

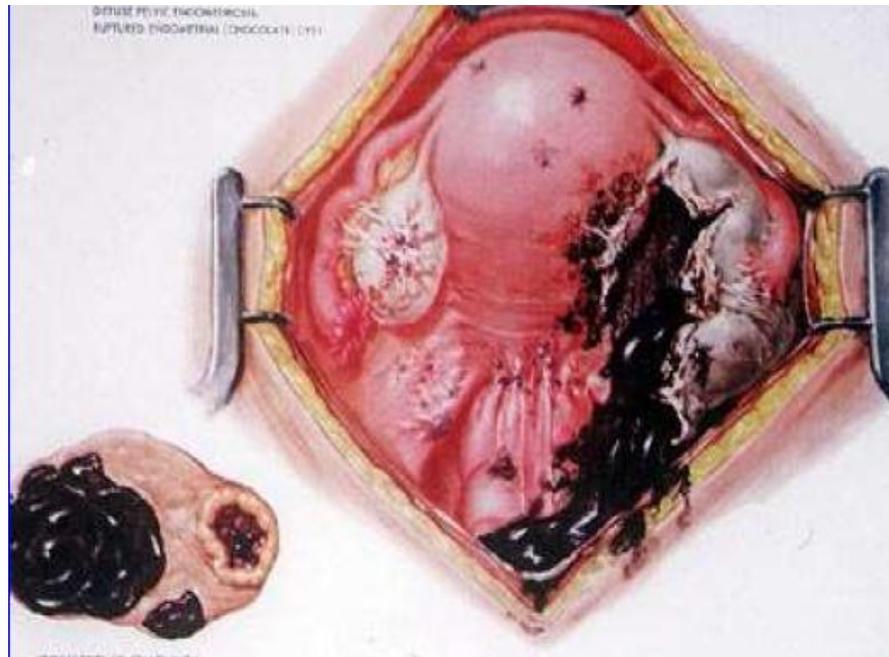
L'endométriose

Dr LBOUHMAMA



Introduction

- L'endométriose, définie par l'ectopie de l'endomètre en-dehors de la cavité utérine



Historique

- Pathologie connue sur le plan clinique depuis 4000 ans:
- 1ère description en Egypte en 1855
- Bien décryptée par le Corpus hippocratique
- Confondue avec l'hystérie au Moyen-Age
- Retrouve sa place organique au XIXème siècle grâce à l'école anatomopathologique française
- Histologiquement décrite par Rokitanski en 1860.

Définition

- L'endométriose = présence de tissu endométrial comportant à la fois des glandes et du stroma en dehors de la cavité utérine

Définition

- Plusieurs formes:
 - **Formes superficielles** intra péritonéales à type d'implants relativement limités
 - **Kyste endométriosique** uni ou bilatéral (fertilité)
 - **Endométriose profonde** sous péritonéale
 - **Endométriose interne** localisée à la paroi utérine: adénomyose.
- La présence de lésions histologiques n'est pas synonyme de l'existence d'une maladie clinique.

Épidémiologie

- Pathologie **bénigne**, fréquente mais **chronique**
- Touche 10 à 15% des femmes en âge de procréer
- Peut dans 40% des cas affecter la fertilité => 1^{ère} cause d'infertilité puisqu'incriminée dans 40 à 50% des cas.
- Impact sur la fertilité mais surtout sur la vie quotidienne sociale, psychologique, sexuelle (**douleurs chroniques**)

Physiopathologie: 3 grandes théories

Théorie de la métaplasie cœlomique

- Le revêtement épithélial de la cavité cœlomique aurait un potentiel de métaplasie en tissu endométrial
 - Waldeyer 1870 puis travaux récents (Minh)
- similitude structurale entre le mésothélium germinatif de l'ovaire et le tissu endométrial.
- Endométriose \Rightarrow métaplasie mullérienne du mésothélium péritonéal par induction liée aux substances de dégradation présentes dans le sang menstruel régurgité.

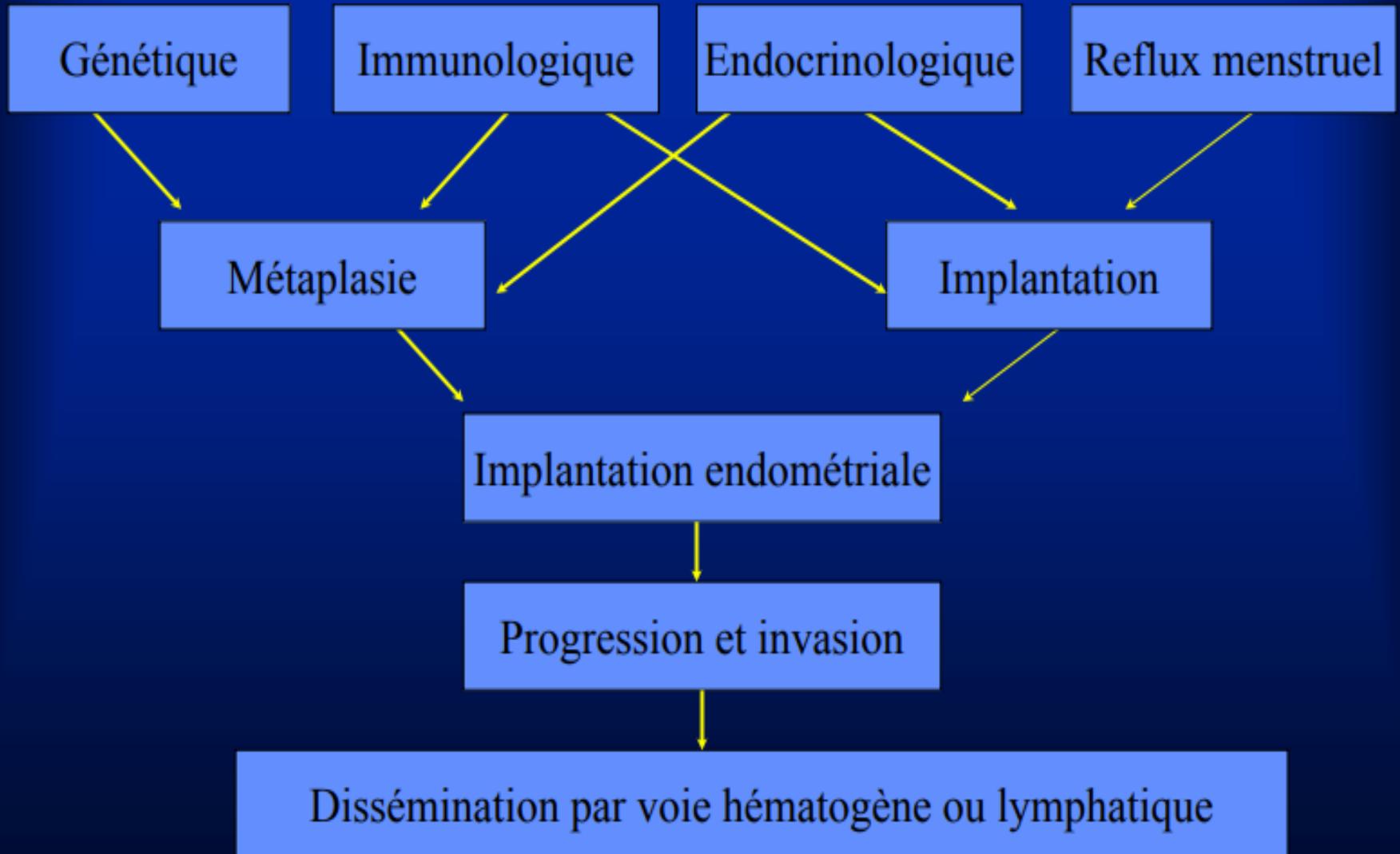
Théorie de la dissémination suivie de greffes

