

**I. Définition :**

C'est la présence de cellules endométriales fonctionnel 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, seins, paroi abdominale)

Touche environ 1 femme sur 10

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.

**II. Endométriose externe**

**1. Localisation**

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...

**2. 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 ménorrhée, dysménorrhée

**3. Pathogénie**

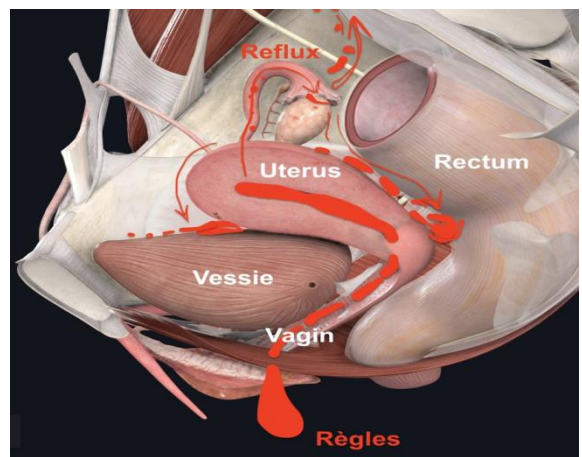
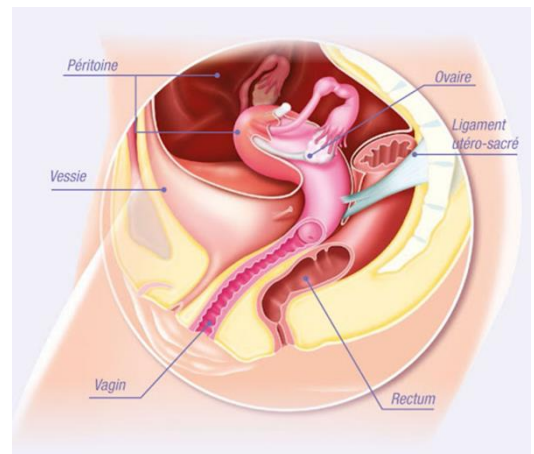
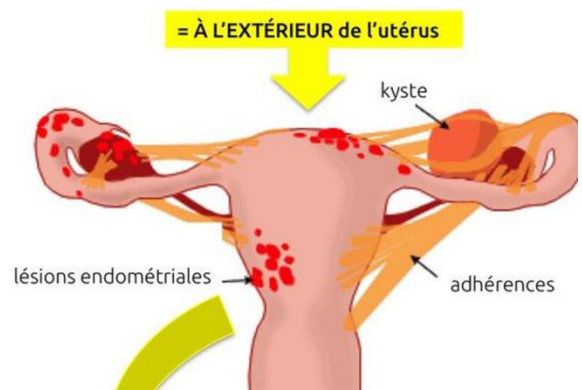
la physiopathologie de l'endométriose complexe

Son origine est controversée

Diverses hypothèses ont avancée 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

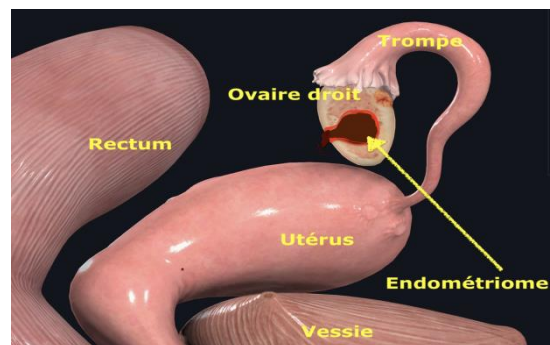
#### 4. Anatomopathologie

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 adhérences

**2. Des kystes ovariens** (endométriomes) de taille variabe 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.



#### 5. Diagnostic clinique

a. Motif de consultation: la 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.

dysurie. En période de règles, il devient douloureux d'aller uriner.

Autre motif de consultation :

- 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.

- 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

b. Examen clinique :

○ la symptomatologie clinique est variable selon la localisation de l'endométriose. Pauvre voir normal dans 90% des cas.

○ inspection :

lésions nodulaire bleuté au niveau des cicatrices.

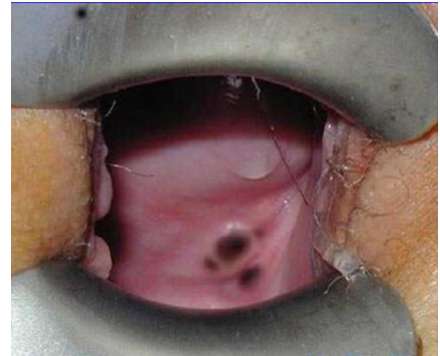
spéculum : petit nodule marron cervicale de cul de sac vaginale

Postérieure, la biopsie est indispensable pour confirmer le diagnostic.

○ touchers pelviens :

utérus bloqué par sa rétroversion exquisément douloureux  
épaississement de la croisons récto-vaginale, induration des utérosacrée.

