

Endometriose

L'endométriose est une maladie chronique liée à la présence de tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus. Elle peut provoquer des douleurs souvent invalidantes, des problèmes d'infertilité et de nombreux autres symptômes.

On observe ce phénomène principalement dans la cavité péritonéale et au niveau des ovaires. Ce tissu ectopique peut également être retrouvé sur les organes digestifs, dont le rectum, sur la vessie, voire sur les reins, le diaphragme, le péritoine et exceptionnellement dans les poumons, les tissus mous, les os et le cerveau. Le tissu endométrial est hormono-sensible. Comme l'endomètre, il suit le cycle menstruel.

L'endométriose, décrite pour la première fois par Karel Rokitansky en 1860, est une maladie gynécologique globalement incomprise. Son mode de survenue et de développement a donné lieu à de nombreuses hypothèses ; son étiologie, son évolution, sa physiopathologie font encore l'objet d'investigations

Mécanisme hypothétique :

Hypothèse du reflux menstruel :

Lors des menstruations, le sang menstruel peut ne pas totalement s'écouler par le vagin : une partie de ce sang peut refluer vers les trompes et inonder la cavité péritonéale. Ce sang contient naturellement des cellules endométriales vivantes qui peuvent se greffer sur le tissu péritonéal ou sur d'autres organes (un peu comme des cellules cancéreuses) grâce à diverses enzymes

Hypothèse métaplasiques

La deuxième série d'hypothèses envisage une métaplasie à partir de cellules étrangères à l'endomètre.

Hypothèse de la métastase

Elle suggère que lors des menstruations, les différents vaisseaux (artérioles spiralées, vaisseaux lymphatiques...) aspirent des cellules endométriales dans la circulation systémique et provoquent l'essaimage dans tout l'organisme. Cette hypothèse a le bénéfice d'expliquer l'apparition de l'endométriose dans une pluralité de localisations

Aspects :

Dans la majorité des cas, l'endométriose se situe à l'extérieur de l'utérus. Elle peut toutefois également se situer dans le muscle utérin. On parle alors d'adénomyose.

L'endométriose peut prendre des aspects très divers en fonction du type de lésions, de leur extension ou des organes atteints.

- *Les lésions nodulaires superficielles sont des lésions relativement bleutées, rouges ou blanches à la surface du péritoine ou des ovaires. Elles mesurent quelques millimètres et n'envahissent pas en profondeur.*
- *Les kystes ovariens ou endométriomes se constituent par l'inclusion progressive de lésions superficielles dans l'ovaire. Ces kystes se constituent car l'endométriose (comme l'endomètre) saigne au moment des règles. Ces kystes, dits parfois « chocolat pour leur couleur brune, sont remplis d'un liquide dérivé de ce vieux sang. Ils peuvent mesurer de 15 mm à plus de 10 cm.*
- *Les nodules profonds : ce sont des lésions qui envahissent en profondeur soit un organe soit la zone sous-péritonéale.*
- *Les adhérences entre organes : l'endométriose tend à « coller » les organes entre eux par des phénomènes inflammatoires.*
- *Les lésions nodulaires superficielles sont des lésions relativement bleutées, rouges ou blanches à la surface du péritoine ou des ovaires. Elles mesurent quelques millimètres et n'envahissent pas en profondeur.*
- *Les kystes ovariens ou endométriomes se constituent par l'inclusion progressive de lésions superficielles dans l'ovaire. Ces kystes se constituent car l'endométriose (comme l'endomètre) saigne au moment des règles. Ces kystes, dits parfois « chocolat »²⁶ pour leur couleur brune, sont remplis d'un liquide dérivé de ce vieux sang. Ils peuvent mesurer de 15 mm à plus de 10 cm.*
- *Les nodules profonds : ce sont des lésions qui envahissent en profondeur soit un organe soit la zone sous-péritonéale. Il existe encore de grandes incertitudes quant à savoir si ces nodules profonds sont une évolution des nodules superficiels ou se créent d'emblée sous cette forme. Tout laisse néanmoins penser que les deux types de formation sont possibles. Les localisations privilégiées de ces nodules profonds sont les ligaments utéro-sacrés (ligament reliant l'utérus au sacrum en arrière), la zone recto-vaginale, le vagin, le rectum, la fossette ovarienne et les ligaments larges, plus rarement la vessie ou le côlon sigmoïde et encore plus rarement tout autre organe abdominal. La taille de ces nodules va de quelques millimètres à 5 ou 6 centimètres.*
- *Les adhérences entre organes : l'endométriose tend à « coller » les organes entre eux par des phénomènes inflammatoires. À l'inverse des adhérences post-infectieuses, il s'agit d'adhérences très serrées et très vascularisées. Les localisations les plus fréquentes sont sous les ovaires en arrière de l'utérus et entre utérus et ovaire, mais toutes les localisations sont possibles.*

Signes cliniques :

Les douleurs

Les douleurs les plus caractéristiques sont les dysménorrhées (règles douloureuses). L'intensité est très variable mais elle peut aller jusqu'à la nécessité de prendre des antalgiques puissants, voire dans les cas les plus sévères à l'impossibilité de travailler .

Le deuxième type de douleur est la dyspareunie (douleurs pendant et après les rapports sexuels). Elle peut être constante ou simplement à certains moments du cycle

L'infertilité

30 à 50 % des femmes atteintes d'endométriose ont des problèmes de fertilité. Les mécanismes n'en sont pas clairs et sont parfois multiples.

Diagnostic :

Le diagnostic peut être posé avec une quasi-certitude :

- *si l'examen clinique (toucher vaginal) retrouve un nodule recto-vaginal ;*
- *si l'échographie vaginale met en évidence un kyste endométriosique (endométriome) dans un ovaire.*

- *IRM est très performante;*

• De nombreux marqueurs biologiques dans le sang ont été proposés. Le taux de CA 125 peut être élevé mais sa spécificité et sa sensibilité sont médiocres

À la fin, la question se pose toujours de réaliser une coelioscopie pour traiter chirurgicalement. La décision de la coelioscopie dépend de l'importance de la suspicion mais également des contextes de douleurs et d'infertilité, de l'âge... Cette opération chirurgicale permet de visualiser les lésions d'endométriose sous forme de taches brunâtres ou de petites vésicules.

Evolution :

L'endométriose est une maladie avec une évolution spontanée relativement imprévisible, avec parfois des régressions spontanées

Après traitement chirurgical conservateur, la récurrence est assez fréquente après un délai qui peut aller de quelques mois à quelques années.

Lors de la grossesse, il y a régression de l'endométriose et les femmes ayant été enceintes ont deux fois moins de risque de récidiver que celles qui ne l'ont pas été.

Traitement :

Analogues de la GnRH

Progestatifs

Pilule œstroprogestative

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Chirurgie