

L'endométri

Objectifs

- Expliquer les différents mécanismes étiopathogénique contribuant à la constitution de l'endométri
- Présenter les différents signes cliniques
- Savoir reconnaître la lésion à travers son aspect macroscopique caractéristique
- Identifier les différents aspects histologiques et les formes topographiques, notamment l'adényose

Plan du cours

- I) Introduction
- II) Etiopathogénie
- III) Epidémiologie
- IV) Signes cliniques
- V) Examens para-cliniques
- VI) Etudes anatomo-pathologique
 - A.Macroscopie
 - B.Microscopie
 - 1 .L'endométri typique
 - 2.L'endométri incomplète
 - 3.L'endométri remaniée
 - VI)Les formes topographiques
 - A. Les formes génitales
 - 1. Utérine
 - Macroscopie
 - Microscopie
 - 2.Tubaire
 - 3.Ovarienne
 - 4.Cervico-vaginale
 - B. Des formes extra- génitales
- VII) Evolution

L'endométriose

Objectifs

- Expliquer les différents mécanismes étiopathogénique contribuant à la constitution de l'endométriose
- Présenter les différents signes cliniques
- Savoir reconnaître la lésion à travers son aspect macroscopique caractéristique
- Identifier les différents aspects histologiques et les formes topographiques, notamment l'adénomyose.

I) Introduction :

L'endométriose est une affection caractérisée par la présence en situation ectopique, de structures endométriales présentant les caractères histologiques et biologiques de l'endomètre, mais qui en restent séparées anatomiquement. Elle affecte les femmes en période d'activité génitale. On en distingue :

- **L'endométriose interne :** plages endométriales dans le myomètre.
- **L'endométriose externe :** touche les différents organes, surtout du petit bassin.

II) Etiopathogénie :

Plusieurs théories pathogéniques contribuent à expliquer les différentes localisations :

1. La théorie du transfert ou métastatique: par voie hématogène ou lymphatique, de cellules endométriales, expliquant certaines localisations rares de l'endométriose, pleuro-pulmonaires ou du système nerveux central

2.La théorie métaplasique de R. Meyer : sous l'effet d'un stimulus «infectieux, toxique ou hormonal» les cellules dérivées de l'épithélium cœlomique subissent une métaplasie en cellules endométriales.

3. Théorie du reflux de Samson : les foyers d'endométriose sont liés à une implantation ectopique de cellules endométriales provenant du reflux menstruel favorisant ainsi les localisations péritonéales et pariétales.

4. Théorie mixte : concluant les deux précédentes.

5.Dissémination iatrogène: on rencontre des lésions endométriosiques sur les cicatrices de gestes chirurgicaux telles que les cicatrices de césarienne ou d'épisiotomie, cicatrices qui seraient contaminées par les cellules endométriales lors de l'accouchement et de la délivrance.

6. Théorie embryonnaire: Les lésions endométriosiques prendraient naissance à partir de résidus müllériens

III) Epidémiologie :

-Elle touche la femme en période d'activité génitale, surtout entre 25-29 ans, Les formes extra-péritonéales se voient un peu plus tard.

- Avant 20 ans, elle est souvent secondaire à des anomalies obstructives de l'utérus ou du vagin.
- Les localisations de l'endométriose sont par ordre de fréquence : pelvienne (80 à 90 %), digestive (5 à 15 %), l'appareil urinaire (2 à 4 %).
- Elle régresse après la ménopause.

IV) Signes cliniques

- Variable, propre à chaque localisation. Sa caractéristique typique tiens à sa **périodicité** (hormono-dépendante)
- Elle peut également être asymptomatique et de découverte fortuite .Le symptôme le plus important est **la douleur**.
- L'endométriose se caractérise cliniquement par les 06 « **D** »
 - Dysménorrhée.
 - Dysovulation.
 - Dyspareunie.
 - Douleurs pelviennes à type de crampes menstruelles sévères et crampes abdominales.
 - Défécation douloureuse
 - Dysurie.
 - **L'examen clinique est souvent négatif.**

V) Examens para-cliniques :

1.Echographie : toujours faite en 1ere intention, permet de différencier les kystes ovariens fonctionnels, dermoïdes, fibrome ou même grossesse extra utérine.

