

# L'ENDOMETRIOSE

## Cours de 5<sup>ème</sup> année médecine

Dr.Hafiane

### I. DEFINITION :

Présence en dehors de la cavité utérine de tissu endométriale :

-dans la profondeur du myomètre : adénomyose ou endométriose interne ;

-en dehors de l'utérus : endométriose externe. touche le pelvis: péritoine, ovaires, trompes

### II. FREQUENCE

- 1 à 2% de la population générale
- 15% d'Endométriose externe diagnostiquées au cours des coélioscopies effectuées pour bilan d'algies pelviennes
- 15% d'adénomyose découverts à l'examen anatomopathologique des pièces d'hystérectomie

### III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.PHYSIOPATHOLOGIE ET PATHOGENIE

Le foyer d'endométriose est constitué d'endomètre le plus souvent complet ; avec des glandes et du chorion cytogène entourés d'une réaction de sclérose. Cet endomètre ectopique subit l'influence des hormones ovariennes au cours de la vie génitale et du cycle menstruel ; en particulier il desquame en période des règles.la grossesse peut amener sa décidualisation et sa nécrose, donc la guérison.après la ménopause ,l'arrêt des sécrétions ovariennes provoque le plus souvent son atrophie et sa disparition .Ceci est à la base du traitement médical.

#### 1. ADENOMYOSE

- **Anatomie pathologie** : nodule plus dur que le myomètre adjacent, de teinte plus foncé et sans plan de clivage, rarement plus volumineux (adénomyome).l'utérus est en général porteur de plusieurs foyers.
- **Physiopathologie** : la symptomatologie est expliquée par l'anatomie pathologique :

Les douleurs par la la distension pré et per menstruelles des foyers, les ménorragies par la mauvaise contractilité du myomètre, qui assure mal son action hémostatique.

- **Pathogénie** : elle est mal connue : métaplasie locale à partir d'un tissu indifférencié ou surtout diverticules de l'endomètre dans le myomètre (rôle des grossesses et des manœuvres endo-Utérin)

## 2. Endométriose externe

- **Anatomie pathologique** : les nodules sont bleutés ; de taille variable, contenant du vieux sang .leur volume peut aller de la tête d'épingle au volumineux kyste à contenu (goudron) .ils siègent :

Surtout dans les ovaires (kyste endométriosique ou endométriome) ; sur les ligaments utéro-sacrés et le péritoine pelvien. On définit des stades de I à IV suivant que les lésions sont minimales, modérées, moyennées, sévères .On peut aussi en trouver dans les trompes, le col utérin et sur les cicatrices d'épisiotomie ou de laparotomie, ou même sur les anses intestinales situées dans le pelvis.

- **Physiopathologie**

Les modifications cycliques de l'endomètre ectopique expliquent la présence de sang dans les kystes et le caractère des douleurs.

- **Pathogénie** : plusieurs hypothèses sont retenues :greffe péritonéale de fragments de muqueuse qui refluent par les trompes avec le sang mensuel au cours des règles,greffe directe sur les cicatrices ,propagation lymphatique ou veineuse de fragments d'endomètre, métaplasie locale, ou reste embryonnaire (dans le cas d'endométriose ovarienne).

## IV. Circonstance du diagnostic

La malade consulte parfois pour des douleurs ou des saignements.

Lors d'une consultation pour un autre motif (infertilité ; myome ; prolapsus).

Certaines endométrioses sont asymptomatiques (10à 15%) et découverts lors d'une cœlioscopie, d'une laparotomie, d'un examen anatomo-pathologique.

### 1. Symptomatologie

- **Polymorphisme sémiologique** : selon la localisation (adénomyose et E. externe)

a- **ADENOMYOSE** = après 35 ans

- *Ménométrorragies* surtout
- *Douleurs pelviennes* (dysménorrhées tardives et secondaires)
- **Examen clinique**= utérus augmenté de volume et sensible ;avec parfois le développement asymétrique d'une masse qui fait corps avec l'utérus et correspond à l'adénomyome ;ces signes sont nets avant les règles

b- **Endométriose EXTERNE** =

- *Femmes jeunes* entre 20 et 35 ans
- *Dyspareunie*
- *Algies permanentes* ou persistantes

- **Examen clinique : il est fait de préférence avant ou pendant les règles**

Sur la vulve ou les cicatrices, on peut observer des lésions bleutées ou rougeâtre

Le col et le vagin peut porter ces mêmes petites lésions qui saignent en période menstruelle.

