

Faculté de médecine ANNABA
EHS EL BOUNI
Service de Gynécologie Obstétrique
Cours 5ème année médecine

ENDOMÉTRIOSE

DR.GUEDAOURA.A
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019/2020

PLAN

- Objectifs
- Définition
- Intérêt de la question
- Facteurs de risque
- Physiopathologie
- Anatomie pathologique
- Topographie des lésions
- Diagnostic positif
- Classification
- Complications
- Traitement
- Evolution
- Conclusion

OBJECTIFS

- expliquer à la patiente ce qu'est une endométriose, ses conséquences et les principes thérapeutiques.
- Diagnostiquer une endométriose externe et proposer des traitements appropriés
- Diagnostiquer une adénomyose et mettre en route les thérapeutiques les plus appropriées



DÉFINITION

- Présence en situation **ectopique** d'un tissu ayant les mêmes caractéristiques **morphologiques** et **fonctionnelles** que l'endomètre (épithélium glandulaire cylindrique et stroma).



INTÉRÊT DE LA QUESTION

- pathologie chronique complexe (femme AG+), **hormono - dépendante (œstrogènes+++++)**
- **diagnostic difficile avec un retard de 6 à 10 ans**
- **symptômes très variés selon les localisations des implants parfois totalement absents ;
présence de lésions histologiques n'est pas synonyme de maladie clinique**
- **2ème cause d'infertilité féminine**
- Pathologie bénigne mais invalidante+++; impacte la qualité de vie+++++
- Cancérisation exceptionnelle.
- prise en charge délicate ++

FACTEURS DE RISQUE

- Race blanche
- concerne 10 à 15 % des femmes en âge de procréer
- Age : 20- 30 ans endométriose externe, 40-55 ans adénomyose
- antécédents familiaux d'endométriose
- ATCD gynéco-obstétricaux : multiparité, nulliparité, curetage , césarienne, épisiotomie, hystérectomie...
- toute condition qui empêche le passage normal du flux menstruel
- consommation de caféine



PHYSIOPATHOLOGIE

- 
- la physiopathologie de l'endométriose est complexe
 - Son origine est controversée
 - diverses hypothèses ont été avancées pour essayer de comprendre le développement de l'endométriose mais aucune théorie n'explique à elle seule tous ses types et ses localisations

- **Théorie Métaplasique** : transformation des cellules mésothéliales en cellules endométriale
- **Théorie d'implantation**: phénomène de reflux du tissu endométrial par les trompes
- **Théorie d'induction**: substances libérées par l'endomètre → différenciation des cellules mésenchymateuses
- **Théorie métastatique**: voie vasculaire, lymphatique, nerveuse ou un acte chirurgical gynécologique