- Théorie de la transplantation de Sampson (1927):
- dissémination par voie tubaire des C endométriales viables dans le liquide menstruel puis greffe iliaire au niveau du pelvis.
- Expérimentalement, les cellules endométriales peuvent s'implanter, se développer et répondre aux stimuli hormonaux.
 - Distribution lymphatique (endométriose ombilicale ou ganglionnaire)
 - Distribution vasculaires (endométriose pulmonaire, musculaires, cutanées...)
 - Dissémination iatrogénique (cicatrices)

Théorie embryonnaire

- Résidu de cellules embryonnaires d'origine wolffienne ou mullérienne dans la cavité abdominale.

Etiopathogénie



Facteurs favorisants

- Pathologie **chronique inflammatoire et progressive**.
- Reflux menstruel / obstruction à l'écoulement vaginal menstruel /
↗ du flux menstruel (PR < 11 ans, cycles < 27j, durée > 8 jours)
- Environnement hormonal: LUF syndrome serait favorisant.
- Facteurs génétiques: caractère souvent familial, mais pas de gène identifié
 - la probabilité de présenter une endométriose est de 3 à 10 fois plus
↗ chez les apparentés de premier degré des femmes.

Facteurs favorisants

- Facteurs immunologiques:
 - Incapacité des mécanismes immunitaires à détruire les tissus ectopiques.
 - Différenciation anormale du tissu endométriosique.
- **Association probable de ces différentes hypothèses**

Diagnostic

Signes et symptômes qui signifient que vous pourriez avoir de l'endométriose



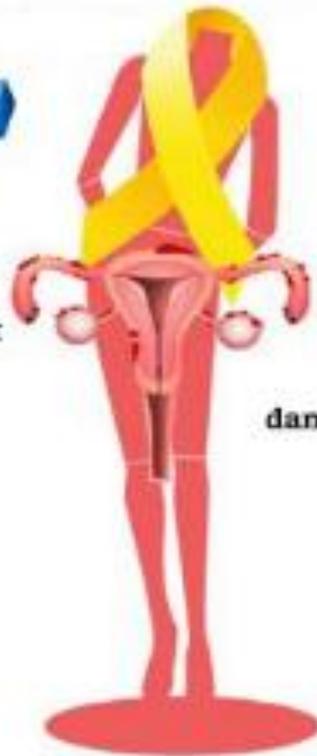
Saignements menstruels



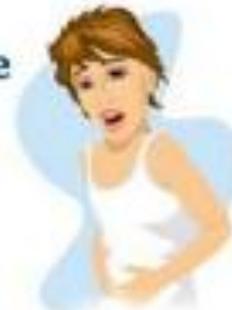
Douleur pendant ou après les rapports



Fertilité réduite



Douleur dans les autres parties du corps



Douleur abdominale



Problèmes intestinaux

Diagnostic

- Délai séparant le début des troubles et le premier diagnostic est long: entre 7 et 12 ans !
- Symptomatologie très variable selon les femmes.

Diagnostic

- L'anamnèse est le premier pas pour suspecter l'endométriose:
- **Dysménorrhée** (surtout si responsable d'un absentéisme scolaire et/ou professionnel): dans 64% des cas d'endométriose profonde.
- **Dyspareunie profonde**: dans 37% des cas d'endométriose profonde.

Diagnostic

- **Dyschésie**
- **Dysurie**
- **Douleurs pelviennes chroniques** (douleur pelvienne et abdominale non cyclique d'une durée d'au moins 6 mois)
- **infertilité**

Diagnostic

- **Présentations atypiques**(rare voire exceptionnelle):
 - Sciatique cyclique (atteinte nerveuse)
 - Rectorragie / hématurie cycliques
 - Dyspnée cyclique (pneumothorax cataménial)

Diagnostic : examen clinique

- Insuffisamment sensible
- pas de corrélation anatomo-clinique et maladie très hétérogène, peut être normal.
- Intérêt: écarter autres pathologies notamment aiguës.
- Évaluation taille, position et mobilité utérines: utérus fixe rétroversé peut évoquer des adhérences.
- Examen au spéculum: parfois visualisation de nodules violacés vaginaux / CDS / rétro cervicaux.

Lésions endométriosiques



Diagnostic : examen clinique

- Examen recto vaginal: ligaments utérosacrés, cloison recto vaginale, recherche de masses annexielles (endométriomes).
- +++ si examen pendant les règles: améliore les chances de détection de nodules infiltrants, rehausse la qualité de l'évaluation de la douleur.
- Échelles d'intensité subjective de la douleur pour évaluation de la sévérité des symptômes douloureux.

Formes cliniques

- **Atteinte annexielle:**

- kyste endométriosique, asymptomatique sauf si hémorragie intrakystique, rupture ou taille > 10 cm.

- Réserve ovarienne affectée si kyste > 6 cm, concerne 20 à 40% des patientes.

- **Atteinte tubaire** par adhérences: hématosalpinx, hydrosalpinx
infertilité.

