

L'endométriose

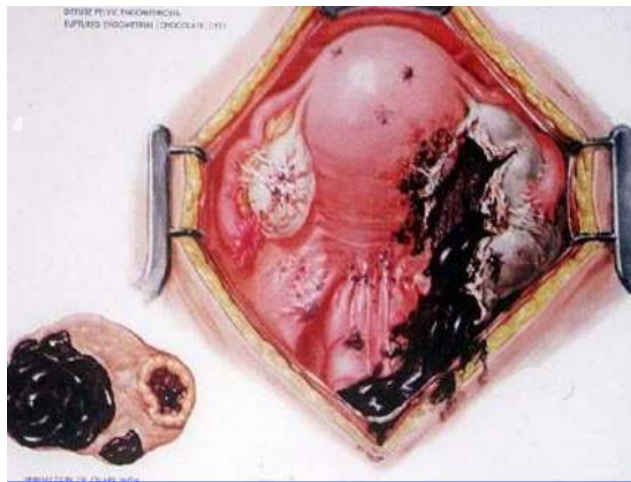
Plan

- Définition
- épidémiologie
- Physiopathologie
- topographie
- Diagnostic clinique et investigations paracliniques
- Thérapeutique
- Evolution
- conclusion

Définition

Présence au delà de la cavité utérine d'un tissu endométrial fonctionnel(glandes et stroma)

CNGOF2006



Epidémiologie

Touche 2% de la population générale et 10% des femmes de 30-40 ans.

Terrain : femme de 20-30 ans

- race blanche
- niveau socio-économique élevé
- Atcd gynéco-obstétricaux (curetage, hystérectomie, césarienne, épisiotomie...)
- Facteurs héréditaires mais pas de lien HLA retrouvé.
- Pathologie hormono-dépendante

PHYSIOPATHOLOGIE

Différentes théories en fonction des localisations

1- THEORIE METAPLASIQUE :

Les canaux mullériens et le péritoine pelvien dérivants du même épithélium, le péritoine pourrait contenir:

>des cellules indifférenciées capables de se transformer en cellules endométriales

>des cellules différenciées ayant conservées des capacités de dédifférenciation (qqles cas chez l'homme expliquaient par cette théorie)

2- THEORIE D'INDUCTION :

L'endomètre libèrerait des substances jouant un rôle dans la différenciation des cellules immatures du mésenchyme permettant leur transformation en cellules endométriales fonctionnelles

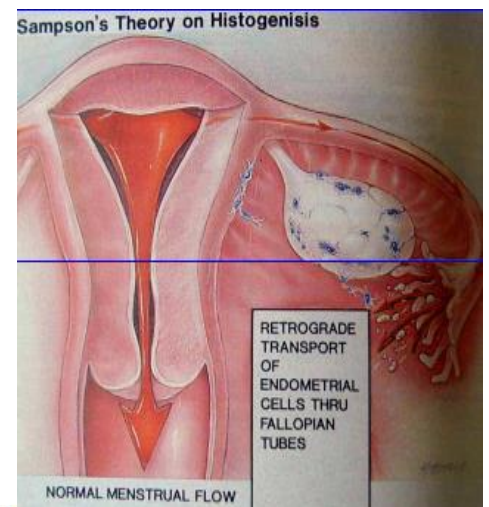
3- THEORIE METASTATIQUE :

Dissémination des cellules par voie vasculaire, lymphatique et nerveuse.

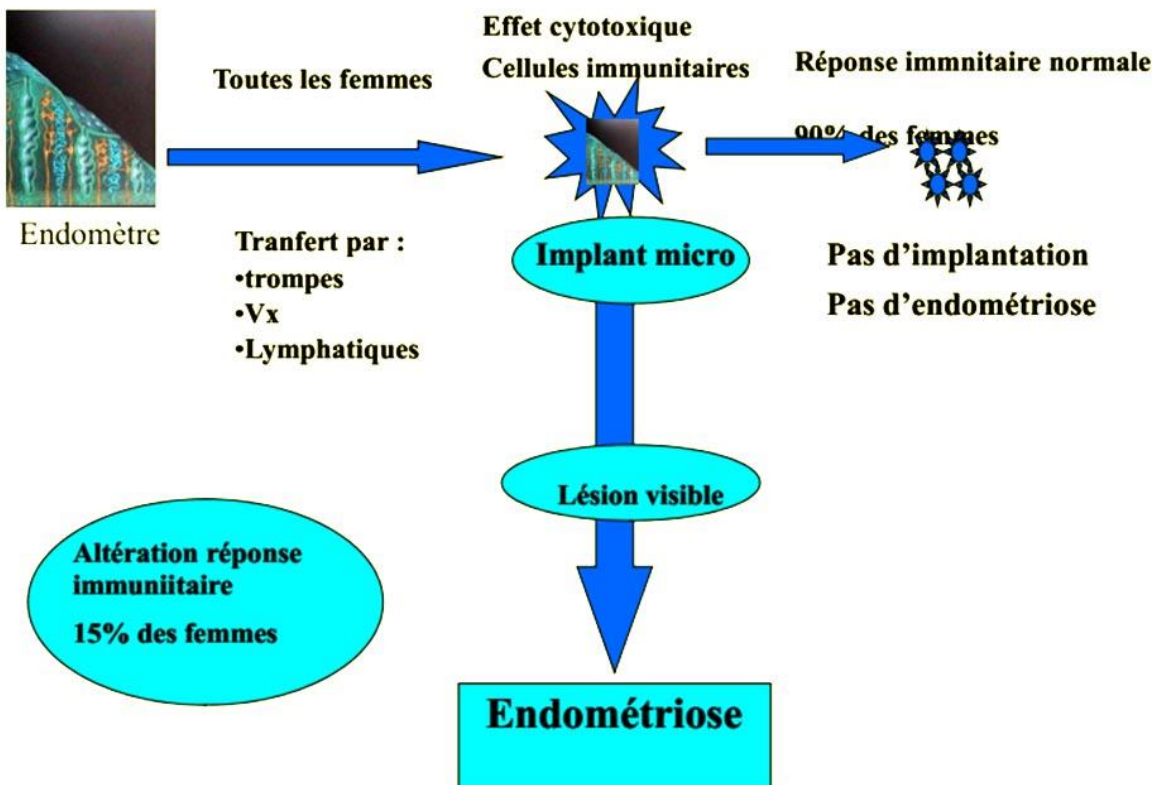
4- THEORIE D'IMPLANTATION :