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

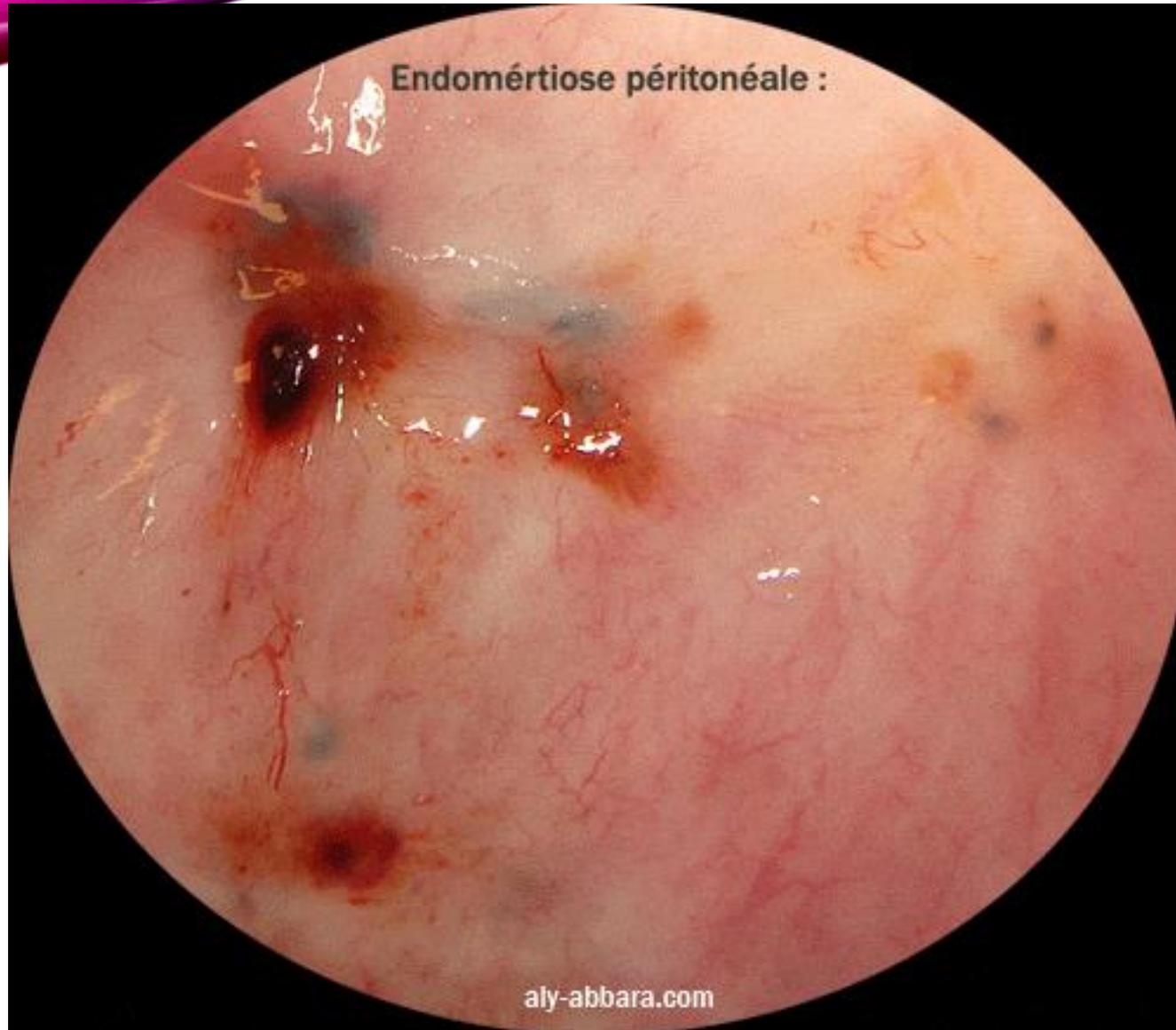
- aspect macroscopique:

- Implant correspondant à des lésions planes, nodulaires, ou kystique
- D'aspect polymorphe: coloration brunâtre ou bleu nuit, rouge sombre, ou aspect cicatriciel blanchâtre
- taille variable de quelques mm à 20 cm (kyste)
- Le kyste endométriosique contient un liquide d'aspect goudron ou chocolat
- les implants s'accompagnent parfois d'une réaction inflammatoire du péritoine ou de fibrose → adhérence

- aspect microscopique:

Epithélium glandulaire cylindrique et un stroma dense similaire à l'endomètre eutopique

Endométriose péritonéale :



aly-abbara.com



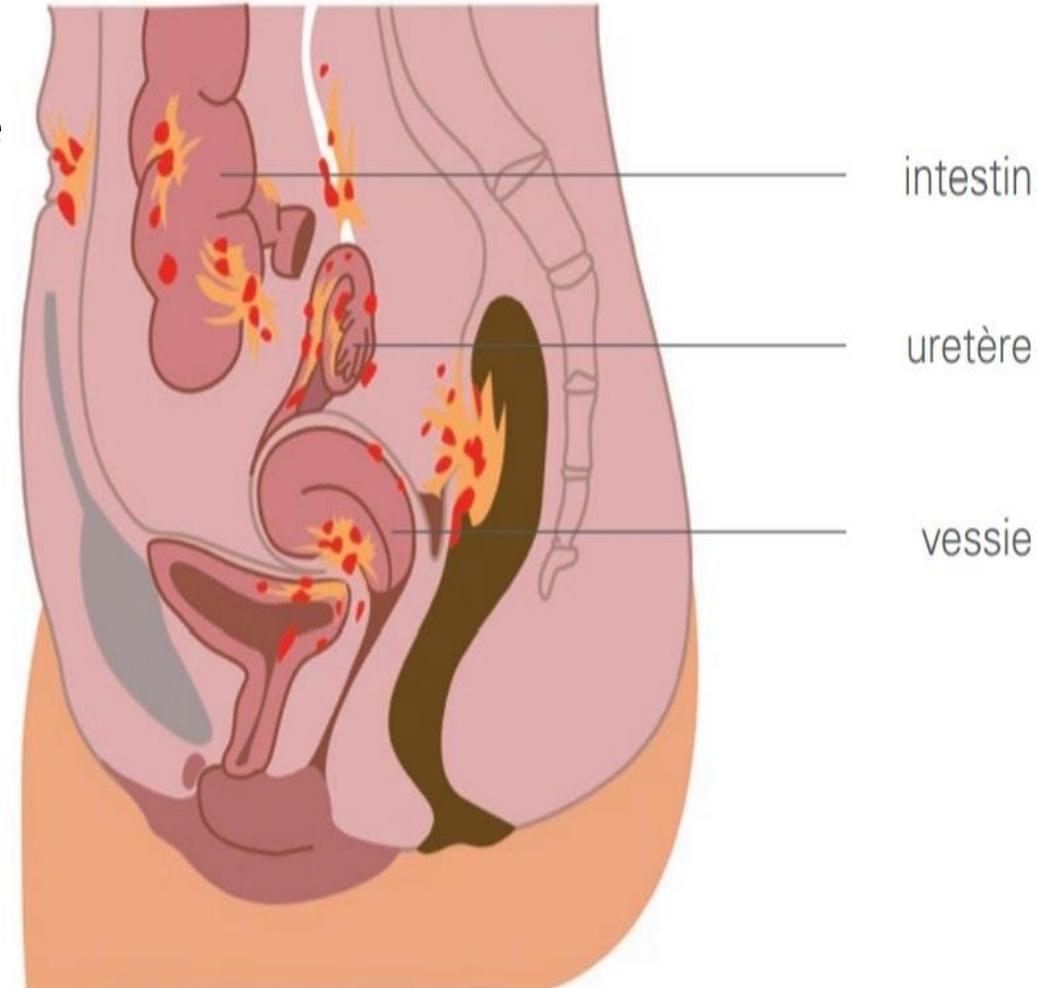
**endométriome et son liquide
caractéristique**