Ovaire volumineux et douloureux (masse latéro-utérine très sensible)

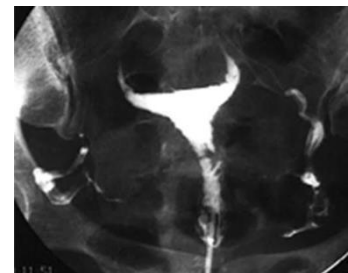


c. Examens paracliniques :

○ 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 intrakystiques.



○ Hystérosalpingographie : en cas d'infertilité, faite en-dehors d'une infection, des règles et de grossesse

- images d'obstruction tubaires : Aspect en tuba erecta des cornes utérines

- Trouble de la diffusion tubo-péritonéale.

- images polydiverculaires dites en « boules de gui » concernant les trompes interstiellles



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

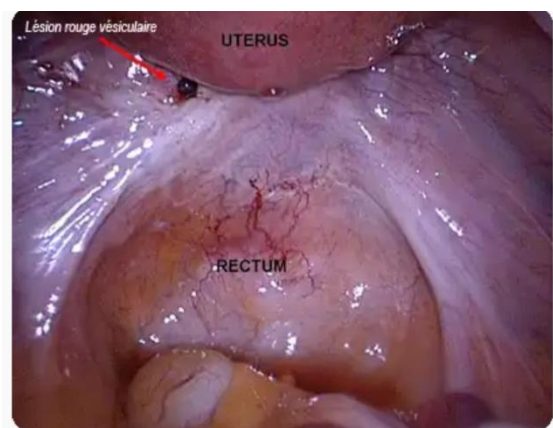
○ Coelioscopie :

- 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.



## 6. 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: La grossesse La ménopause;

### **Moyens:**

Médical

chirurgical

PMA

psychologique

#### **A. 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 6mois, ou 20jours par cycle

Dispositif intra-utérin hormonal (DIU) lévonorgestrel ,

diénogest( visanne cp 2mg): indiqué en 2eme intention

**Agoniste GnRh: trt de 2eme intention**, pendant 6 MOIS , provoque castration médicale réversible (Enanton et Décapeptyl)

#### **B. Chirurgical :**

- soit par coelioscopie ou laparotomie,

Kystectomie

adhésiolyse et traitement des implants péritonéaux et ovariens par électro coagulation

Hystérectomie avec ou sans conservation des annexes

- **Indication:**

Douleurs résistantes au traitement médical ou CI au traitement médical

kyste endométriosique compliqué «torsion, compression..»

Le plus conservateur possible «adhésiolyse, kystectomie»

#### **C. AUTRES MOYENS THERAPEUTIQUES:**

Fécondation in vitro (FIV):

Ponction échoguidée des endométriomes:

### III. Endométriose interne

#### 1. Définition

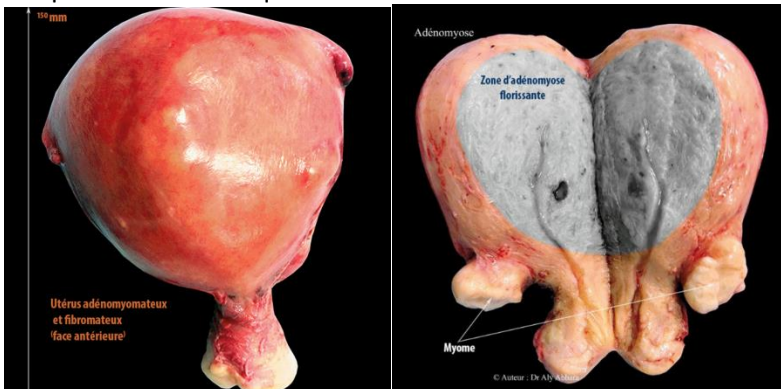
L'endométriose ou adénomyose est la présence de cellules endométriales au niveau du muscle utérin (myomètre) l'endomètre pénètre le myomètre par des diverticules qui s'enfoncent au delà de 2.5mm dans l'épaisseur du muscle.

#### 2. Epidémiologie

Maladie qui touche, en général, la femme âgée de la quarantaine, multipare. Secondaire à:

- Curetage
- Révision utérine
- Césarienne
- Résection

Fréquence : assez fréquente



#### 3. Diagnostic clinique:

- a. Motif de consultation : ménorragies, douleurs pelviennes, des dysménorrhées, des dyspareunies profondes, infertilité secondaire

b. 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

c. 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 limité)
- Hystérosalpingographie : diverticules des bords ; fond et cornes.
- Hystérocopie
- IRM:



#### 4. Complications

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'adényomose peut être responsable de PP, P accréta, HDD

## 5. Traitement

### A. 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

B. Chirurgical : hystérectomie avec ou sans conservation des ovaires (selon l'âge)

C. Hystéroscopique: endométréctomie

## IV. 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 indésirables possible