

ENDOMETRIOSE

I- Introduction :

L'endométriose se définit comme une dystrophie caractérisée par la présence en position hétérotopique de tissus possédant les caractères histologiques et fonctionnels de l'endomètre.

On distingue classiquement:

- L'endométriose interne : plages et glandes endométriales dans le myomètre.
- L'endométriose externe : touche les différents organes du petit bassin.

II- Etiopathogénie : plusieurs théories :

a-La théorie du transfert ou métastatique =par voie hématogène ou lymphatique, de cellules endométriales, expliquant certaines localisations rares de l'endométriose, pleuro pulmonaires ou du système nerveux central.

b-La théorie métaplasique :Sous certains facteurs hormonaux et/ ou traumatiques.

Cellules mésothéliales coelomiques

c- Dissémination iatrogène:

On rencontre des lésions endométriosiques sur les cicatrices de gestes chirurgicaux telles que les cicatrices de césarienne ou d'épisiotomie, cicatrices qui seraient contaminées par les cellules endométriales lors de l'accouchement et de la délivrance.

d-Théorie embryonnaire:

Les lésions endométriosiques prendraient naissance à partir de résidus müllériens.

e-Théorie du reflux menstruel:

La greffe endométriosique serait la conséquence du reflux de fragments de muqueuse endométriale au cours des règles.

Cette hypothèse expliquant la fréquence de la localisation des lésions sur le péritoine pelvien avec des sites préférentiels dans les zones déclives (ligaments utéro sacrés et cul-de-sac de Douglas).

III- Fréquence et âge :

Touche les Femme en période d'activité génitale, multipare, surtout entre 25-29 ans, les formes extra-péritonéales se voient un peu plus tard.

Avant 20 ans, cela est souvent secondaire à des anomalies obstructives de l'utérus ou vagin.

Régression après la ménopause.

IV- Symptomatologie clinique :

Variable, propre à chaque localisation. Sa caractéristique typique tiens à sa périodicité.

Le symptôme le plus important est **la douleur**.

-Les 6 «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 : est **anatomo-pathologique**.

- Macroscopie :

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 écoulement d'un liquide **noir chocolat**, fait de sang non coagulé.

Dans le cas d'endométriose ancienne : adhérences entre les organes provoquant des sténoses intestinales ou urétérales, évoquant cliniquement un processus tumoral.

- Microscopie :

-L'endométriose typique : est faite de Tubes glandulaires et de stroma cytogène.

Si la lésion est florissante, elle présente toutes les variations cycliques de l'endomètre.

« endomètre en miniature ».

Dans certains cas, les modifications sont discrètes

-L'endométriose incomplète : de diagnostic plus difficile ;surtout au niveau du bassin, des formations canaliculaires ou glandulaires, évoquant un endomètre mais sans ou avec un chorion cytogène très réduit.

-L'endométriose remaniée : présence de plages étendues de sclérose hyaline, au sein desquelles persistent parfois des nappes de macrophages chargés d'hémosidérine.

Le diagnostic est souvent 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:

A- Des formes génitales :

- Utérine : siège dans le myomètre.
- Tubaire : rare, donne beaucoup d'adhérence et simule une salpingite.
- Ovarienne : très fréquente, se présente sous forme de kyste remplis de sang vieux, couleur chocolat.
- Ces kystes sont appelés « kystes goudron
- Cervico- vaginale : assez rare.

B- Des formes extra génitales :

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

VII- Examens para cliniques :

A- Echographie : toujours en 1ere intention, permet de différencier les kystes ovariens fonctionnels, dermoïdes, fibrome ou même grossesse extra utérine.

B- IRM : 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.
également utile aux suivi thérapeutique.

VIII- Adénomyose :

A- Définition:

Se définit par la présence de larges nappes d'endomètre en situation ectopique dans le myomètre constitue l'élément autour duquel apparaît une hyperplasie des muscles lisses.

B. Clinique :

Douleurs pelviennes, des méno et métrorragies, faisant souvent évoquer le diagnostic de fibrome.

Apparaît entre 40 et 50 ans, plus tard que l'endométriose classique et associée à un léiomyome typique.

C- Anapath :

Macroscopie: utérus globuleux, parfois nodule.

A la coupe : zone blanc rosée qui tranche sur des plages rougeâtres déprimées et kystiques représentant le foyer endométriale.

Microscopie : larges nappes d'endomètre en position ectopique dans le myomètre, au sein duquel apparaît une hyperplasie des muscles lisses.

IX- Evolution :

Sans traitement : exacerbation de la douleur et destruction tissulaire de l'environnement lésionnel.

Dans tous les cas, le traitement ne procure parfois qu'une rémission +/- longue.

La symptomatologie régresse spontanément au moment de la ménopause.