TOPOGRAPHIE DES LÉSIONS

ENDOMÉTRIOSE EXTRA-GÉNITALE

- **Digestive**: rectosigmoïdienne+++ , iléale, appendiculaire
- **Urinaire**: vésicale le plus souvent, uretères..
- **cutanée**: sur cicatrice de laparotomie ,ombilic
- **Pleuropulmonaire** (rare)

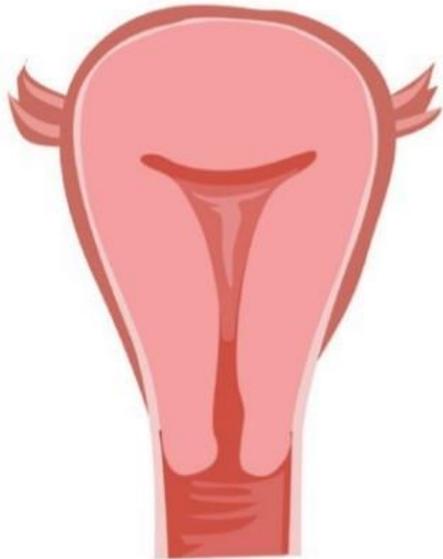




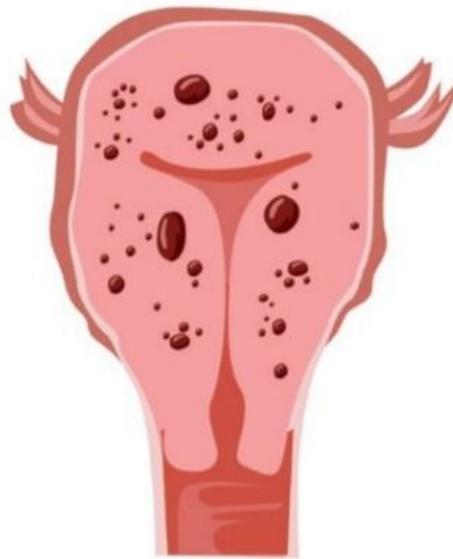


ENDOMÉTRIOSE GÉNITALE

- **Interne « Adénomyose »** : présence d'îlot d'endomètre ectopique au sein du myomètre: l'endomètre pénètre le myomètre par des diverticules qui s'enfoncent au delà de 2.5mm dans l'épaisseur du muscle.



Utérus normal



L'adénomyose se caractérise par la présence anormale de tissu endométrial au sein de la paroi du muscle de l'utérus.