Formes cliniques

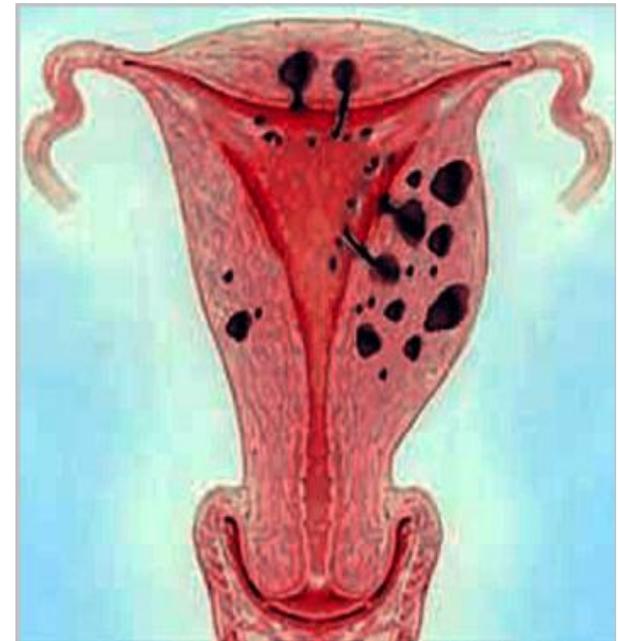
- **Atteinte péritonéale superficielle:** micro implants millimétriques, algie cyclique ou chronique +/- dyspareunie profonde, prédomine dans le douglas ou les ligaments larges.
- **Endométriose profonde:** infiltration au-delà de 5 mm en profondeur sous le péritoine ou atteinte des structures musculaires lisses (20% des patientes).

Formes cliniques

- LUS: 57%
- Torus utérin et recto sigmoïde: 16%
- 1 / 3 sup paroi vaginale post: 18,5%
- vessie / uretères.
- Associées à d'autres lésions pelviennes dans 50 à 75% des cas.
- Atteinte vésicale chez 9% des patientes.
- Adénomyose: atteinte utérine, responsable de dysménorrhée et ménorragies, 70% des cas.

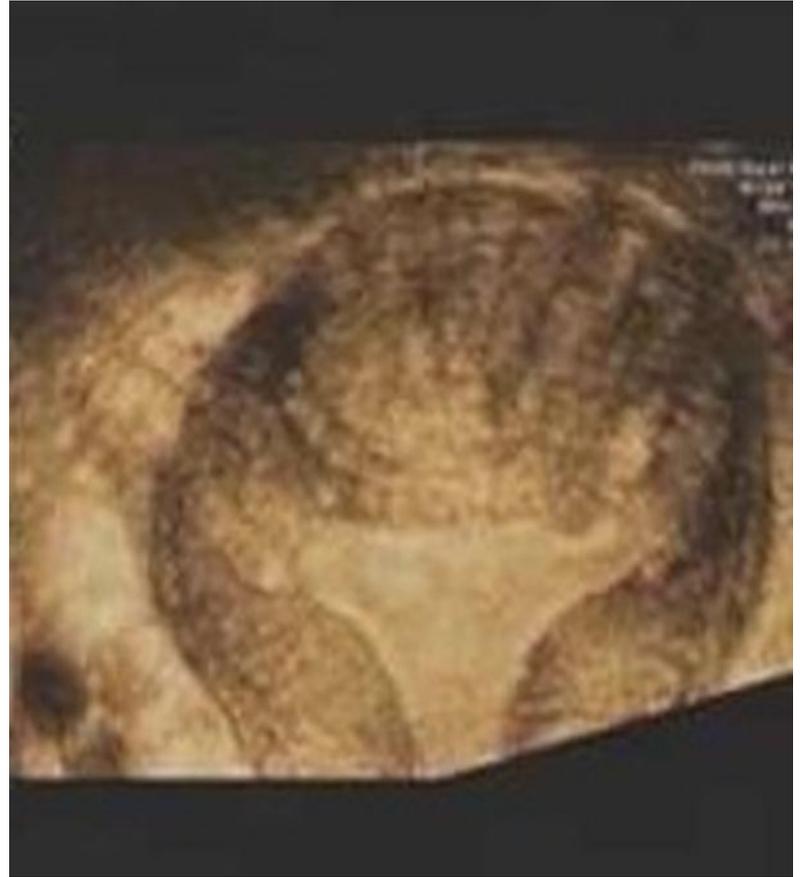
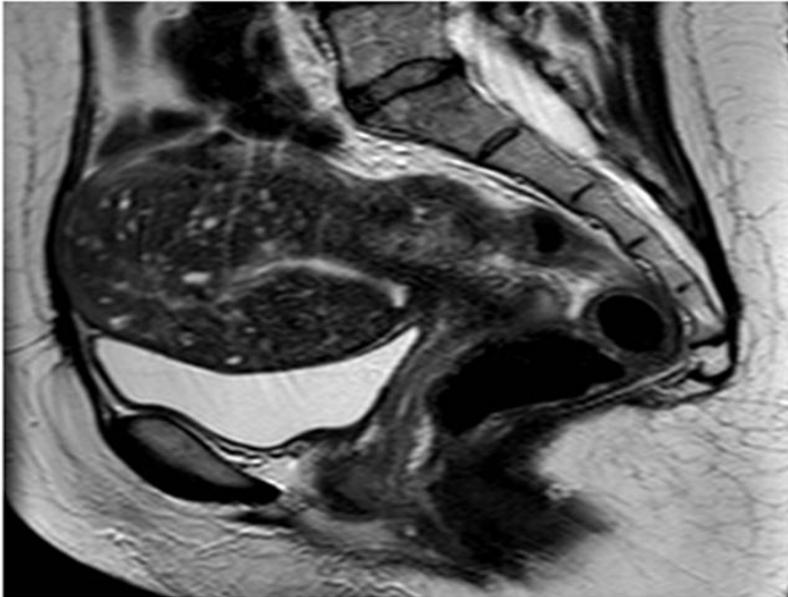
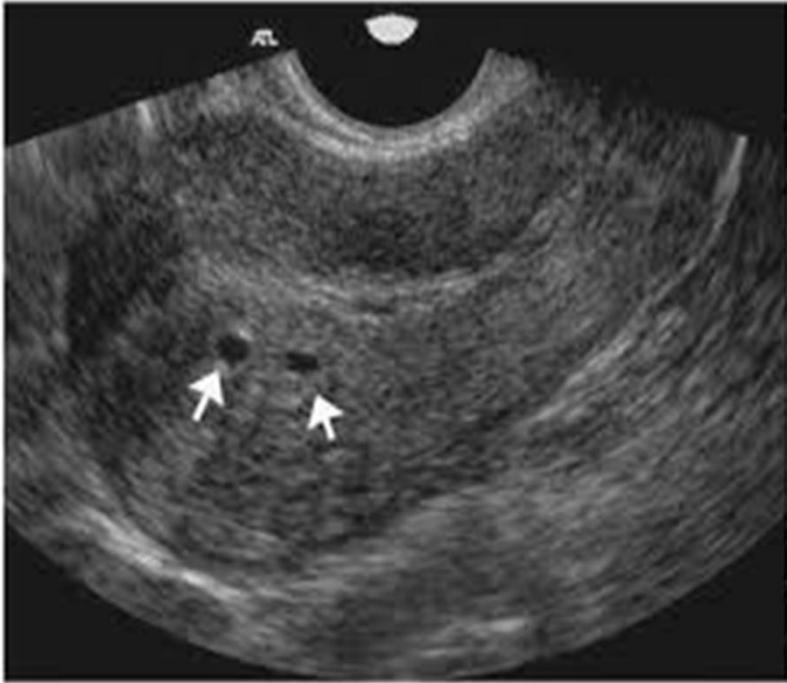
Adenomyose

