

## ***ENDOMETRIOSE***

Pathologie fréquente de la femme jeune en âge de procréer, ayant comme principale complication La stérilité.

-On distingue

- ✓ Endométriose externe : localisation ectopique de la muqueuse utérine en dehors de la cavité utérine.
- ✓ Adénomyose : invasion De la muqueuse utérine dans le myomètre.
- ✓ Endométriome : lésion endométriosique volumineuse souvent ovarienne.

### **Endométriose externe**

C'est la localisation ectopique de la muqueuse utérine en dehors de l'utérus qui se fait préférentiellement au niveau d'ovaires et du péritoine pelvienne tout particulièrement au niveau de ligament utéro-sucrés et la face postérieure de ligament large.

Peut s'effectuer en n'importe quel point de l'organisme.

#### **I- Pathogénie :**

La pathogénie de cette affection n'est pas encor complètement élucidée Il existe plusieurs théories.

- ✓ **Théorie métaplastique** : l'épithélium de la cavité cœlomique 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.

## **II- Etiologie :**

L'âge : pic de fréquence entre 35-45 ans plus fréquente chez la race blanche.

### ✓ **Facteurs locaux :**

\*mal formation \_vulvo-vaginale et cervicale favorisent le reflux tubaire.

\*sténose cervicale iatrogène (électrocoagulation, chirurgie)

\*exposition in utero au DES.

\*l'environnement hormonal et la richesse vasculaire du péritoine le rend un site propice au greffe endométriosique.

### ✓ **Facteurs menstruels :**

- Augmente le risque d'endométrioses : -une ménarche avant 11 ans.

-Cycle court.

- poly ménorrhée. -dysménorrhée

-la contraception\_ par DIU augmente le reflux menstruel.

✓ **Facteurs immunologiques :** la participation immunitaire Semble possible en effet il existe une altération de l'immunité cellulaire et humorale.

## **III- Anapath :**

### **A- Aspect macroscopique :**

-lésions d'aspect hémorragique Plane nodulaire ou kystique.

-polymorphe de par leur couleur (rouge sombre, bleu nuit) et leur taille (tête d'épingle , gros kyste)

S'accompagne d'une fibrose péri lésionnelle et de nombreuse adhérence.

-la rupture de kyste fait sourde un Liquide en chocolat.

## ***B- Aspect microscopique :***

Aspect similaire à l'endomètre eutopique (chorion cytogène et glande épithéliales).

## ***C- Localisation :***

### **✓ Localisation génitale :**

#### **-intrapéritonéale**

-ovaires : c'est la localisation la plus fréquente Peut revêtir plusieurs aspects.

Granulation brunâtre, bleu nuit ou rouge sombre de 0,5 à 2 mm.  
Lésion kystique de taille variable contenant un liquide hématique (chocolat)

- péritoine : granulation brunâtre reposant sur une base indurée avec rétraction et adhérence péri lésionnel siégeant souvent au niveau de la face postérieure de l'isthme, ligament utérosacré, cul de sac de douglas.

-trompes : les localisations séreuses sont identiques à celle de péritoine.

#### **-extra péritonéale**

- col utérin : localisation rare habituellement secondaire a des traumatismes cervicaux. Se présente sous l'aspect de tache bleu ou rouge.

- vagin : rarement touché, les lésions superficielles sont visibles en période menstruelle sous forme de bulle hémorragique sous épithéliales

-vulve et périnée : se développe le plus souvent en regard d'une cicatrice.

### **✓ Localisation extra génitale :**

- Localisation digestive : sigmoïdienne ou rectale

- Localisation urinaire : vésicale ou urétérale rarement rénale.

- Autre localisation : exceptionnel inguinale ombilicale ou pulmonaire.

#### ***D- Aspect fonctionnel des lésions :***

L'endomètre ectopique est hormono-dépendant comme en témoigne la rythmicité de la symptomatologie en fonction du cycle.

#### ***IV- Clinique :***

Tableau très polymorphe sans corrélation anatomo-clinique.

#### ***Symptomatologie :***

-douleur : signe le plus constant sous forme de dysménorrhée, douleur pelvienne, dyspareunie profonde.

Peut exister une défécation douloureuse, dysurie, lombalgie rythmée par les règles

-trouble menstruels : soit ménorragie soit métrorragie prémenstruelle ou saignement de contact lors des localisations Cervicale.

- stérilité : motif de consultation le plus fréquent.

#### ***-Examen clinique :***

Pauvre voir normal dans 90% des cas.

\*inspection : -lésions nodulaire bleuté au niveau des cicatrices d'épisiotomie.

