

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIER ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE CONSTANTINE 3

FACULTE DE MEDECINE DE CONSTANTINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

L'ENDOMETRIOSE

Dr. M.KOUT

Service d'anatomie et cytologie pathologique

CHU Dr Ben Badis Constantine

Année universitaire 2014-2015

L'ENDOMETRIOSE.

I. INTROUCTION :

L'endométriose est une dystrophie caractérisée par la présence hors de la cavité utérine (en position hétérotopique) de tissus possédant les caractères histologiques et fonctionnels de l'endomètre. On distingue classiquement :

- **L'endométriose interne** : caractérisée par des plages endométriales aberrantes dans le myomètre.
- **L'endométriose externe** : qui se situe en différents points et organes du petit bassin.

II. ETIOPATHOGENIE : Plusieurs théories circulent, dont 02 paraissent acceptables.

1. **La théorie du transfert** : selon certains auteurs, le transfert se ferait par voie vasculaire : C'est la dissémination embolique de cellules endométriales dans les lymphatiques et les veines. Selon d'autres, il se fait par voie rétrograde ou des lambeaux d'endomètre utérin sont propulsés dans la trompe et s'implantent sur les ovaires.

2. **La théorie métaplasique** : Sous certains facteurs hormonaux et/ou traumatiques, certaines cellules peuvent se métamorphoser et produire l'endométriose en n'importe quelles localisations du tractus génital.

III. FREQUENCE ET AGE : Elle est fréquente en période d'activité génitale et surtout entre 25 et 35 ans.

L'incidence de l'endométriose minime ou légère est élevée et se rencontre chez près de 20% des femmes en âge de procréer.

IV. SYMPTOMATOLOGIE : La symptomatologie est variable, elle est propre à chaque localisation. Sa caractéristique typique tiens à sa périodicité.

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. DIAGNOSTIC DE CERTITUDE : Il est porté par l'examen anatomo-pathologique.

A. Macroscopie : Se présente comme

- 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 urétrales, 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'endométriose 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'endométriose 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'endométriose peut se localiser sur n'importe quel tissu de l'organisme. Elle est ubiquitaire. On distingue.

1. Des formes génitales :

- a) **Utérine :** siège dans le myomètre, elle est si courante qu'on y attache peu d'attention.
- b) **Tubaire :** rare, elle donne beaucoup d'adhérence et simule une salpingite.
- c) **Ovarienne :** très fréquente elle se présente sous forme de kyste remplis de sang vieux, couleur chocolat. Ces kystes sont appelés « kystes goudron ».
- d) **Cervico vaginale :** assez rare.

2. Des formes extra vaginales :

Péritonéale, intestinale, cutané, thyroïdienne, pulmonaire... etc.

VII. EXAMENS PARA CLINIQUES :

A. Echographie : Toujours en 1ère intention, elle permet généralement de différencier les kystes ovariens fonctionnels dermoïdes, fibrome ou même grossesse extra utérine. Elle peut montrer des images évocatrices.

B. IRM : Elle a une 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. L'IRM est également utile aux suivis thérapeutiques pour dépister les récurrences.

VIII. L'ADENOMYOSE :

A. Introduction : Une place spéciale tant clinique, qu'histologique, doit être réservée à une entité qui par sa morphologie s'apparente à l'endométriose mais qui probablement représente un processus différent.

Selon certains auteurs, l'adénomyose appartient d'avantage aux tumeurs mésoenchymateuses de l'utérus qu'à l'endométriose.

B. Clinique : Se traduit par des douleurs pelviennes, des ménos et métrorragies, faisant souvent évoquer le diagnostic de fibrome. Cette dystrophie apparaît entre 40 et 50 ans, plus tard que l'endométriose classique et souvent associée à un léiomyome typique.

C. Examen ana-path:

Macroscopie: Utérus globuleux, parfois sous forme d'un nodule sans véritable capsule. La tranche de section montre une zone blanchâtre 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.

IX. ÉVOLUTION :

- 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.

adénomyose + en X / femme ou lésion
 11. pathologie