- Diagnostic clinique:
- Examen normal dans 65% des cas.
- TV:
 - utérus augmenté de volume, dur, fibreux, à contours réguliers
 - +/- sensible pendant les règles.

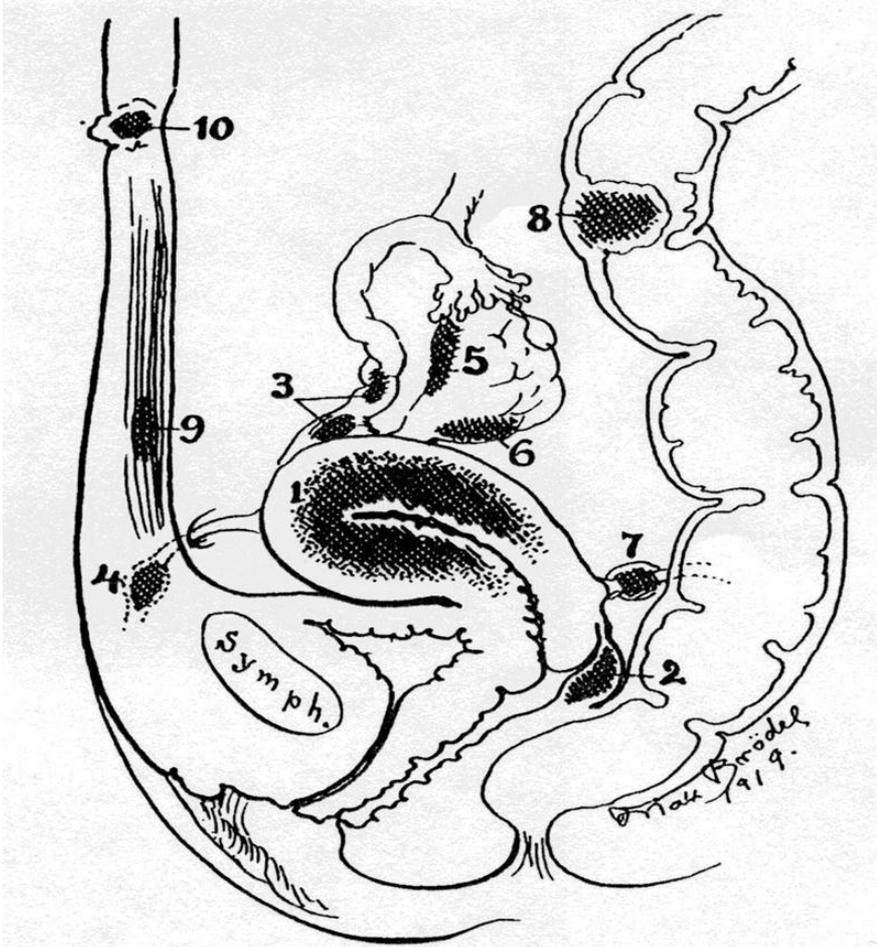


Adenomyose

- Diagnostic radiologique:
 - Echographie endo vaginale: Se 82,5% ,
 - IRM pelvienne: Se 77,5%, VPP 92%
-
- Utérus volumineux non expliqué par la présence de fibromes.
 - Asymétrie des parois myométriales antérieure ou postérieure.
 - Aspect strié du myomètre.
 - Zone hétérogène myométriale, lacunes hypo échogènes myométriales, nodules hyperéchogènes.
 - Vascularisation en peigne.



Cullen 1919



Bilan d'extension

- Tous les examens d'imagerie nécessitent des opérateurs entraînés.
- Objectifs:
 - Permettre le diagnostic positif.
 - Evaluer l'extension de la maladie pour prise en charge thérapeutique optimale.
 - La cartographie est essentielle pour déterminer la stratégie chirurgicale.
 - Classification de l'AFS: mais utilité limitée car le stade de la maladie peut ne pas être en corrélation avec les symptômes de la patiente.

AFS

The American Fertility Society Revised Classification of endometriosis

Stage I (Minimal) 1-5
 Stage II (Mild) 6-15
 Stage III (moderate) 16-40
 Stage IV (severe) > 40

Peritoneum	Endometriosis	<1 cm	1-3 cm	>3 cm	
	Superficial	1	2	4	
Ovary	Deep	2	4	6	
	R Superficial	1	2	4	
	Deep	4	16	20	
	L Superficial	1	2	4	
Ovary	Deep	4	16	20	
	Posterior cul-de-sac obliteration	Partial		Complete	
		4		40	
	Adhesions	< 1/3 Enclosure	1/3-2/3 enclosure	>2/3 enclosure	
	R Filmy	1	2	4	
	Dense	4	8	16	
	L Filmy	1	2	4	
	Dense	4	8	16	
	Tube	R Filmy	1	2	1
		Dense	4*	8*	16
L Filmy		1	2	4	
Dense		4*	8*	16	