Phénomène de reflux de tissu endométrial par les trompes deFallope durant la menstruation.

Implantation grâce à la présence de molécules d'adhésion (intégrines) sur les cellules endométriales ectopiques, et perte d'expression des cadhérines dans le liquide péritonéal à l'origine de l'absence de destruction du tissu regurgité



Endométriose: maladie auto immune ?



TOPOGRAPHIE

Peut toucher tous le pelvis et même dépasser l'étage pelvien.

Influence de la position de l'utérus, de l'âge et de la parité.

> foyers péritonéaux

- ligaments utéro-sacrés
- cul de sac de Douglas
- cul de sac vésico-utérin
- fossettes ovariennes
- cloison recto-vaginale

> foyers ovariens

> foyers tubaires

• Autres localisations:

- Col,vagin
- Vulve et périnée
- Digestive :
 - rectosigmoïde
 - Appendice
- Omphalique

DIAGNOSTIC

1- CLINIQUE :

- polymorphisme des localisations -> polymorphisme clinique.
- Absence de signes spécifiques.
- 15 à 30% des patientes asymptomatiques.
- *Variations hormonodépendantes:*
 - Oestrogéno-dépendance
 - Rémission pendant la grossesse et ménopause
 - Réactivation par le THS

a)Symptômes évocateurs:

- Douleur pelvienne rythmée et s'aggravant pendant les règles
- Dysménorrhées secondaires tardives, s'aggravant avec le temps (2^e-3^e jour du cycle)
- Dyspareunies profondes, augmentées en 2^e partie du cycle (atteintes des utéro-sacrés et du Douglas)
- endométriose rénale : hématurie cyclique

- endométriose rectale : réctorragies cyclique
- endométriose pulmonaire : hémoptysie cyclique
- endométriose cicatricielle :

- Infertilité : 20 à 50% des femmes consultant pour infertilité ont des lésions d'endométriose et 57% des patientes diagnostiquées sont stériles

- *Causes mécaniques: adhérences tubo-ovariennes, obstruction tubaire, endometriome ovarien*
- *Causes physiologiques: sécrétion par les cellules endométriosiques de PG modifiant la maturation folliculaire et la motricité tubaire, LUF-Sd (Sd de follicule non rompu)*

b)Examen :

- Normal dans la majorité des cas
- Spéculum: possibilité de nodules rouge sombre (lésions actives), bleu nuit (lésions anciennes) ou blanchâtres (cicatrice scléreuse) cervicaux ou au niveau des culs de sac
- TV: retrouve parfois un utérus rétroversé fixée évocateur douloureux à la mobilisation, une induration douloureuse des utérosacrés ou de la cloison recto-vaginale, un gros kyste ovarien
- +/- reproduction de la dyspareunie

2- PARACLINIQUE :

a)Echographie pelvienne et endovaginale

b)Hystérosalpingographie Demandée dans le cadre du bilan d'infertilité

c)Coelioscopie

D)IRM

NB:CA 125 peut être élevé

Thérapeutique

« La vie des ovaires conditionnent l'endométriose »
Brocq

Traitement médical

- Oestroprogestatifs
- Progestatifs seuls
- AINS
- Danazol
- Stérilet au lévonorgestrel
- Analogues de la GN-RH



Traitement chirurgical de l'endométriose externe intrapéritoneale

- Conservateur:

coelioscopie/coagulation bipolaire ou laser co2

-enlever les noyaux endométriosiques

-rétablir les conditions anatomiques les plus proches de la nml

-trt médical après

- Radical:

- hystérectomie totale avec castration

- résection sigmoïdienne

EVOLUTION

- Maladie chronique qui va durer tout au long de la période de sécrétion oestrogénique.
- Récidives fréquentes
- Guérison possible surtout si grossesse ou traitement médico-chirurgical.
- Suivi : clinique, échographique +/- CA 125 +/- coelioscopie de contrôle
- Dans le cadre de l'infertilité : aucun traitement administré seul n'a à ce jour prouvé son efficacité pour améliorer la fertilité de plus l'effet anti-conceptionnel des traitements retardent les possibilités de fécondation

CONCLUSION

- 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 des désirs de la patiente
- Traitement des symptômes avec le minimum d'effets indésirables possibles