

## Endométriose

### Définition :

- ⊖ Présence de cellules endométriales fonctionnel en-dehors de la cavité utérine
- ⊖ Il y'a 2 types :
  - ❖ Endométriose interne : adénomyose, présence de cellules endométriales à l'intérieur du myomètre
  - ❖ Endométriose externe : présence de cellules endométriales en-dehors de l'utérus
- ⊖ 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.

### **Endométriose externe**

#### I. 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, trompes
- ⊖ Parfois:
  - ❖ Foyers intra-péritonéaux : vessie, rectum, sigmoïde
  - ❖ Foyers extra-péritonéaux : col, vagin, cloison recto-vaginale, vulvaires
  - ❖ A distance : sein, foie, rate, poumon...

#### II. Facteurs de risque :

- Âge : pic de fréquence entre 35-45 ans
- Facteur familial : plus fréquente dans une famille lorsqu'il existe un antécédent d'endométriose
- Antécédents chirurgicaux : 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

#### III. Pathogénie

##### A. Théorie métaplastique :

- L'épithélium de la cavité cœlomique se métaplasie en endomètre sous l'effluence de divers stimuli infectieux toxiques ou hormonal.
- explique son existence chez les femmes ayant une agénésie utérine.

## B. Théorie de la transplantation :

- Par reflux tubaire : c'est le reflux rétrograde de sang menstruel par voie tubaire qui se greffe dans le petit bassin ou à distance.
- explique La fréquence élevée chez les femmes ayant une malformation des voies génitale basse.

## C. Théorie métastatique :

- des cellules endométriales vont migrer par voie lymphatique ou vasculaire, Nerveuse ou un acte chirurgical gynécologique
- Ça explique les localisations à distance

## D. 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 à passer en arrière

## IV. Diagnostic clinique :

### 1. Motif de consultation : la douleur +++

- ✓ Douleur : Symptôme le plus fréquent et le plus invalidant
  - ♥ dysménorrhée
  - ♥ dyspareunie
  - ♥ douleurs pelviennes chroniques
  - ♥ défécation douloureuse
  - ♥ dysurie
- ✓ 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 fonctionnelle rythmée par les règles (cataméniales) doit évoquer l'endométriose.
- ✓ Autres :
  - Infertilité : si localisation tubaire (par obstruction) ou péritonéale
  - peut-être primaire ou secondaire

### 2. Examen clinique :

- ✓ . Pauvre voir normal dans 90% des cas.
- ✓ Inspection :
  - ♥ Lésions nodulaire bleuté au niveau des cicatrices.
  - ♥ spéculum : petit nodule marron cervicale de cul de sac vaginal  
Postérieure
- ✓ Touchers pelviens :

- ♥ utérus bloqué par sa rétroversion douloureux épaissement de la croisons recto-vaginale, induration des utérosacrée.
- ♥ Ovaire volumineux et douloureux (masse latéro-utérine sensible)

### 3. Examens paracliniques :

#### ✓ Echographie :

- ⇒ intéressante en cas d'endométriose ovarienne.
- ⇒ Les kystes endométriosiques sont le plus souvent :
  - Unilatéraux
  - Non-cloisonnés,
  - A paroi épaisse,
  - Contours réguliers,
  - Sans végétations intra-kystiques.

#### ✓ Hystérosalpingographie : en cas d'infertilité

- ♥ Images d'obstruction tubaires :
- ♥ Trouble de la diffusion tubo-péritonéale.

#### ✓ L'IRM : Elle met en évidence les endométriomes ovariens et les implants endométriosiques, envahissant les organes du voisinage

## V. Le traitement :

### a. Principe :

- ✓ Patiente asymptomatique = pas de traitement
- ✓ Créer un climat hypo-oestrogénique → atrophier les implants
- ✓ Soulager les douleurs (antalgiques) +++
- ✓ 2 événements vont conduire à la régression spontanée :
  - ▣ La grossesse
  - ▣ La ménopause ;

### b. Médical :

- ✓ **Pilule Oestro-progestative minidosée** :
- ✓ **AINS** : dysménorrhée et Douleur pelvienne chronique +++
- ✓ **Progestatifs** :
  - ▣ macroprogestatif en continu pendant 6 mois, ou 20jr/cycle
  - ▣ Dispositif intra-utérin hormonal (**DIU**) lévonorgestrel,
  - ▣ **Diénogest( visanne cp 2mg)**
- ✓ **Agoniste gnrh: trt de 2eme intention, pendant 6 MOIS,**

### c. Chirurgical :

- ✓ Soit par coelioscopie ou laparotomie :Kystectomie, Adésiolysse, Hystérectomie avec ou sans conservation des annexes

### d. Autres moyens thérapeutiques :

- ♥ Fécondation in vitro (FIV).
- ♥ Ponction échoguidée des endométriomes.

**Endométriose interne****I. Définition :**

- ✓ L'endométriose interne ou adénomyose est la présence de cellules endométriales au niveau du muscle utérin (myomètre)

**II. Diagnostic clinique :**

- ✓ Motif de consultation : ménorragies, douleurs pelviennes, dysménorrhées, dyspareunies profondes, infertilité secondaire
- ✓ Examen clinique :
  - ▣ Palpation : normale, douleur provoquée
  - ▣ Examen au spéculum : normal
  - ▣ TV : gros utérus (qui peut prêter à confusion avec un fibrome utérin)

**III. Examens paracliniques :**

- ✓ Echographie (endovaginale) :
- ✓ Hystérosalpingographie :
- ✓ Hystérocopie
- ✓ IRM:

**IV. Complications :**

- ✓ 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'adénomyose peut être responsable de PP, P accréta, HDD(hémorragie de la délivrance)

**V. Traitement :****A. Médical :**

- ▣ Progestatifs: 4-6 mois par cure, pour bloquer l'axe hypothalamo--hypophyso-ovarien, jusqu'à la ménopause
- ▣ DIU au pro
- ▣ Analogues de la LH-RH

**B. Chirurgical :**

- ▣ hystérectomie avec ou sans conservation des ovaires (selon l'âge)

**C. Hystérocopie:**

- ▣ endométrectomie