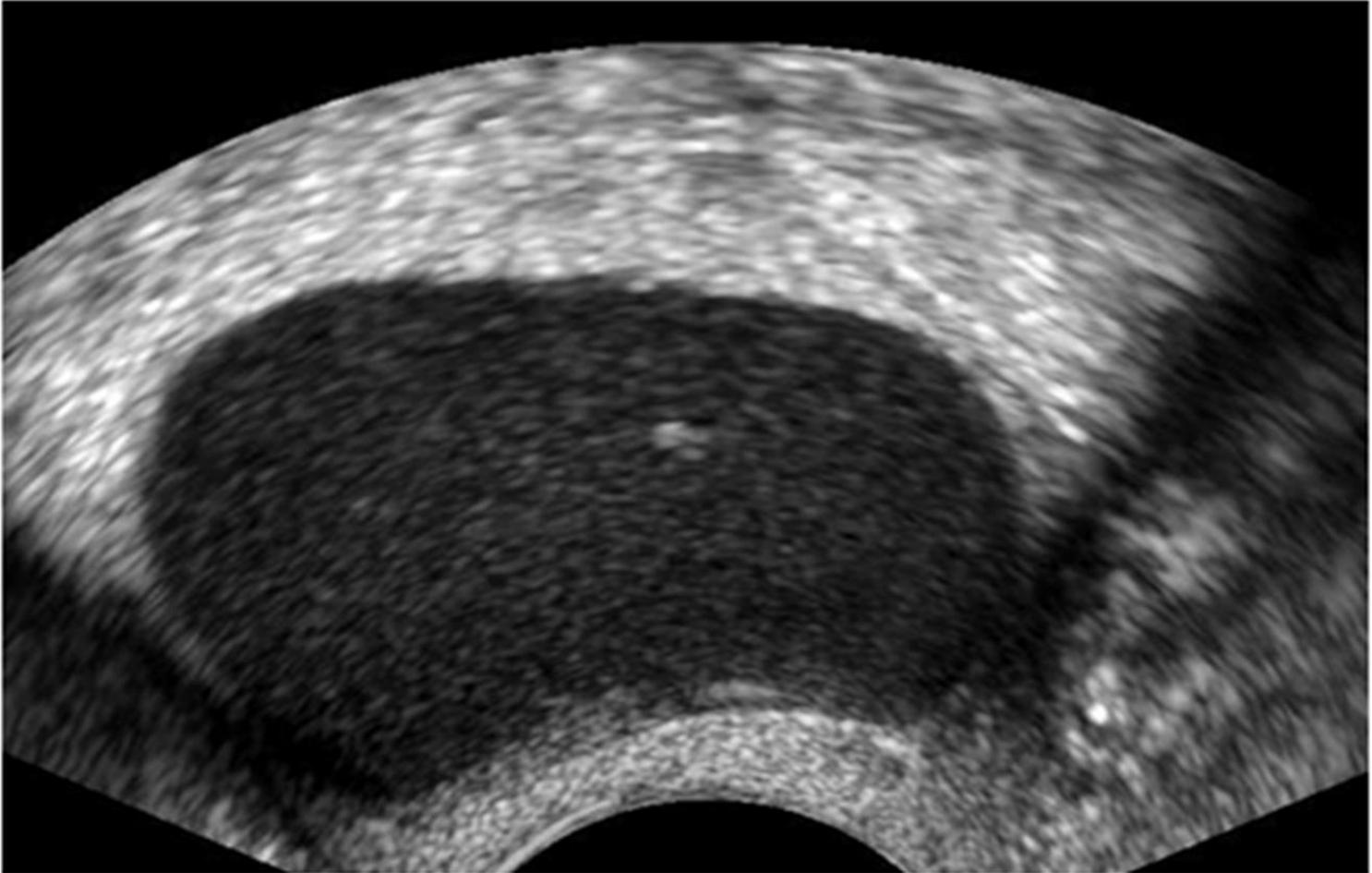
To be used with normal tubes and ovaries



To be used with abnormal tubes and/or ovaries

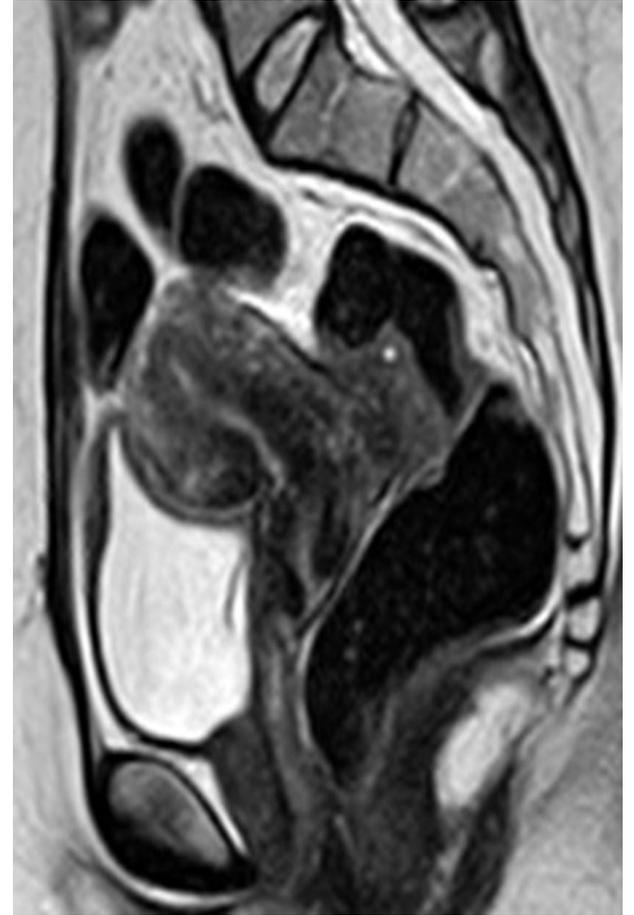
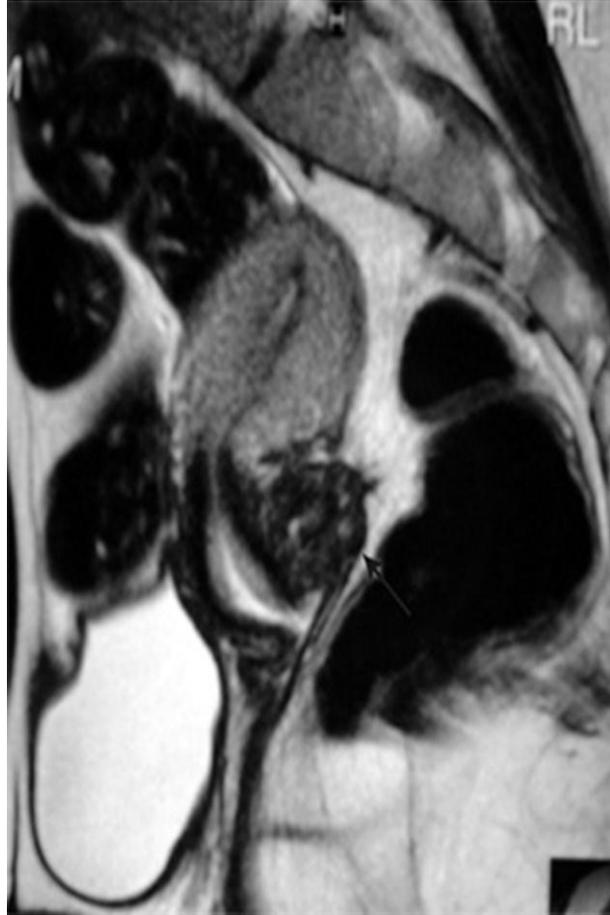