- **Endométriose Externe** : développement d'un tissu endométrial en dehors de l'utérus

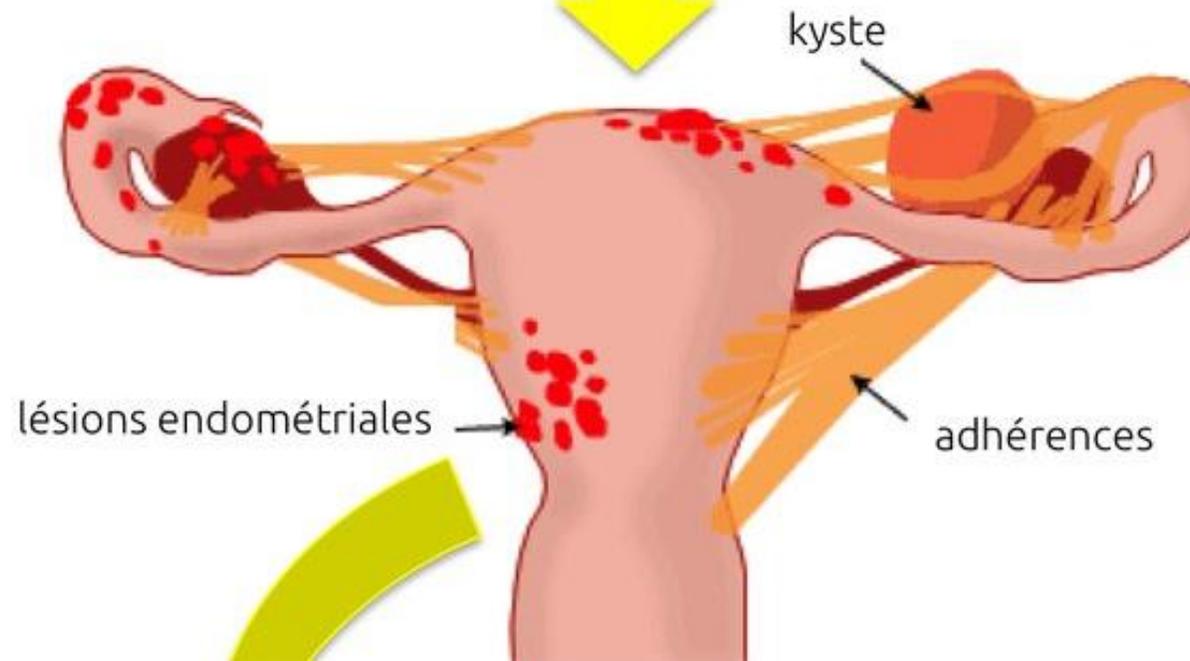
***Pelvienne**:

- **Péritoniale** : Ligament.Large, CDS douglas, CDS vésico-utérin, cloison recto-vaginale
- **Ovarienn**e: kyste à contenu hématique (endométriome)
- **Tubaire**: lésions internes → adhérence proximale et distale

***Extra-pelvienne**: Cervicale, vaginale, vulvaire,périnéale

ENDOMETRIOSE €

= À L'EXTÉRIEUR de l'utérus





DIAGNOSTIC POSITIF

- Les symptômes sont liés à la localisation de la maladie, d'où le polymorphisme clinique.

- Ils peuvent être chroniques, périodiques ou totalement absents

- Le diagnostic repose sur un trépied:

- bon interrogatoire
 - examen clinique minutieux
 - bon bilan radiologique ++
- } Suspecter l'endométriose

A. LES SYMPTÔMES ÉVOCATEURS

1) Douleur : 50% des patientes (symptôme non spécifique++)

- **Rythmée** s'aggravant pendant les règles,
- **Dysménorrhées secondaires tardives (J2-J3),**
- **Dyspareunies profondes,**
- **Dysurie**
- **Douleur à la défécation (dyschésie).**

2) Hémorragie:

- **Méno-métrorragies** : s'aggravant avec le temps et rebelle aux traitements classiques (adénomyose +++++)
- saignement provoqué par un rapport sexuel si localisation cervicale
- Rectorragie si localisation digestive

3) Infertilité: 20 à 50 % des consultantes pour infertilité ont une endométriose

4) Autres signes:

- **Urinaire:** hématurie cyclique
- **digestif:** rectorragie menstruelle cyclique, constipation progressive
- **pulmonaire:** dyspnée cyclique

