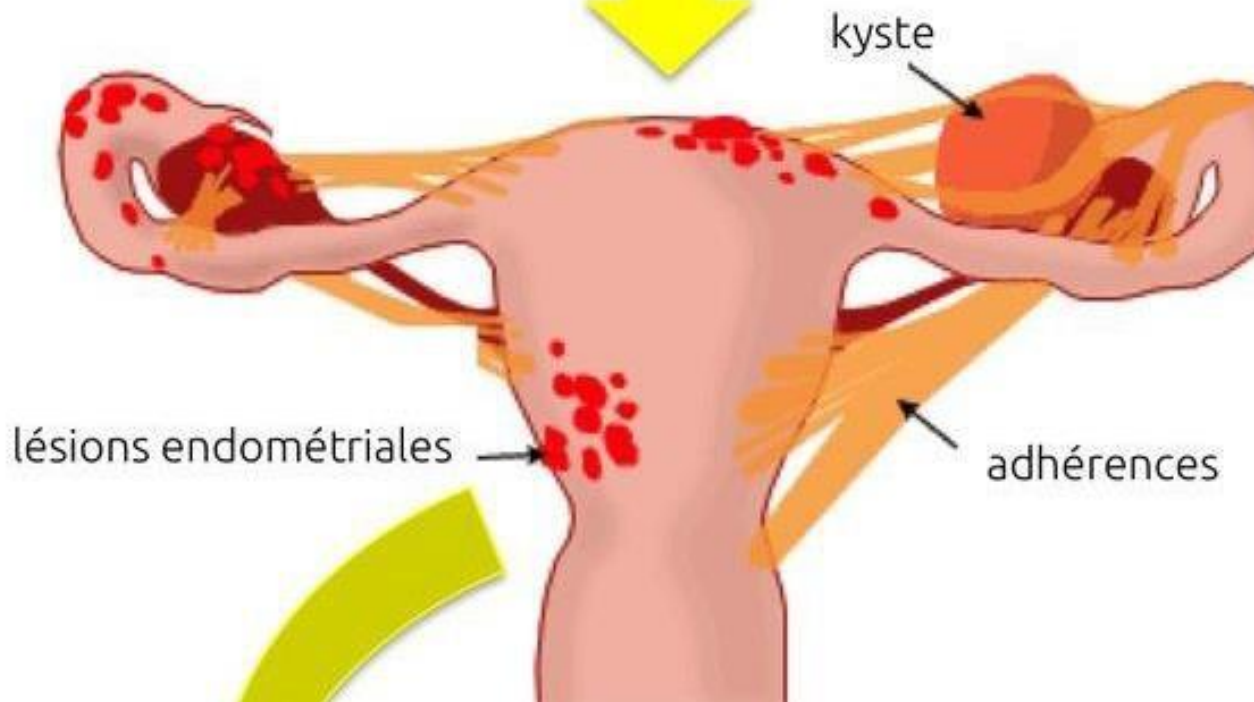
- C'est la présence de cellules endométriales fonctionnelles en-dehors de la cavité utérine
- Il y'a 2 types :
 - Endométriose interne : adénomyose, c'est la présence de cellules endométriales à l'intérieur du myomètre
 - Endométriose externe : c'est la présence de cellules endométriales totalement en-dehors de l'utérus (péritoine, trompes, ovaires, tube digestif, coupes diaphragmatiques, poumons,

DEFINITION

- Cet endomètre ectopique subit les mêmes variations cycliques que celles de l'endomètre endocavitaire.
- Elle est hormonodépendante: œstrogènes+++
- La ménopause est un mode de guérison physiologique.

Endométriose externe

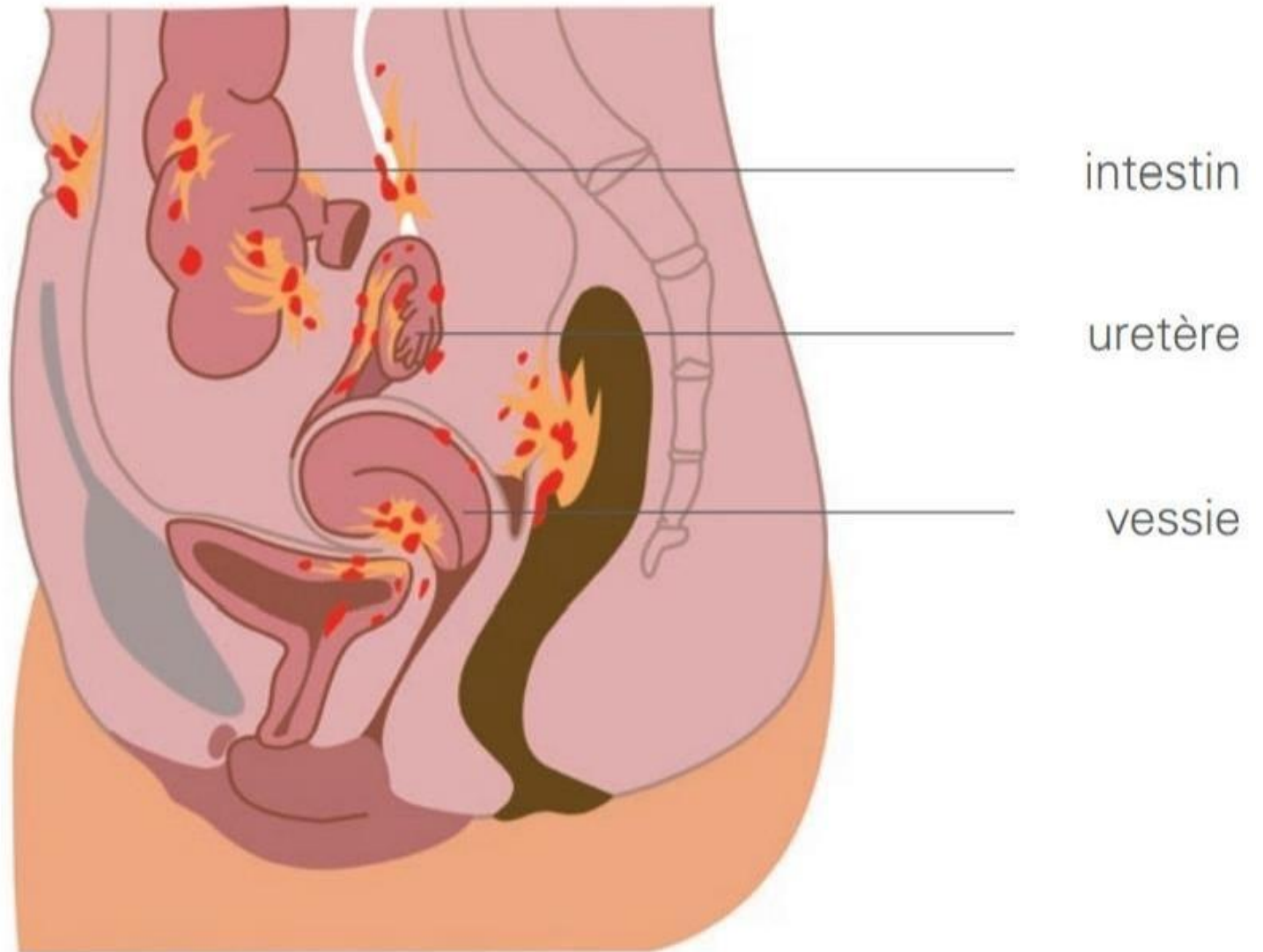
= À L'EXTÉRIEUR de l'utérus



Localisatio

n

- C'est la localisation ectopique de la muqueuse utérine en dehors de l'utérus qui se fait préférentiellement:
 - ligament utérosacré, ovaires, cul-de-sac de Douglas, péritoine, ligament large, trompes,
- Parfois:
 - Foyers intra-péritonéaux : vessie, rectum, sigmoïde
 - Foyers extra-péritonéaux : col, vagin, cloison recto- vaginale, vulvaires
 - A distance : sein, foie, rate, poumon...