Kyste endométriosique



IRM pelvienne

- Permet une cartographie des lésions d'endométriose profonde.
- Intérêt dans le bilan pré opératoire:
- Non recommandée à titre systématique
- Oui si suspicion d'endométriose profonde
- Non pour le diagnostic des endométriomes en dehors de situations particulières

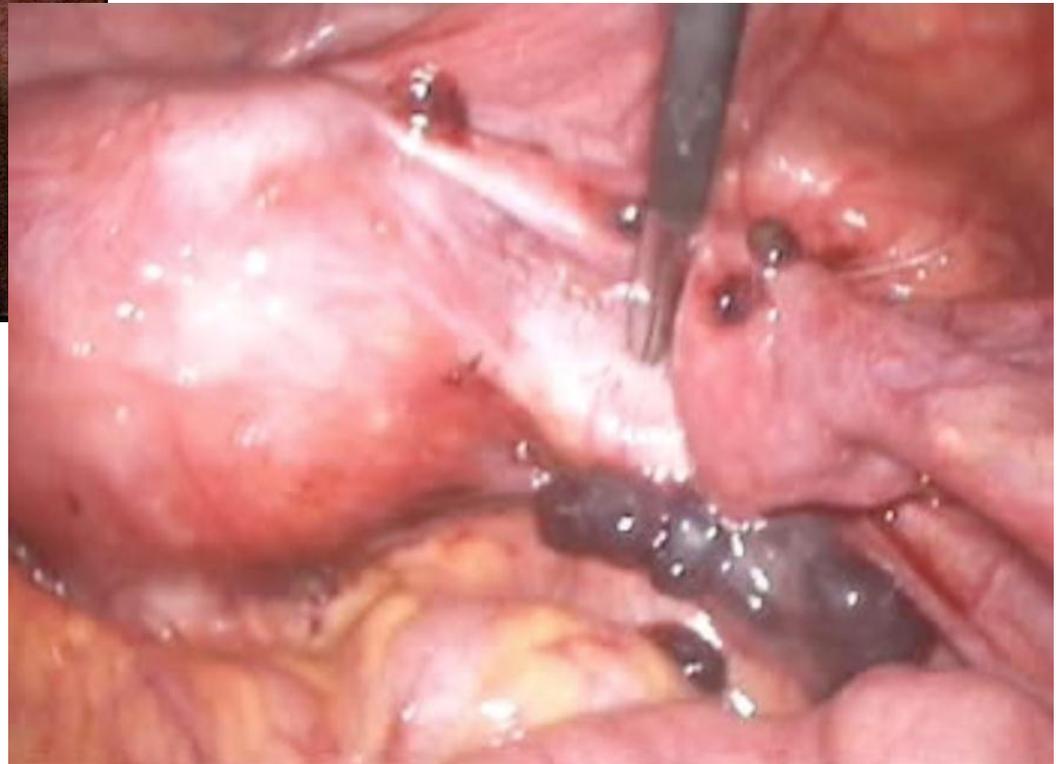
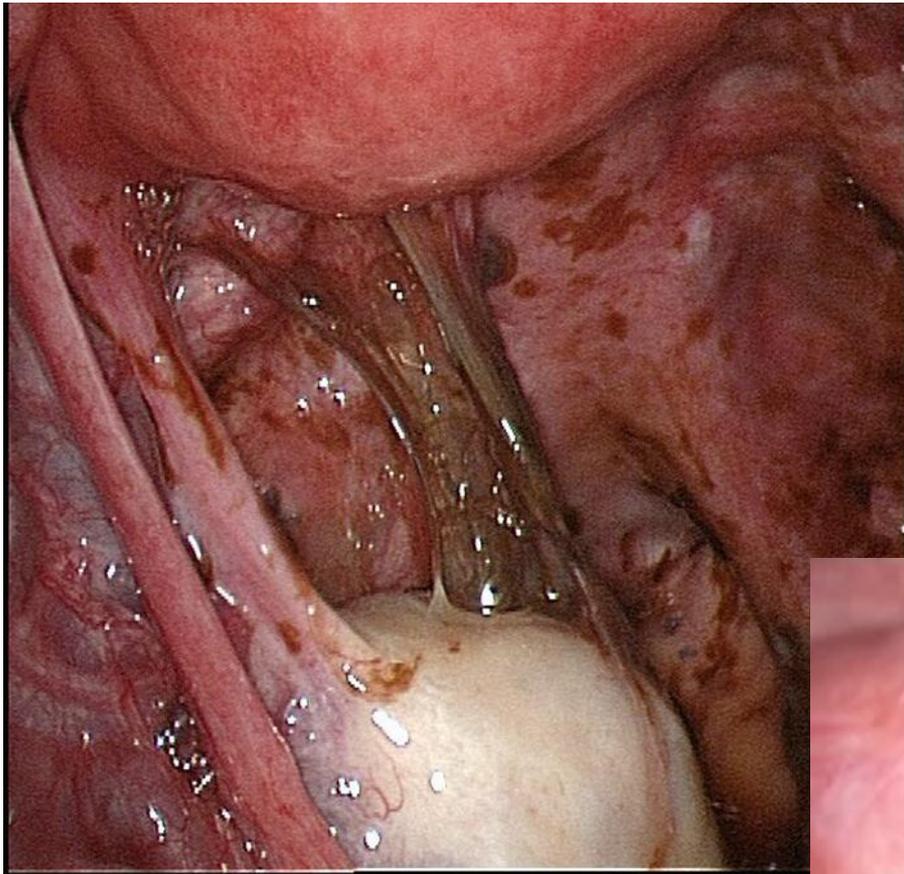