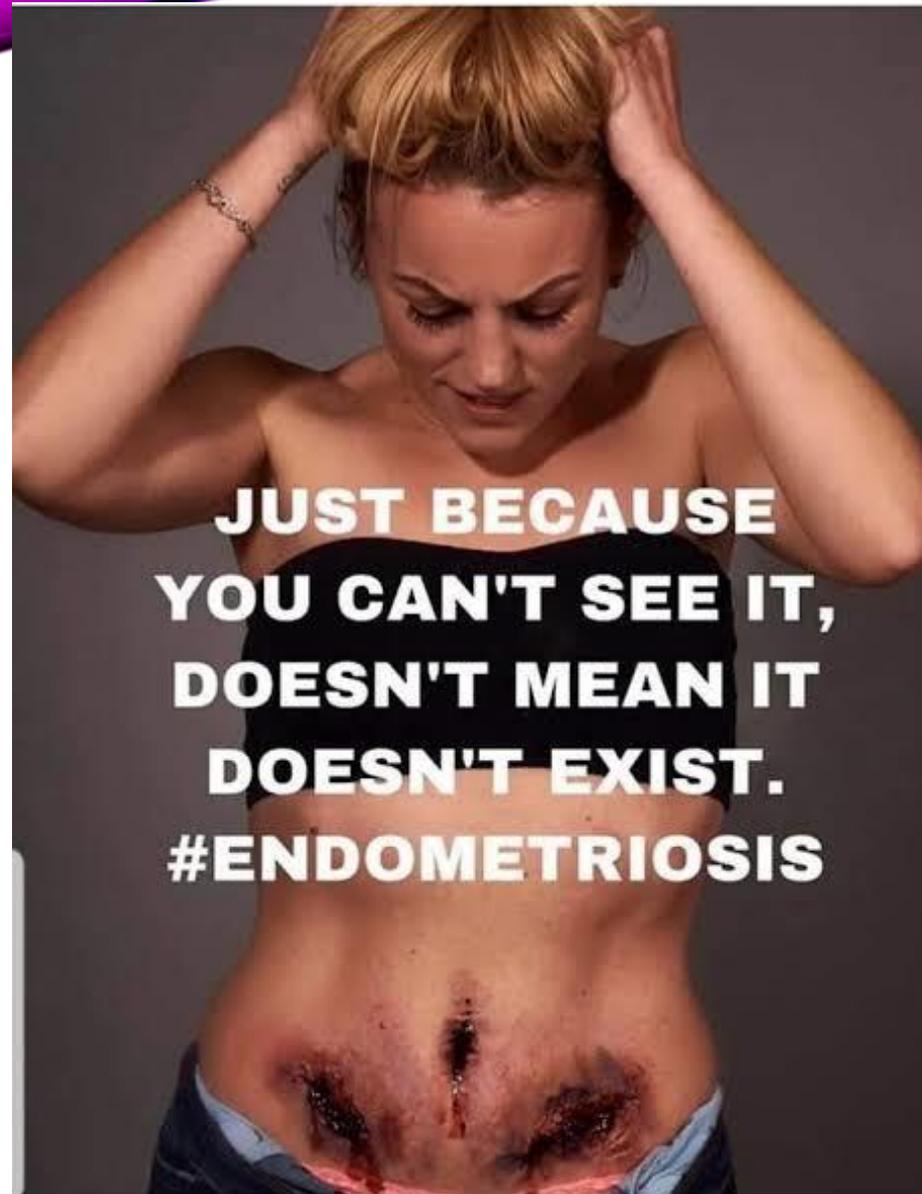
5) Complications obstétricales:

L'adénomyose peut être responsable de PP, P accréta, HDD

Tout symptôme clinique à recrudescence cataméniale doit faire évoquer l'endométriose +++

B. EXAMEN CLINIQUE

- examen clinique normal dans la majorité des cas
- l'utérus peut être augmenté de volume si adénomyose
- l'inspection : rechercher un nodule au niveau vulvaire ou sur cicatrice d'épisiotomie
- au spéculum: nodule d'aspect variable au niveau cervical ou vaginal
- TV: retrouve parfois un utérus rétroversé fixée évocateur, et douloureux à la mobilisation
- TR: induration douloureuse de la cloison recto-vaginale, ou ligaments utéro-sacrés, gros kyste ovarien...