Facteurs de risque

- ❑ Âge : ne survient jamais avant la puberté ni après la ménopause, pic de fréquence entre 35-45 ans
- ❑ Fréquente chez la race blanche
- ❑ Facteur familial : plus fréquente dans une famille lorsqu'il existe un antécédent d'endométriose
- ❑ Antécédents chirurgicaux : fréquente chez les femmes ayant subi une chirurgie gynécologique
- ❑ Malformation vulvo-vaginale et cervicale favorisent le reflux tubaire.
- ❑ Sténose cervicale iatrogène (électrocoagulation, chirurgie)
- ❑ une ménarche avant 11 ans Cycle court poly

Pathogéni

e

- 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.

Théorie métaplastique

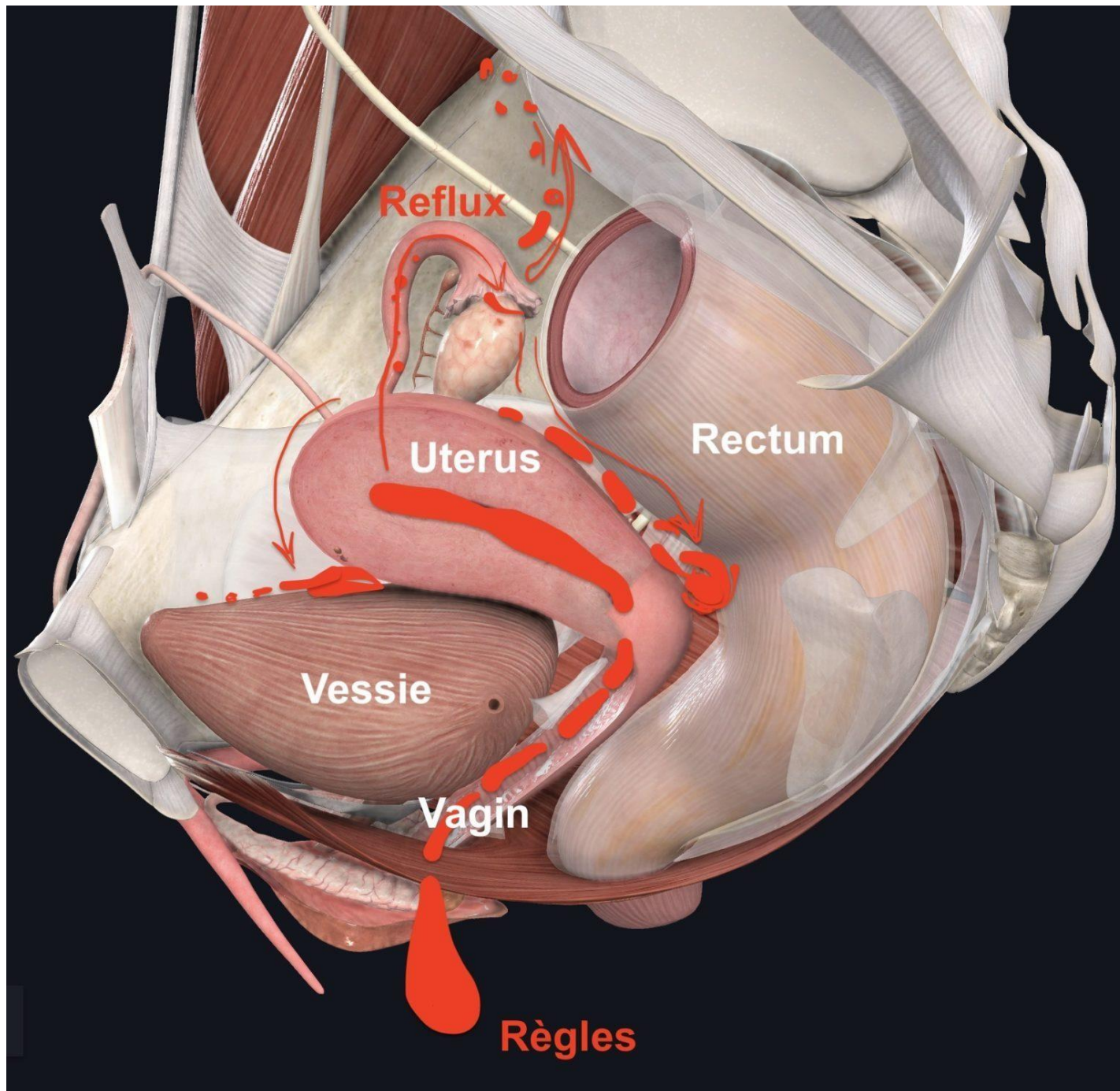
:

- l'épithélium de la cavité coelomique se métaplasie en endomètre sous l'effluence de divers stimuli infectieux toxiques ou hormonal.
- Cette théorie explique l'existence de cette pathologie chez les femmes ayant une agénésie utérine.

Théorie de la transplantation

:

- Par reflux tubaire : c'est le reflux rétrograde de sang menstruel par voie tubaire riche en cellule endometrial qui se greffe dans le petit bassin ou à distance.
- Cette théorie explique La fréquence élevée de cette pathologie chez les femmes ayant une malformation des voies génitale basse.



Théorie métastatique

:

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

La théorie immunologique

- Lors du reflux de sang au cours des règles vers les trompes, l'organisme répond en attaquant ces cellules
- S'il y'a déficit immunitaire le sang continue a passer en arrière

Anatomopathologie

□ L'endométriose se présente sous la forme de :

1. Des implants péritonéaux sous forme de multiples petites lésions ou granulations millimétriques :

- soit bleutées ou de couleur noire (content du vieux sang)
- soit rouges actives et hémorragiques, au niveau du plan sous péritonéal ou à la surface du péritoine ; ce type de lésions se voit surtout, au cours des règles et durant les épisodes de métrorragie ;
- soit blanches fibreuses, cicatricielles, et entourées par un péritoine rétracté, serré, induré et fibreux, ce type sera des points d'appel à la formation des