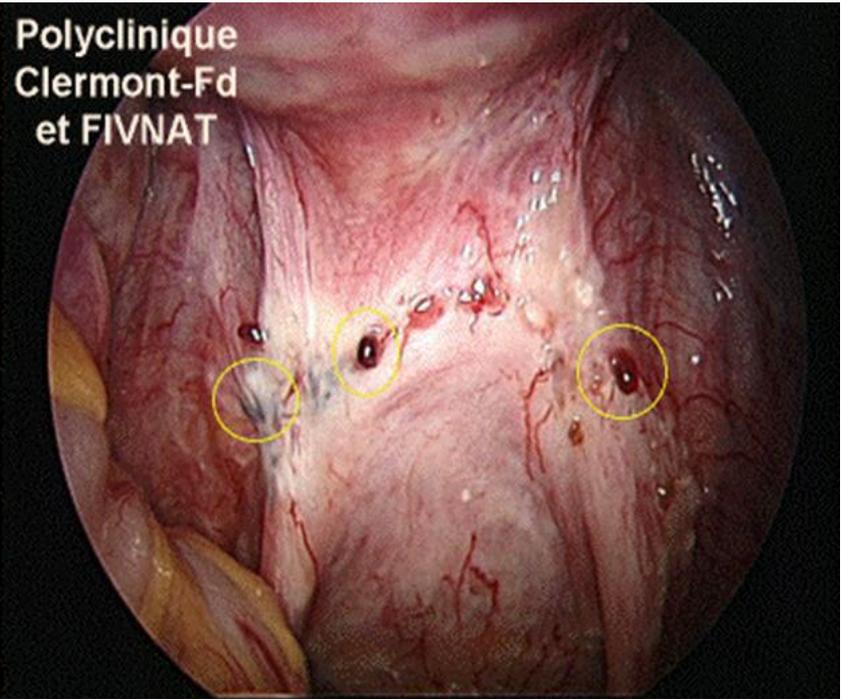
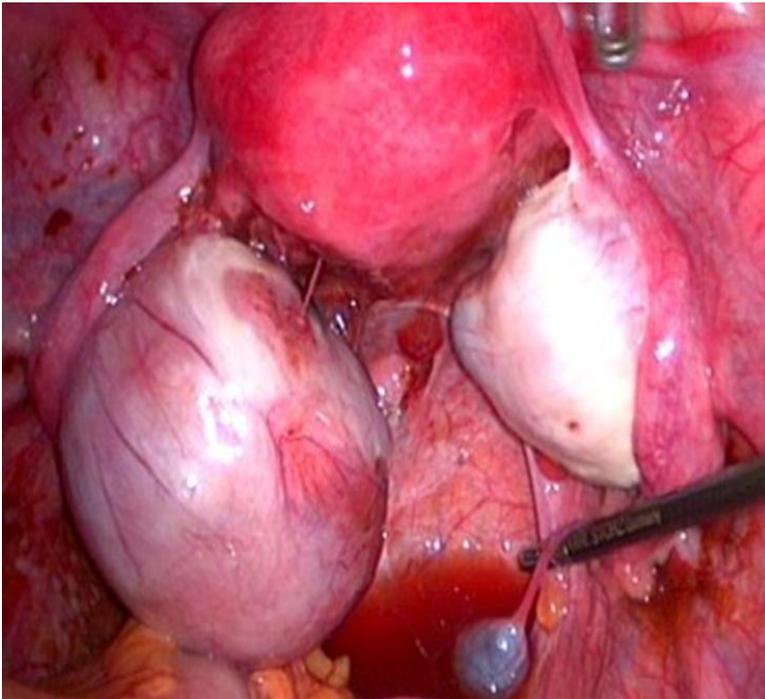
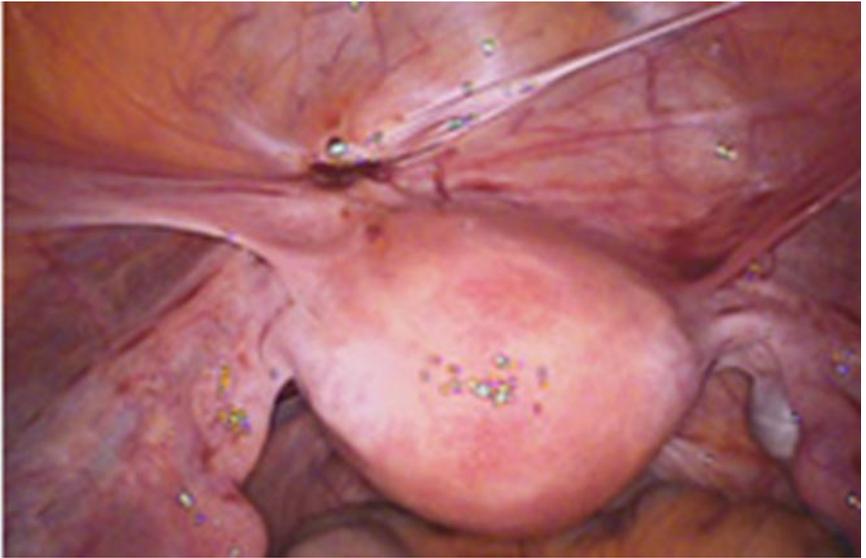
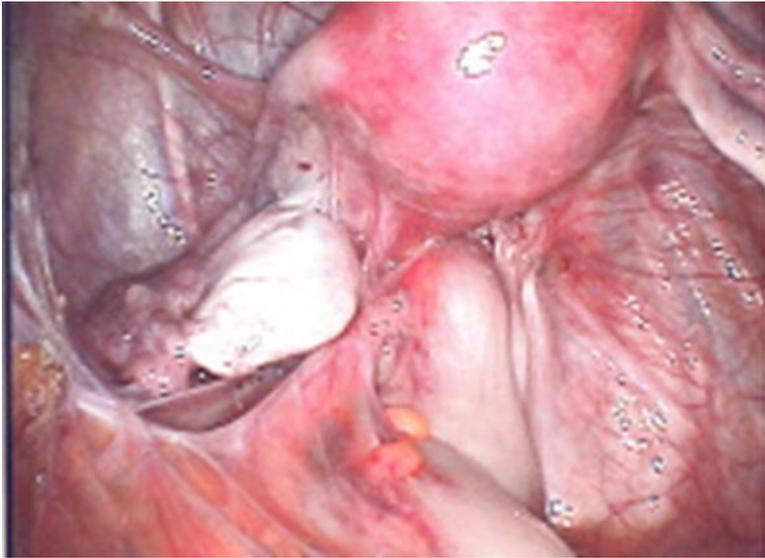
Biologie

- Ca 125:
 - Peut être élevé dans l'endométriose.
 - Dosage à visée diagnostique et pronostique non recommandé

Coelioscopie diagnostic

- Examen diagnostique de référence.
- Mais n'est pas requis avant la mise en œuvre du ttt chez toutes les patientes
- CRO:
 - Taille
 - Aspect macroscopique
 - Localisation
 - Infiltration
 - Adhérences
 - Un examen histologique est recommandé mais une histologie négative n'exclut pas la maladie.
 - En cas d'infertilité associée





Prise en charge

- **Pb du caractère bénin mais récidivant des lésions**
- **des symptômes invalidants**
- On recherchera un climat hypo-oestrogénique pour atrophier les implants, en espérant leur sclérose cicatricielle