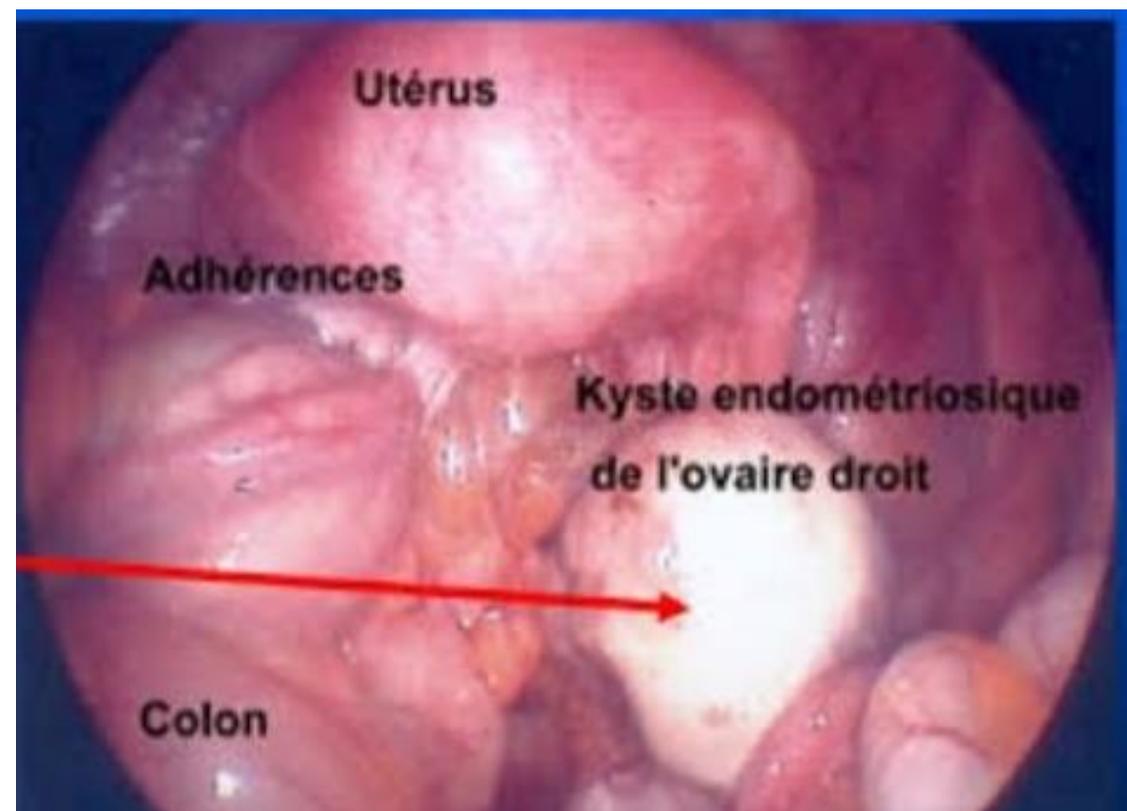
Andrea said that just because it's not visible doesn't mean it's not real (Credit: Emma Wilson Photography)

C . PARACLINIQUE

- **Echographie Pelvienne et Endovaginale:** examen de première intention
 - Adénomyose : lésion lacunaire intra-myométriale
 - Kyste Ovarien
- **Echographie et endoscopie rectale** si localisation digestive
- **Hystérosalpingographie:** infertilité ++++ « obstruction tubaire »
- **Coelioscopie:** (diagnostic de certitude et classification) diagnostic, pronostic, thérapeutique
- **IRM** : adénomyose, kyste endométriosique, endométriose profonde



« Adénomyose »







Endométriose tubaire

Signes indirects.

Aspect en tuba erecta des cornes utérines.