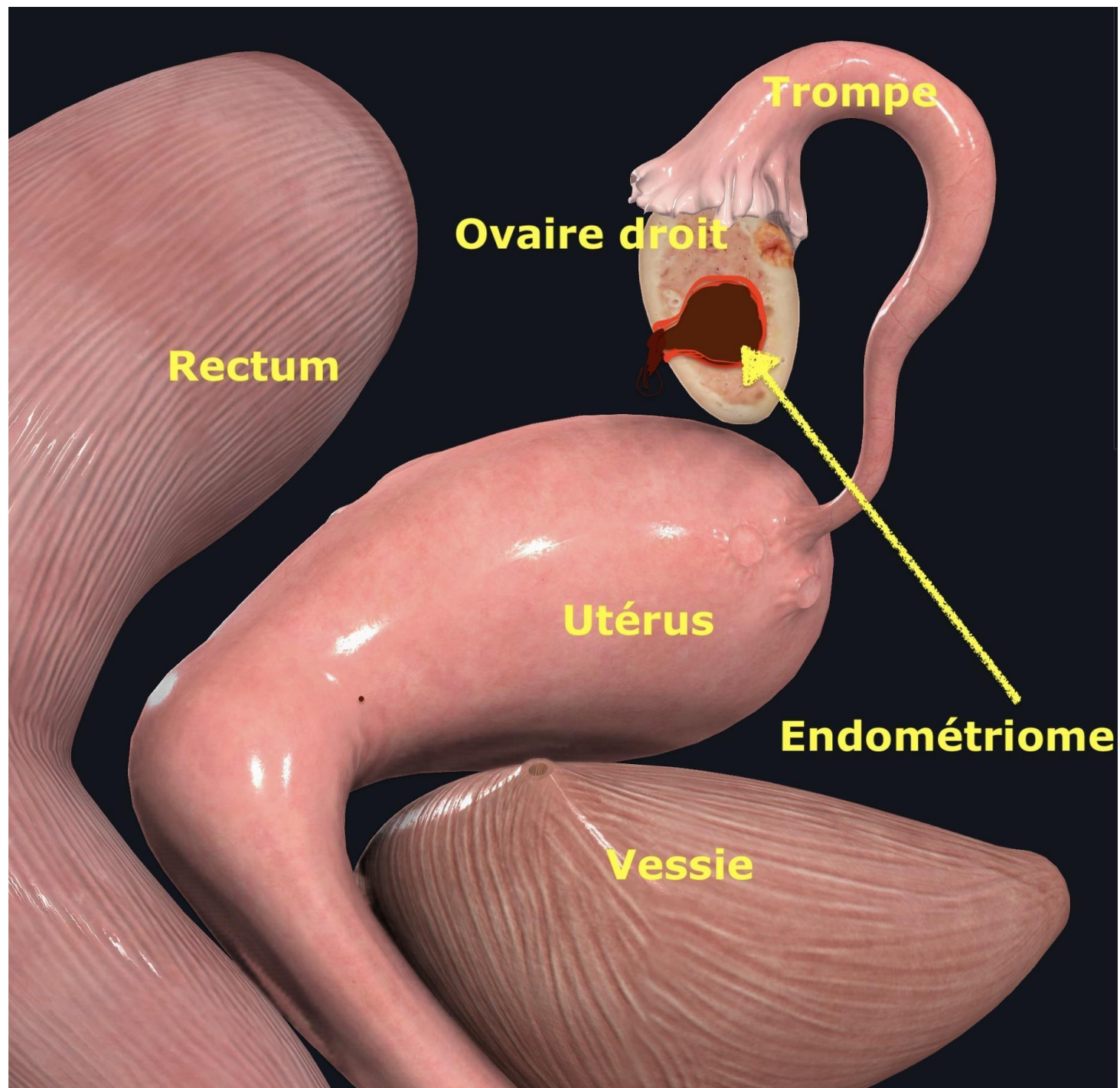
Endométriose péritonéale :



Anatomopatholog

ie

2. Des kystes ovariens (endométriomes) de taille variable et contenant un liquide ressemblant au chocolat fondu (en raison de l'accumulation du sang dans la cavité de ce kyste) ; parfois l'endométriome peut être multiple, sur un ovaire ou sur les deux ovaires à la fois.





**endométriome et son liquide
caractéristique**

Diagnostic clinique

Motif de consultation: la douleur

- Douleur : symptôme le plus fréquent et le plus invalidant
 - La dysménorrhée est une douleur survenant pendant et en fin de règles où elle s'aggrave progressivement,
 - La dyspareunie est une douleur survenant lors des rapports sexuels, habituellement située au fond du vagin et en arrière, et majorée juste avant les règles
 - Les douleurs chroniques atteignent aussi bien le petit bassin que la cavité abdominale ou la région lombaire. Ces douleurs sont augmentées autour de l'ovulation et au cours des règles.
 - défécation douloureuse, En période de règles, le simple fait d'aller à la selle majore les douleurs.

Motif de consultation : autres

- Hémorragie :
 - Moins fréquente que dans l'adénomyose
 - saignement provoqué par un rapport sexuel si localisation cervicale,
 - Rectorragie si localisation digestive
 - Hématurie cyclique si localisation urinaire
- Toute symptomatologie fonctionnelles rythmée par les règles doit évoquer l'endométriose.

Motif de consultation : autres

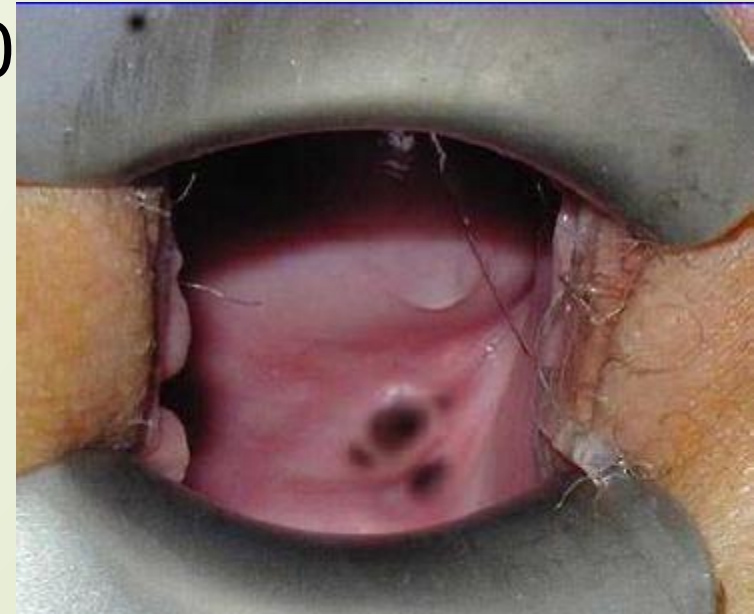
- Infertilité : 85% d'infertilité si localisation tubaire et 40% si localisation péritonéale, peut être primaire ou secondaire
- Pourquoi la stérilité
 - Obstacles anatomiques
 - Dysovulation
 - Modifications liquide péritonéal
 - Modifications immunologiques

Examen clinique

:

- la symptomatologie clinique est variable selon la localisation de l'endométriose. Pauvre voir normal dans 90

- inspection :
 - lésions nodulaire bleuté au niveau des cicatrices.
 - spéculum : petit nodule marron cervical de cul de sac vaginale



Postérieure, la biopsie est indispensable pour confirmer le diagnostic.