-spéculum : petit nodule marron cervicale de cul de sac vaginale postérieure la biopsie est indispensable pour confirmer le diagnostic.

\*toucheurs pelviens :

-utérus bloqué pour sa rétroversion exquisément douloureux épaissement de la croisons recto-vaginale, induration des utérosacrée.

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

Toute symptomatologie fonctionnelles rythmée par les règles doit évoquer l'endométriose.

## **V- Examen para clinique :**

### **Hystérosalpingographie**

#### **\*images tubaires :**

- image d'obstruction totale d'aspect effilé.
- image d'obstruction partielle d'aspect rigide ou de diverticules en nid d'abeille.

#### **\*images ovariennes :**

Trouble de la diffusion tubo-péritonéale.

#### **\* images péritonéale :**

Image en parasol ou en champignon de l'utérus (rétroversion fixée).

Image d'angulation de l'isthme en baïonnette.

### **Echographie :**

Intéressant pour les localisations ovariennes

On note un ovaire augmenté de volume porteur d'un kyste endométriosique :  
masse liquidienne mixte avec des échos flottant au contour irrégulier du siège  
rétro utérine.

### **Cœlioscopie :**

C'est l'exploration indispensable pour confirmer le diagnostic et établir un bilan  
lésionnel S'effectue en phase prémenstruelle (lésions Florides).

-lésions ovariennes : peut s'agir de fine granulation brunâtre ou de kyste de  
volume variable saillant sous la corticale de l'ovaire sa ponction (liquide  
chocolat).

-lésions tubaires : nodule de la corne, taches bleutée séreuse.

-lésions péritonéale : tâches bleutée ou brunâtre sous séreuse entouré d'une  
fibrose péritonéale de siège variable surtout au niveau des utero-sacrée, face  
postérieure du l'utérus et du ligament large

-adhérence : complication majeure De l'endométriose les adhérences peuvent être dense, velamenteuse ou épiploïque

- La coéloscopie doit se terminer par la description des lésions et la notation selon la classification de l'American fertility society.

### **Degrés d'endométriose**

Stade 1 : légère de 1 à 5.

Stade 2 : modéré de 6 à 15.

Stade 3 : sévère de 16 à 40.

Stade 4 : extensive >40

### **VI- Complication de l'endométriose :**

-Stérilité : complication la plus fréquentes expliquées par les facteurs mécanique (les adhérence) les facteurs physiologique (réduction de liquide péritonéal et action toxique des macrophages sur les gamètes).

- Syndrome abdominal aigu : par rupture ou torsion (rare).

-Endométriose et grossesse : la grossesse améliore l'endométriose, les cellules décasualisent puis se nécrose.

### **VII- Traitement :**

Le TRT repose sur l'hypo œstrogénie il a pour but :

- Eliminer les foyers ectopiques.
- Guérir les symptômes.
- Eviter les récives.

#### **1/ Traitement médical :**

→ Les progestatifs : dériver de la progestérone et de la 19 nortestostérone administrer par voie orale En continue pendant 6 à 12 mois.

Leurs effets secondaires : Les hémorragie de privation et surtout l'aménorrhée

→ Danazol : il a une activité anti gonadotrope, action androgénique

Il a des effets secondaires très mal supporté par les patientes.

→ Agoniste de LH-RH : désensibilisation hypophysaire avec baisse des taux de LH et E<sub>2</sub> véritable castration médicale.

Décapeptyl 3,75 mg une injection par mois

## **2/ Traitement chirurgical :**

→ *Traitement coelioscopique* : consiste en une adésiolyse\_ et en un traitement des implants péritonéaux et ovariens par électro coagulation. Kystéctomie sous coelioscopie.

→ Traitement par laparotomie : réaliser pour une hystérectomie annexectomie ou exérèse de foyers étendus

### **INDICATION THERAPEUTIQUE :**

Dépend de la symptomatologie l'importance des lésions et du désir de grossesse.

#### **→ Endométriose minime asymptomatique (stade 1) :**

- Destruction percoelioscopique des implants endométriosiques\_
- Abstention thérapeutique médicale.

#### **→ Endométriose modérée (stade 2) :**

Destruction endoscopique des lésions avec un TRT médical progestative 3 à 6 mois.

#### **→ Endométriose sévère (stade 3) :**

-TRT\_coelio chirurgical dans tous les cas.

-TRT médical progestative ou analogue LH-RH pendant 3mois à 6 mois.

-si infertilité → coelioscopie et passage en PMA.

#### **→ Endométriose extensive (stade 4) :**

-chirurgie d'exérèse la plus vite possible.

-TRT médical 3 à 6 mois.

-si infertilité passage directe en PMA.