2. IRM : bonne sensibilité (60 à 90% selon les auteurs) à mettre en évidence une collection hématique même de petite taille. Elle montre des images caractéristiques pour les kystes endométriosiques. Également utile au suivi thérapeutique.

3. Hystérosalpingographie

4. Hystéroscopie

VI) Etudes anatomo-pathologique :

- **Le diagnostic de certitude** est anatomopathologique

A.Macroscopie : se présente sous forme des petites taches, nodules ou kystes bleuâtres. Les petites lésions provoquent en périphérie de la fibrose et les plus étendues sont recouvertes par des cicatrices opaques. A l'ouverture de ces kystes, s'écoulent un liquide noir, chocolat, fait de sang non coagulé.

-Dans le cas d'endométriose ancienne, il se constitue des adhérences étroites entre les organes qui finissent par provoquer des sténoses intestinales ou urétérales, évoquant cliniquement un processus tumoral.

B.Microscopie :

1.L'endométriose typique : Elle est faite de tubes glandulaires et de stroma cytogène. Si la lésion est florissante, elle présente toutes les variations cycliques de l'endomètre. « En fait c'est un endomètre en miniature ». Dans certains cas les modifications sont discrètes.

2.L'endométriiose incomplète : Les formes incomplètes ou remaniées sont de diagnostic plus difficile ; surtout au niveau du bassin, des formations canaliculaires ou glandulaires, évoquent un endomètre mais sans ou avec un chorion cytogène très réduit.

En général le diagnostic peut être fait par la coexistence dans le voisinage des lésions typiques ou par la recherche sur l'épithélium, de signes fonctionnels des tubes endométriaux : Mitoses et/ou sécrétions de glycogène.

3.L'endométriiose remaniée : Se caractérise surtout par la présence de plages étendues de sclérose hyaline, au sein desquelles persistent parfois des nappes de macrophages chargés d'hémosidérine.

Le diagnostic est souvent établi par le clinicien en per opératoire par la mise en évidence d'un liquide couleur chocolat

VI)Les formes topographiques :

L'endométriiose peut se localiser sur n'importe quel tissu de l'organisme. Elle est ubiquitaire. On distingue:

A. Des formes génitales :

1. Utérine : adénomyose, siège dans le myomètre.

Se traduit par des douleurs pelviennes, des méno et métrorragies, faisant souvent évoquer le diagnostic de fibrome. Cette dystrophie apparaît entre 40 et 50 ans, plus tard que l'endométriiose classique et souvent associée à un léiomyome typique ou même à un adénocarcinome endométrioïde.

Macroscopie: l'utérus est globuleux, siège parfois d'un nodule bien limité. La tranche de section est blanc- rosée qui tranche sur des plages rougeâtres déprimées et kystiques représentant le foyer endométriale.

Microscopie : présence de larges nappes d'endomètre en position ectopique dans le myomètre, au sein duquel apparaît une hyperplasie des muscles lisses. Il existe des formes particulières, localisées et polypoïdes: adénomyome

2.Tubaire : rare, donne beaucoup d'adhérence et simule une salpingite.

3.Ovariennne : très fréquente, se présente sous forme de kyste remplis de sang vieux, couleur chocolat. Ces kystes sont appelés « kystes goudron ».

4.Cervico-vaginale : assez rare.

B. Des formes extra- génitales : Péritonéale, intestinale, cutané, thyroïdienne, pulmonaire ...etc.

VII) Evolution :

-Sans traitement : il y a exacerbation de la douleur et destruction tissulaire de l'environnement lésionnel.

-Dans tous les cas, le traitement ne procure parfois qu'une rémission plus ou moins longue.

-La symptomatologie régresse spontanément au moment de la ménopause.

Bibliographie :

-Marisa R.Nucci, Esther Oliva : Gynecologic Pathology 1st ed 2009.

-Pr Marie- Cécile Vacher Lavenu- Université Paris 5 René Descarte,Assistance publique
Hopitaux de Paris : l'dénomyose, le point de vue de pathologiste.

- Professeur Pierre Bernard : adénomyose ou endométriose interne, Corpus médical – faculté
de médecine de grenoble.