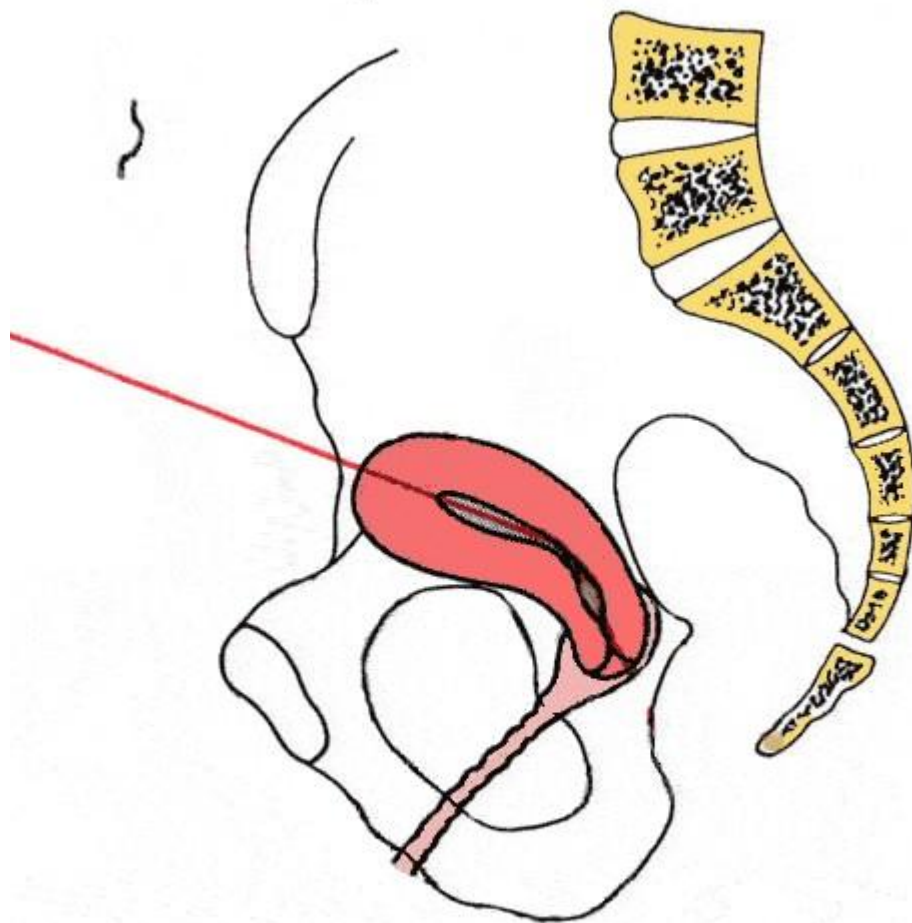
Examen clinique

:

- touchers pelviens :

- utérus bloqué par sa rétroversion
exquisément douloureux épaissement
de la croisons recto- vaginale, induration
des utérosacrée.
- Ovaire volumineux et douloureux (masse
latéro-utérine très sensible)

Axe longitudinal du corps utérin





Examens

paracliniques :

□ Echographie :

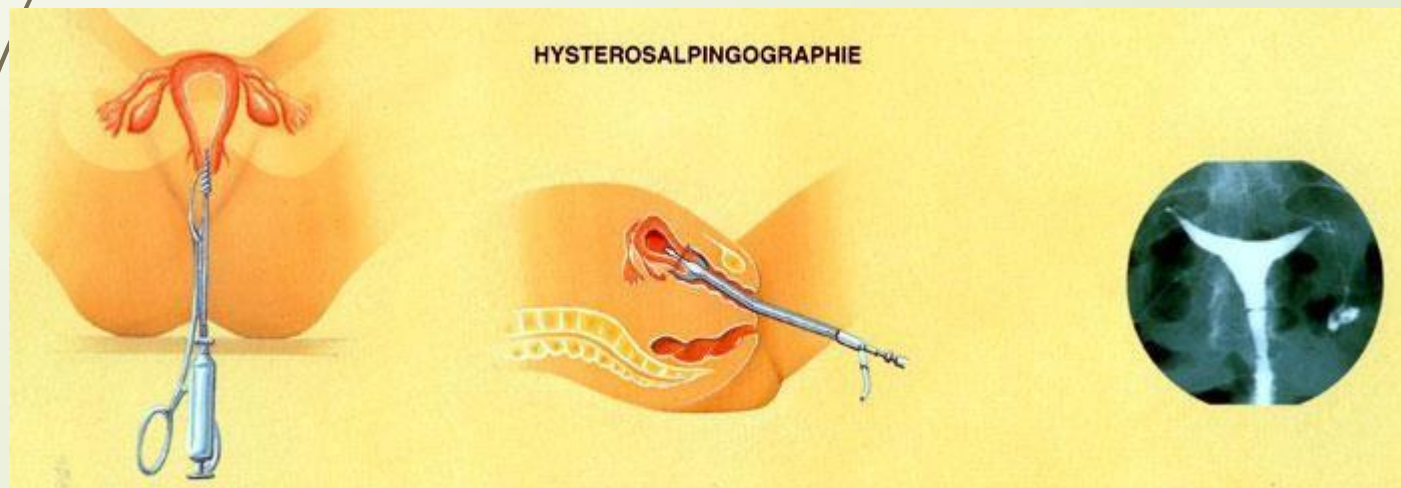
- intéressante en cas d'endométriose ovarienne.
- Les kystes endométriosiques sont le plus souvent
 - unilatéraux (80%),
 - non-cloisonnés,
 - à paroi épaisse,
 - contours réguliers,
 - sans végétations intra-kystiques.



Examens

paracliniques :

- ❑ Hystérosalpingographie : en cas d'infertilité, faite en-dehors d'une infection, des règles et de grossesse
 - ❑ images d'obstruction tubaires :
 - ❑ Trouble de la diffusion tubo-péritonéale.

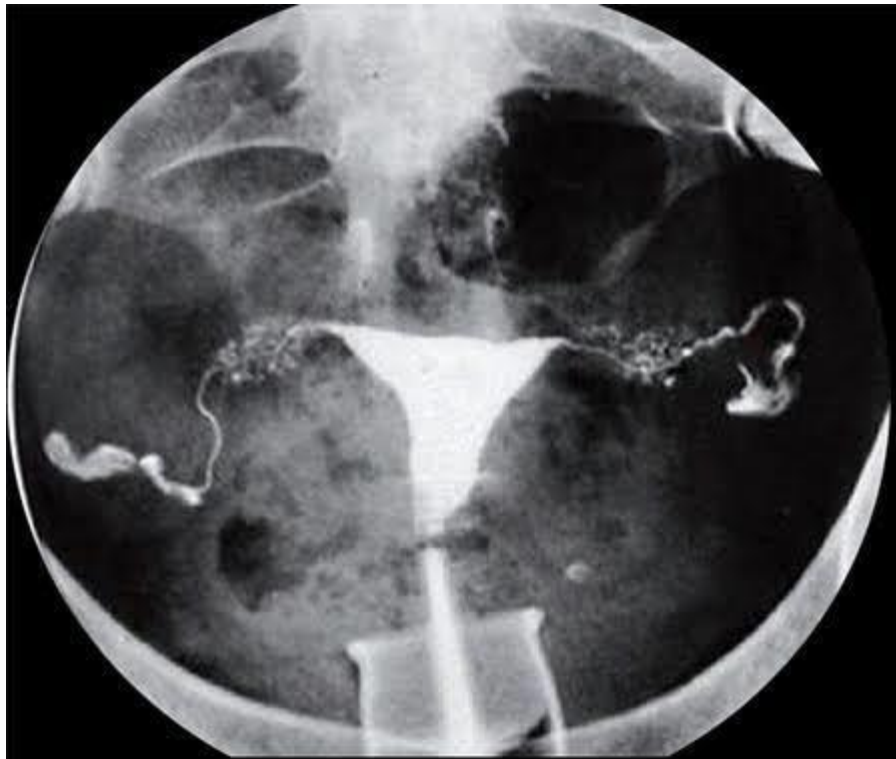




Endométriose tubaire

Signes indirects.

Aspect en tuba erecta des cornes utérines.