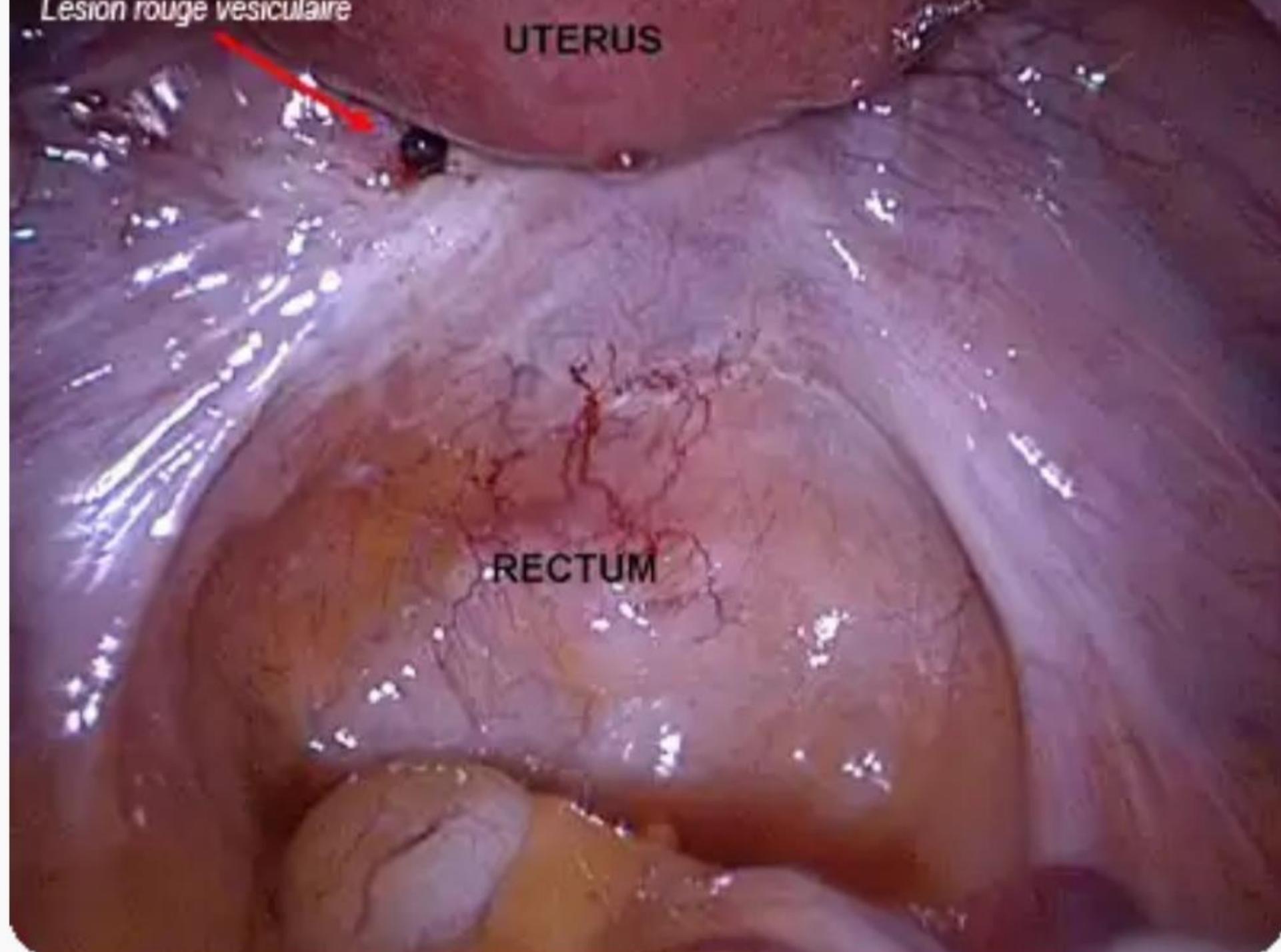
Endométriose tubaire

Images polydiverticulaires dites en "boules de gui"
concernant les trompes interstitielles

Lesion rouge vésiculaire

UTERUS

RECTUM





**endométrrome et son liquide
caractéristique**



CLASSIFICATION



Classification AFS

Stade **1** : endométriose **minime**

Stade **2** : endométriose **modérée**

Stade **3** : endométriose **moyenne**

Stade **4** : endométriose **sévère**



COMPLICATIONS

- 
- **Infertilité +++++**: facteur mécanique en modifiant les rapports anatomiques entre l'ovaire et le pavillon ou facteur physiologique (sécrétion de PG par le tissu ectopique)
 - **Syndrome abdominal aigu:**
 - **kystes endométriosques**: rupture, torsion
 - OIA
 - appendicite
 - **Dégénérescence des lésions endométriosiques: exceptionnelle**



TRAITEMENT



- **Principe :**

- patiente asymptomatique = pas de traitement
- Créer un climat hypo-oestrogénique → atrophier les implants → sclérose cicatricielle
- soulager les douleurs (antalgiques) ++++++

- **Moyens:**

- ✓ Médical
- ✓ chirurgical
- ✓ PMA
- ✓ psychologique

Médical:

- **Pilule Oestro-progestative minidosée** : 1ère intention
 - Si endométriose minime à expression uniquement menstruelle
- **AINS** :
 - dysménorrhée et Douleur pelvienne chronique +++
- **ou Progestatifs : 1ère intention**
 - Dydrogesterone (**Duphaston 10mg**) 1cp 3 X jr de j5-j25
 - Lynestrénol (**orgamétil**) , 1 à 2 cp/j en continu pendant 6mois
 - Dispositif intra-utérin hormonal (**DIU**) lévonorgestrel ,
 - diénogest (visanne cp2mg): indiqué en 2eme intention**
- **Ou Agoniste GnRh** : trt de 2eme intention , pendant 6 MOIS , provoque castration médicale réversible

Chirurgical :