- **Toucher vaginale** : est fait en période douloureuse complété par le toucher rectal. on perçoit suivant les cas :
  - *des granulations ou des nodules douloureux* siégeant sur la face postérieure de l'isthme ; sur les ligaments utéro-sacrés et dans la cloison recto-vaginale.
  - *une tuméfaction annexielle plus ou moins volumineuse fixée et douloureuse (endométriome)*

*Une rétroversion fixée et douloureuse*

Un examen clinique normal ne permet pas d'éliminer le diagnostic devant des signes fonctionnels évocateurs. Adénomyose et endométriose externe peuvent s'associer.

## 2. Examens complémentaires

- *échographie pelvienne par voie endovaginale :*

**Adénomyose** : aspect hétérogène du myomètre.

**Endométriome ovarien** : image ovalaire ou polycyclique à paroi fine et à contenu finement échogène.

- *IRM PELVIENNE : pour une cartographie pour l'endométriose profonde.*
- *Cœlioscopie diagnostic : examen de référence pour l'endométriose externe :  
Éléments bleutés ou brunâtres de localisations variables.  
L'adénomyose n'est pas visible*
- *Hystérosalpingographie :*
  - En cas d'adénomyose : diverticules des bords ; fond et cornes.**
  - En cas d'endométriose externe : HSG est souvent normale ; il peut exister une obstruction tubaire ou déformation de l'isthme en baïonnette par rétraction des utéro-sacrés .**

## V. EVOLUTION

1. **Sans traitement** : les lésions endométriosiques s'étendent dans le pelvis et peuvent aboutir au blocage des organes génitaux et parfois l'atteinte des organes voisins.

L'endométriose peut entraîner : une infertilité, une grossesse extra-utérine ; des hématuries par colonisation de la vessie ; des réctorragies par une atteinte recto-sigmoïdienne.

Peut se compliquer d'une rupture ou fissuration de kyste ; l'infection d'un kyste est rare ; la cancérisation a été décrite

– 2 évènements vont conduire à la régression spontanée:

- La grossesse
- La ménopause;

**2. Avec traitement :** l'endométriose externe est souvent améliorée ;mais les récives sont possibles. L'adénomyose est souvent rebelle

## **VI. TRAITEMENT**

**1. Traitement médical:** le principe est de bloquer le fonctionnement de l'ovaire pour entrainer une hypoestrogénie et donc une atrophie de l'endomètre, normal et ectopique.

- Les moyens : progestatifs, Oestroprogestatifs contraceptif et surtout les analogues LHRH (inhibition de l'axe hypothalamo-hypophysaire : Enantonet Décapeptyl)

**2. Traitement chirurgical :**il va de l'exérèse des lésions localisée à l'hystérectomie totale ,avec ou sans annexectomie

### **3. INDICATIONS:**

- Adénomyose* = essai des progestatifs discontinu du 5 au 25 jour du mois conservant les règles ou continus entrainant une aménorrhée (pseudo-grossesse) ou bien les oestroprogestatifs discontinus ;ils peuvent être remplacés par les analogues du GnRH : mais souvent échec et nécessité d'hystérectomie surtout si la ménopause est trop loin pour pouvoir attendre
- E. externe* = Traitement en fonction de l'importance de la maladie ; L'âge de la patiente ;le désir d'une contraception ou de grossesse, de l'existence possible d'une infertilité ,de l'importance de la douleur.

*Elles vont de l'abstention, avec ou sans traitement de la dysménorrhée(AINS),au traitement chirurgical le plus conservateur possible*

## **VII. CONCLUSION**

- Polymorphisme clinique de l'endométriose retardant son diagnostic.
- Sa gravité réside dans les conséquences qu'elle engendre : douleur pelvienne chronique et infertilité
- L'adénomyose et l'endométriose sont deux formes différent sur le plan étiologique ;clinique et même thérapeutique