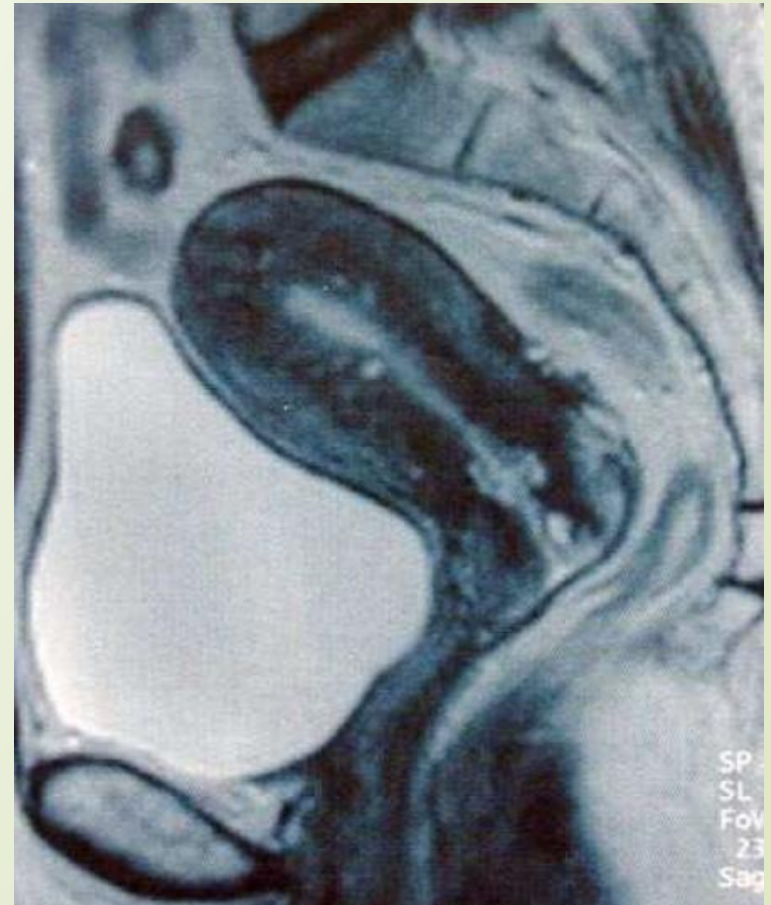
Endométriose tubaire

Images polydiverticulaires dites en "boules de gui"
concernant les trompes interstitielles

Examens

paracliniques :

- L'IRM: Elle met en évidence les endométriomes ovariens et les implants endométriosiques, envahissant les organes du voisinage (cloison rectovaginale, ligaments utérosacrés),





Scanner
abdomino-pelvien

aly-abbara.com

Examens

paracliniques :

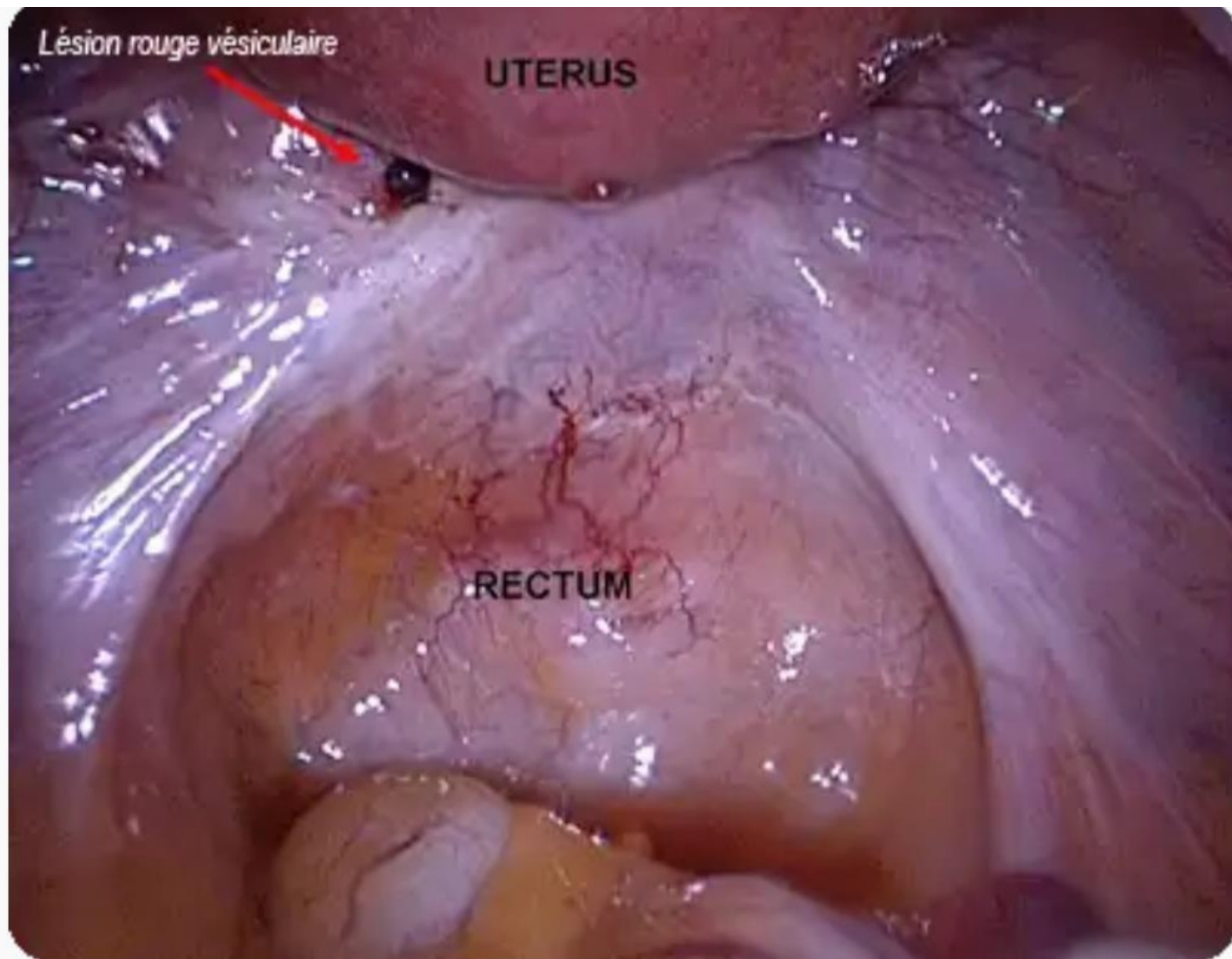
□ Coelioscopie :

- C'est l'exploration indispensable pour confirmer le diagnostic et établir la classification
- doit être faite en phase prémenstruelle (21-24e jour du cycle),
- va mettre en évidence de fines granulations brunâtres péritonéales ou une localisation ovarienne avec des ovaires augmentés de volume (liquide brun chocolat à la ponction), adhérence
- Elle permet aussi de réaliser des biopsies diagnostiques et de commencer le traitement par l'ablation et/ou la destruction de l'endométriose.

Lésion rouge vésiculaire

UTERUS

RECTUM



Traitement :

Principe

:

- Il a pour but de réduire les symptômes plus que de supprimer la maladie et de diminuer la survenue de récurrence ou de ralentir l'évolution de la maladie
- Patiente asymptomatique = pas de traitement
- Créer un climat hypo-œstrogénique → atrophier les implants → sclérose cicatricielle
- soulager les douleurs (antalgiques) +++
- 2 événements vont conduire à la régression spontanée:

Moyens:

- Médical
- chirurgical
- PMA
- psychologique

Médical:


- ❑ **Pilule Oestro-progestative minidosée : 1ère intention**, Si endométriose minime à expression uniquement menstruelle
- ❑ **AINS** : dysménorrhée et Douleur pelvienne chronique +++
- ❑ **Progestatifs** :
 - ❑ un macroprogestatif en continu pendant 6 mois, ou 20 jours par cycle
 - ❑ Dispositif intra-utérin hormonal (DIU) lévonorgestrel ,
 - ❑ diénogest(visanne cp 2mg): indiqué en 2ème intention
- ❑ **Agoniste GnRh: trt de 2ème intention**, pendant 6 MOIS → provoque oostation médicale réversible

Chirurgical :

- soit par coelioscopie ou laparotomie,
 - Kystectomie
 - adésiolyse et traitement des implants péritonéaux et ovariens par électrocoagulation
 - Hystérectomie avec ou sans conservation des annexes
- **Indication:**
 - Douleurs résistantes au traitement médical ou CI au traitement médical
 - kyste endométriosique compliqué «torsion, compression..»