- **Indication:**

- Douleurs résistantes au traitement médical ou CI au traitement médical
- kyste endométriosique compliqué « torsion, compression.. »
- Le plus conservateur possible « adhésiolyse, kystectomie »
- Adénomyose: * endomyométréctomie à l'hystéroscopie opératoire
*hystérectomie



Endométriose et infertilité

Fonction du stade de la maladie, de l'âge de la patiente et d'autres facteurs,

le plus souvent patiente adressée en PMA

EVOLUTION

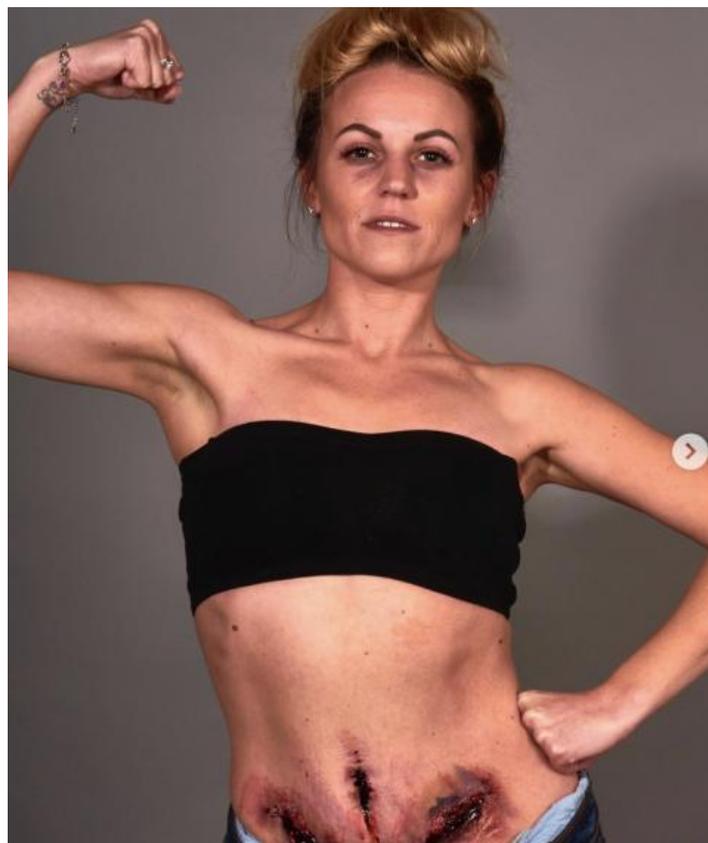
- maladie chronique qui va durer tout au long de la présence de sécrétion oestrogénique
- récurrences fréquentes
- l'aggravation des lésions, la chronicité et ou l'intensité des douleurs entraînent un retentissement psychologique et altération de la personnalité
- guérison spontanée possible si grossesse
- involution des implants après la ménopause en dehors d'un traitement hormonal substitutif ou sécrétion hormonale pathologique



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 (sophrologie, yoga, acupuncture..)**
- **Traitement personnalisé en fonction du stade de la maladie et le désir de grossesse**
- traiter les symptômes avec minimum d'effet indésirables possible

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



BIBLIOGRAPHIE

- J.LANSAC, P.LECOMTE, H.MARRET, Gynécologie pour le praticien 8^{ème} édition, mise à jour 2014
- J.-L. Brun, Z.A. Botolahy, M. Benjoar, M. Marty, M. Bazot. Adénomyose : diagnostic. EMC - Gynécologie 2014;9(3):1-9 [Article 150-A-20]
- A. Fauconnier, C. Huchon, X. Fritel, M.-C. Lafay-Pillet, C. Chapron, P. Panel. Aspects cliniques de l'endométriose. EMC - Gynécologie 2014;10(3):1-13 [Article 149-A-10]
- J.-L. Brun, S. Fenomanana, L. Pelage, H. Fernandez. Adénomyose : traitement. EMC - Gynécologie 2015;10(2):1-9 [Article 150-A-50]
- I. Thomassin-Naggara, B. Fedida, M.K. Ballester, M. Bazot, E. Daraï. Imagerie de l'endométriose pelvienne. EMC - Gynécologie 2016;12(2):1-10 [Article 149-A-30]
- A. Dumont, P. Collinet, B. Merlot, A. Abergel, C. Rubod, G. Robin. Physiopathologie de l'endométriose. EMC - Gynécologie 2017;13(2):1-12 [Article 149-A-05]
- Endométriose; reconnaître et prendre en charge une endométriose. Guide pour le Praticien Algérien