AUTRES MOYENS THERAPEUTIQUES:

- Fécondation in vitro (FIV):
 - Ponction échoguidée des endométriomes:
- 

Endométriose interne

Définitio

n

- L'endométriose ou adénomyose est la présence de cellules endométriales au niveau du muscle utérin (myomètre)
- l'endomètre pénètre le myomètre par des diverticules qui s'enfoncent au delà de 2.5mm dans l'épaisseur du muscle.



Epidémiologi

e

- Maladie qui touche, en général, la femme âgée de la quarantaine, multipare.

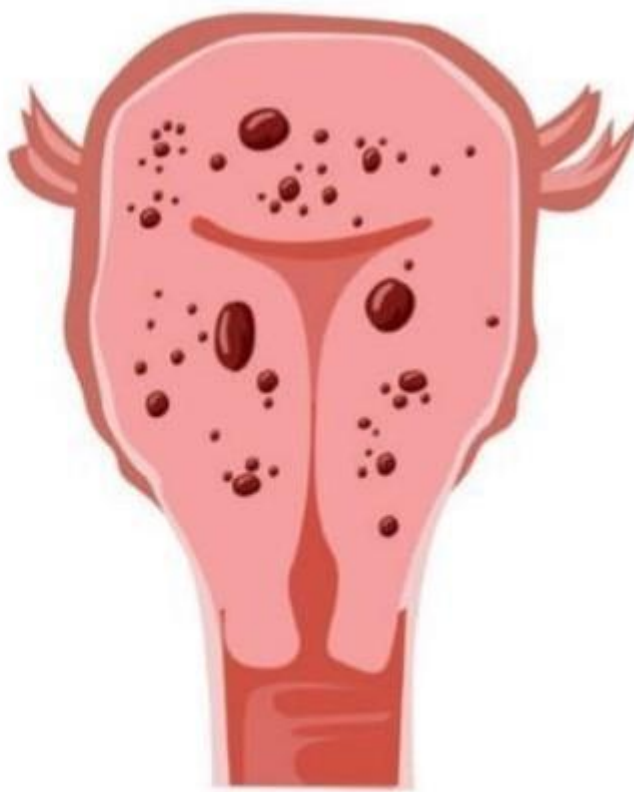
Secondaire à:

- Curetage
- Révision utérine
- Césarienne
- Résection

- Fréquence : assez fréquente

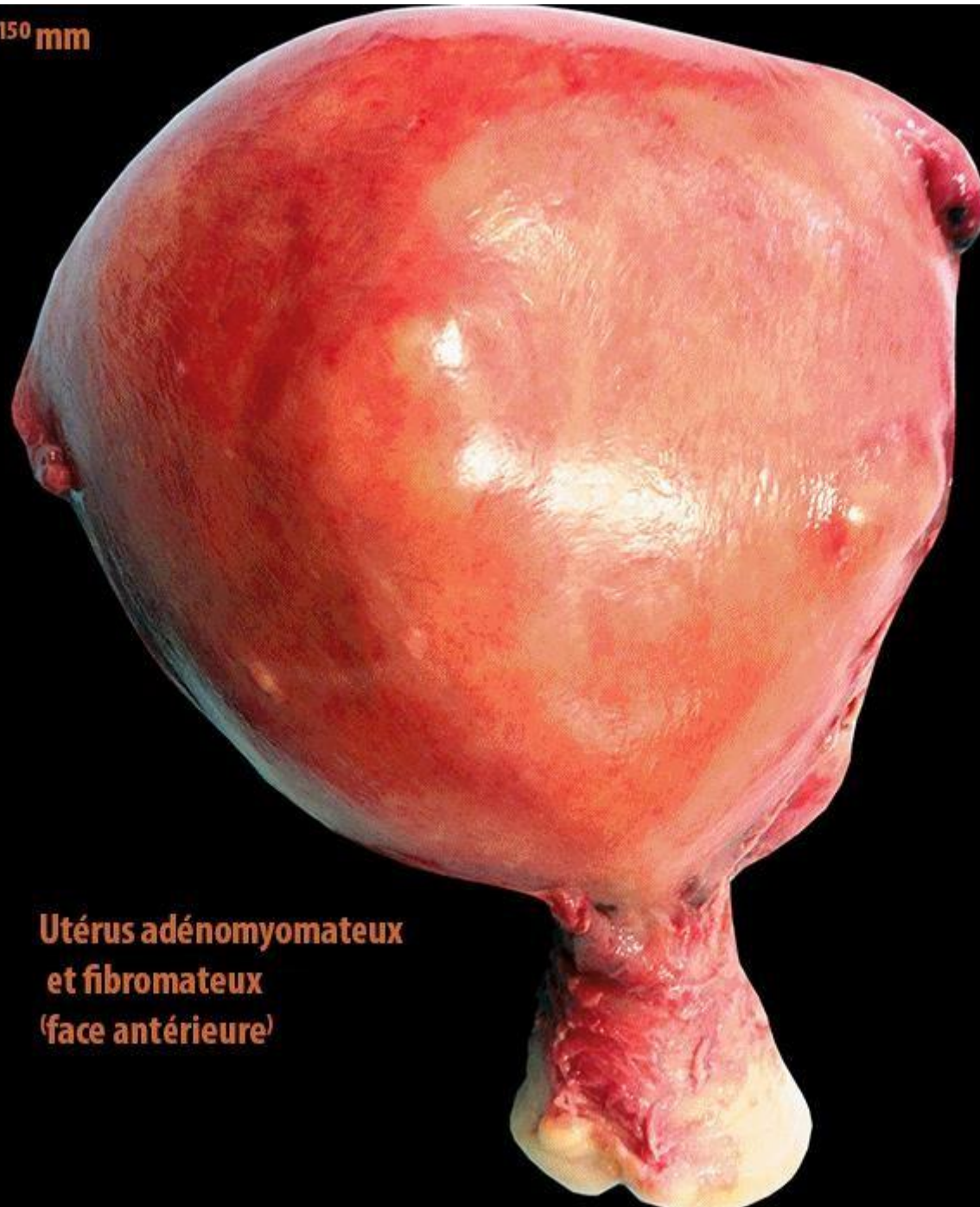


Utérus normal



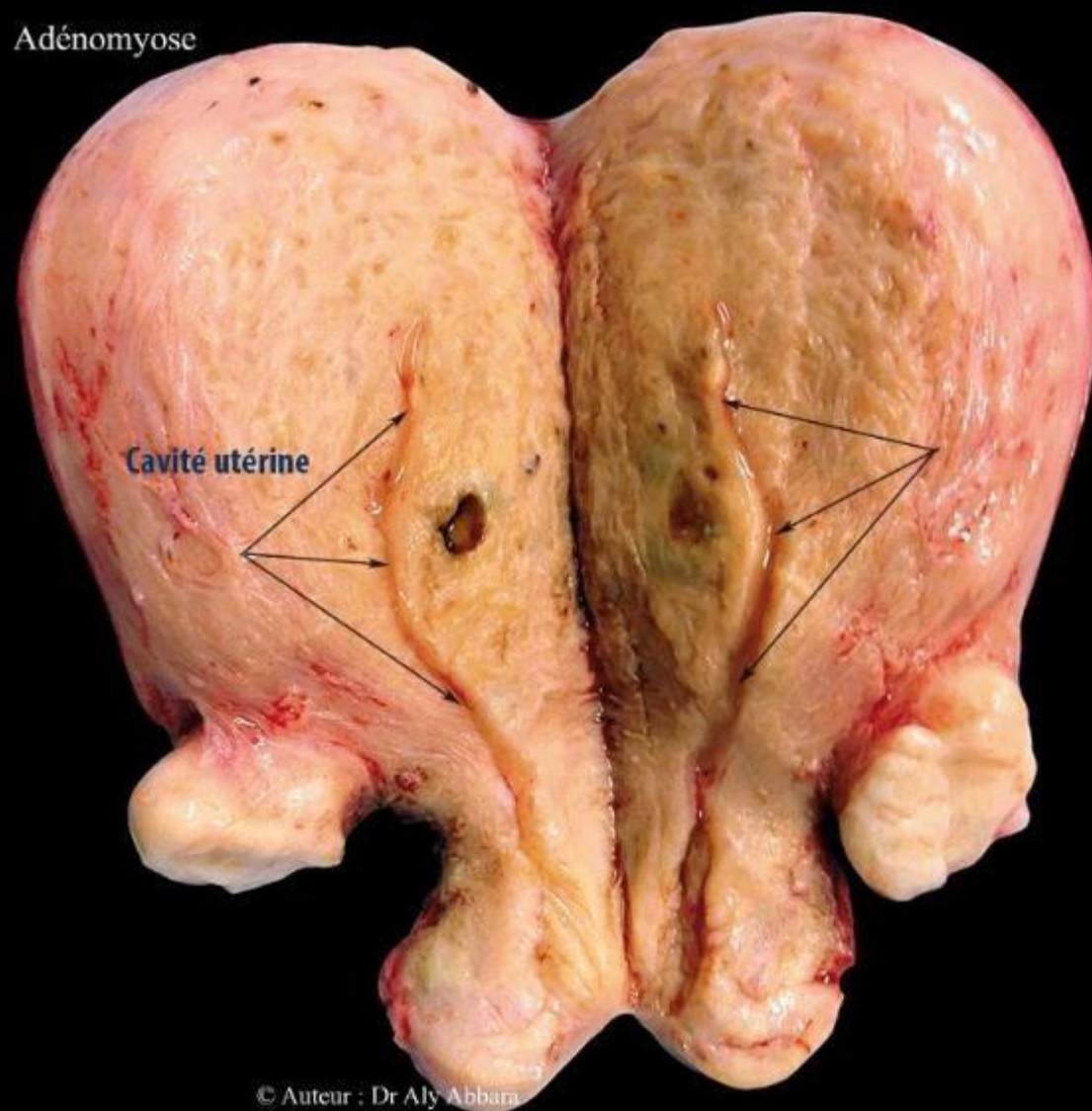
L'adénomyose se caractérise par la présence anormale de tissu endométrial au sein de la paroi du muscle de l'utérus.

150 mm



**Utérus adénomyomateux
et fibromateux
'face antérieure'**

Adénomyose



Cavité utérine

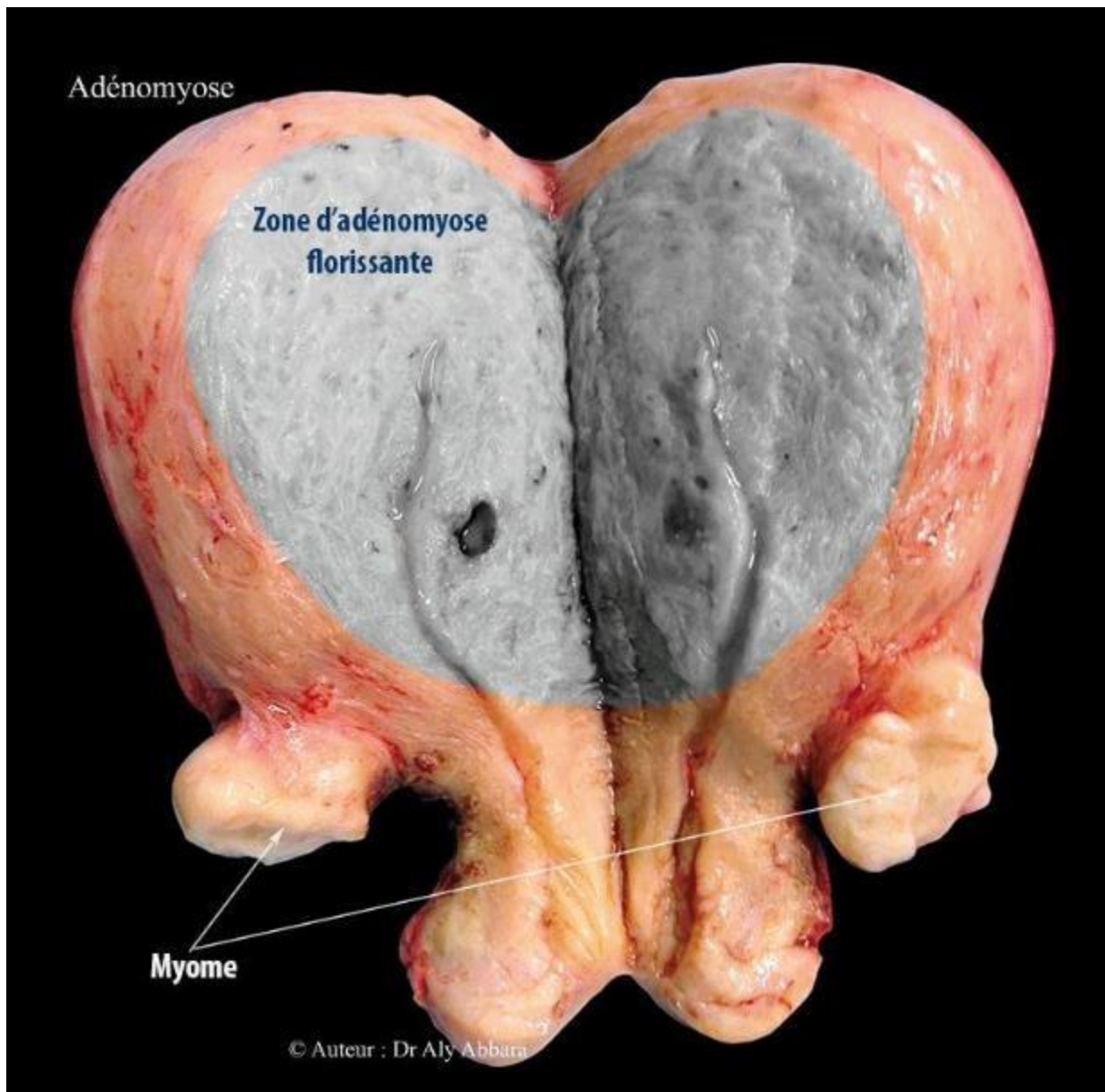
© Auteur : Dr Aly Abbana

Adénomyose

Zone d'adénomyose
florissante

Myome

© Auteur : Dr Aly Abbana



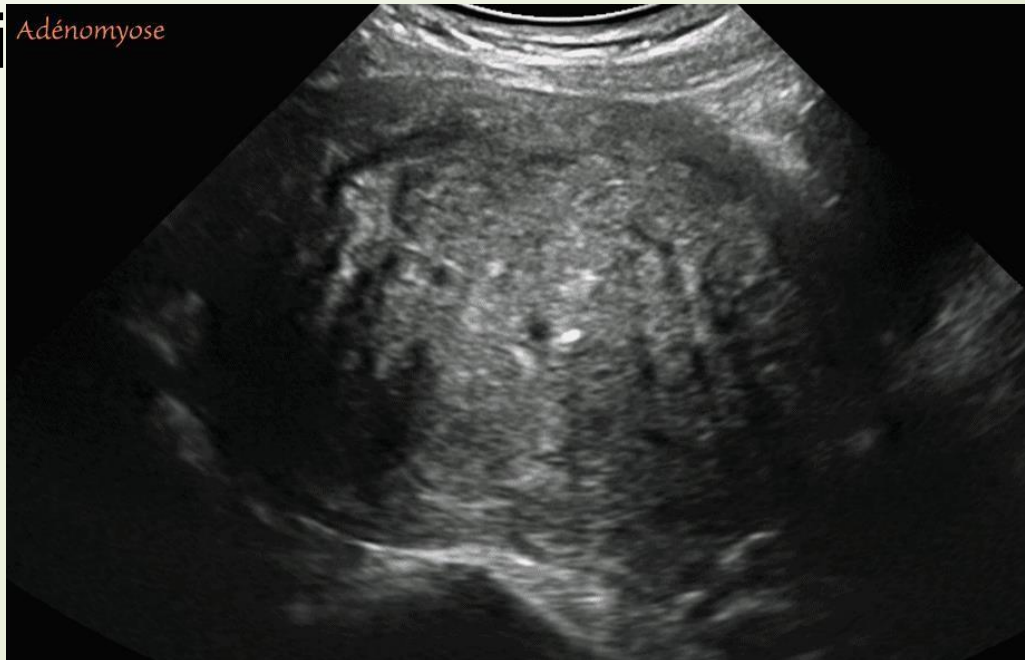
Diagnostic clinique:

- Motif de consultation : ménorragies, douleurs pelviennes, des dysménorrhées, des dyspareunies profondes, infertilité secondaire
- Examen clinique :
 - Palpation : normale, douleur provoquée
 - Examen au spéculum : normal
 - TV : gros utérus (qui peut prêter à confusion avec un fibrome utérin) globalement agrandi sans noyaux, grosse masse pelvienne régulière homogène, adhérente à l'utérus

Examens

paracliniques:

- Echographie : masse homogène, utérine, régulière, arrondi, sans capsule, sans plan de clivage (contrairement au fibrome utérin, qui peut être unique ou multiple, encapsulé, bien li



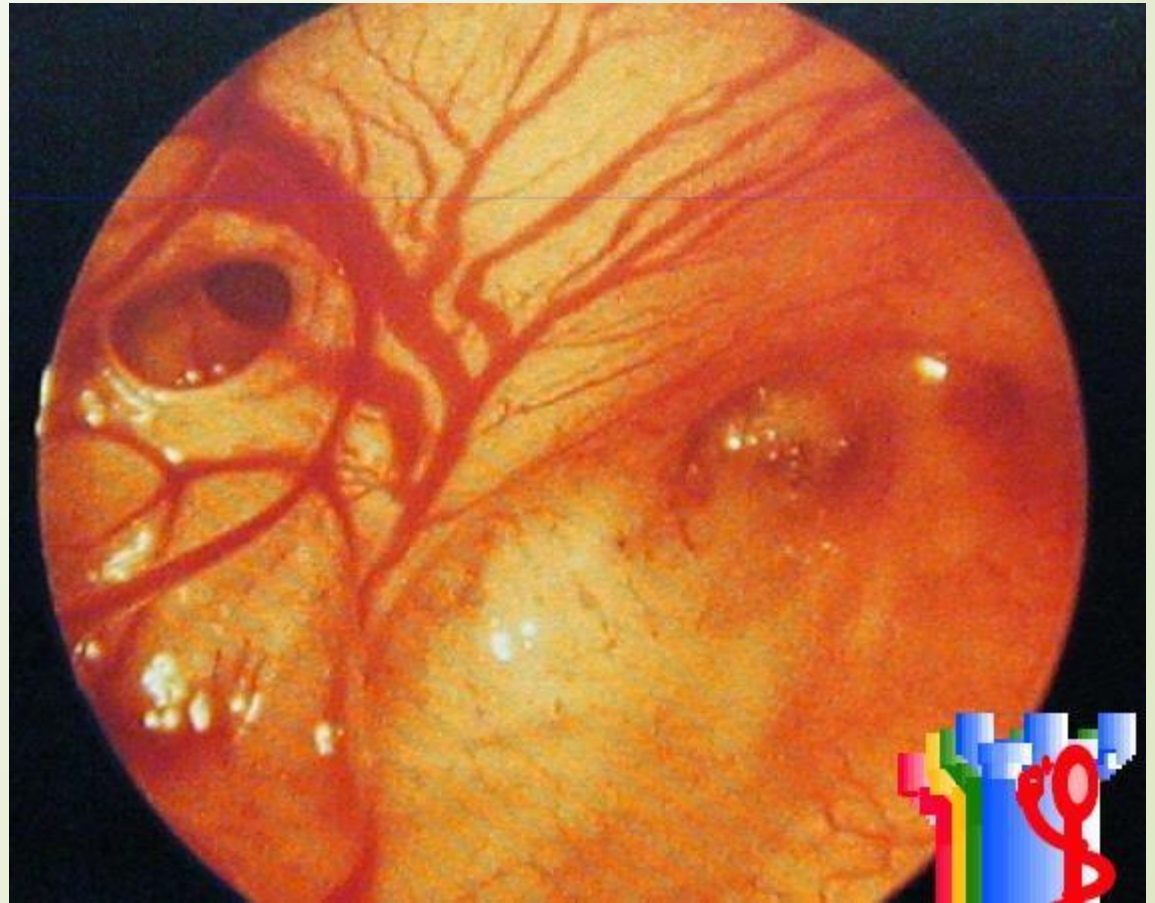
Examens paracliniques:

- Hystérosalpingographie : diverticules des bords ; fond et cornes



Examens paracliniques:

- Hystérosco-
pie



Examens paracliniques:

- IR
- M:



Complicatio

ns

- Douleur : chronique, cyclique ou non cyclique
- Compression : rectale ou vésicale, à cause de l'augmentation du volume utérin
- Hémorragie: ménorragies, méno-métrorragies
- Infertilité : rarement, secondaire le plus souvent
- Complications obstétricales:
 - L'adénomyose peut être responsable de PP, P accréta, HPP

Traitement

†

- Médical :
 - Progestatifs : traitement palliatif, vont agir sur l'hyperplasie de l'endomètre et entraîner une atrophie des cellules endométriales qui va réduire l'hémorragie et la douleur, 4-6 mois par cure, pour bloquer l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien, jusqu'à la ménopause
 - Analogues de la LH-RH (Enantone® 3,75 mg et 11,25 mg, injectable en sous-cutané) : pour entraîner une ménopause chimique
- Chirurgical : hystérectomie avec ou sans conservation des ovaires (selon l'âge)
- Hystéroscopique: endométréctomie

CONCLUSION

- ❑ Pathologie fréquente de la femme en âge de procréer
- ❑ Diagnostic difficile, l'endométriose est souvent sous diagnostiquée
- ❑ Symptômes les plus fréquents: dysménorrhées, DPC, dyspareunie, masse pelvienne associés à un tableau d'infertilité.
- ❑ Rassurer la patiente sur le caractère bénin de l'affection malgré les troubles fonctionnels invalidants
- ❑ Traitement personnalisé en fonction du stade de la maladie et le désir de grossesse
- ❑ Traiter les symptômes avec minimum d'effet