PEC d'une endométriose douloureuse

- **Analgésiques:** AINS ou opioïdes
- **Oestro- progestatifs :**
 - Traitement de 1^{ère} intention
 - En continu: meilleur soulagement de la douleur

PEC d'une endométriose douloureuse

- **Progestatifs** anti gonadotropes seuls:
 - Rationnel: les œstrogènes stimulent la croissance endométriotique
 - Acétate de chlormadinone (Lutéran* 10 mg /j)
 - Acétate de nomégestrol (Lutényl* 5mg/j 20j/ mois)
 - Promégestone (Surgestone* 1 cp/j 20 j/ mois).
- SIU au Lévonorgestrel:
- Effet sur la douleur (effet anti-oestrogénique puissant sur l'endomètre) ; Mais risques d'expulsion

PEC d'une endométriose douloureuse

- Danazol:
 - androgène oral.
 - Efficace sur la douleur
 - EI +++: gain pondéral, hirsutisme, acné, virilisme....

PEC d'une endométriose douloureuse

- **Agonistes de la GnRH:**
- Traitement de **2ème** intention.
- Peut être prolongé jusqu'à 6 mois.
- Associé à hormonothérapie oestroprogestative de substitution à partir du 3ème mois de ttt (!!! Perte de DMO).
- Pas recommandé de réaliser une 2ème cure.
- Relais par progestatifs anti-gonadotropes.

traitement chirurgical

- Peut être:
 - Radical (femmes ménopausées ou projet parental accompli)
 - Conservateur
- Nécessité de prise en charge par des équipes expérimentées.

Traitement chirurgical

- Indications:
 - Si douleurs pelviennes:
 - Échec ou CI au traitement médical.
 - Incident annexiel aigu (torsion / rupture de kyste)
 - Endométriose sous péritonéale profonde (atteinte digestive / urologique / nerveuse)
 - Endométriome:
 - En cas de symptomatologie reliée au kyste.
 - Associée à une infertilité (?)

Traitement chirurgical

- Évaluation pré opératoire minutieuse : intérêt du bilan d'extension
- Privilégier la coelioscopie.
- Approche multidisciplinaire (gynécologue / urologue / chirurgien digestif).
- Objectif:
 - Exérèse de toutes les lésions d'endométriose.
 - Améliorer la qualité de vie et les symptômes.
 - Limiter le risque de récurrence.
 - Restaurer une anatomie « normale ».

Traitement chirurgical

➤ **Traitement conservateur:**

- Shaving rectal ou résection digestive.
- Colpectomie.
- Adhésiolyse.
- Cystectomie partielle.
- Réimplantation urétérale / Urétérolyse.
- Interruption des LUS.
- Neurolyse ...

Traitement chirurgical

➤ Traitement radical:

- Exérèse de toutes les lésions visibles + annexectomie bilatérale en vue d'instaurer une ménopause +/- hystérectomie associée
- Hystérectomie seule non recommandée: risque élevé d'échec sur la douleur

Traitement chirurgical

- **Résultats:**
- Amélioration de la qualité de vie.
- Amélioration des symptômes douloureux.

- **Complications:** 0,1 à 15% en fonction du stade de la maladie.
- Dépendent de la chirurgie:
- Risque de stomie provisoire.
- Fistule recto vaginale.
- Sténose colique / rectale.
- Fistules urétérale / dysurie / sténose urétérale.
- Abscess post opératoires....

Infertilité

- Bilan étiologique recommandé avant de décider d'une stratégie:
- Courbe de température.
- Test de Huhner.
- Contrôle de la perméabilité tubaire (HSG ou coelioscopie).
- Dosages hormonaux.
- Spermogramme.
- Absence d'efficacité des ttt médicaux seuls pour améliorer la fertilité de ces femmes.

Infertilité

- **Endométriose stades I et II AFS:**

- traitement chirurgical.
- En cas de chirurgie satisfaisante, une tentative de grossesse spontanée est possible > 6 mois avant PEC en AMP.
- +/- AMP en fonction de l'étiologie de l'infertilité.

- **Endométriose stade III et IV AFS:**

- Intérêt pré opératoire des agonistes .
- ↗ des taux de grossesse par agonistes post opératoires avant AMP.

CAT devant une endométriose

- **RPC AFSSAPS 2005:**

- Si > 30 mm: traitement chirurgical
- Si exérèse totale des lésions associées: pas de ttt post opératoire.
- Si exérèse subtotale des lésions et si absence de désir de grossesse: ttt postopératoire par progestatifs recommandé.
- Si < 30 mm et symptomatique: ttt médical par progestatif. Consultation spécialisée en cas d'échec.
- Si < 30 mm et non symptomatique: pas de ttt, surveillance clinique et échographique

CAT devant une endométriose

- **RPC CNGOF 2013:**
 - Pas de recommandation de PEC si isolé asymptomatique.
 - Si associé à des douleurs: pas de recommandations sur le type de ttt médical.
 - Si associé à une infertilité: chirurgie pas plus efficace que abstention ou ttt médical.
 - Pas d'argument pour déterminer une taille pour privilégier le ttt chirurgical.

CAT devant une endométriose

- **RPC CNGOF 2013:**
 - Ttt médical par agoniste permet une réduction du volume mais pas de bénéfice per ou postopératoire: pas recommandé en systématique.
 - Ttt postopératoire par progestatifs ou COP pendant 6 mois diminue le risque de récurrence => recommandé si absence de désir de grossesse.
 - Traitement chirurgical: kystectomie par coelioscopie

En résumé

➤ Abstention

- Femme < 35 ans
- Endométriose minime ou modérée
- sans effets sur les trompes ou les ovaires
- Spermogramme normal

En résumé

➤ Traitement médical

- Indications efficacité discutable :
 - Formes douloureuses invalidantes
 - Avant ou après Chirurgie
 - Avant AMP

- Les médicaments :
 - OP
 - Progestatifs
 - Analogue GnRH

Autre prise en charge

- Approche multidisciplinaire de la douleur: consultation spécialisée centre antidouleur.
- Prise en charge psychologique:
 - Des facteurs psychologiques peuvent influencer l'importance la douleur chez la patiente endométriosique.
 - La douleur de l'endométriose peut entraîner des altérations de la personnalité.
 - La prise en charge psychologique améliore les résultats du ttt.
- Consultation en centre AMP en cas d'infertilité associée.

Conclusion

ENDOMETRIOSE

180 millions de femmes
dans le monde

Douleurs quotidiennes
Intimité du couple
détruite

Féminité attaquée
Infertilité

Coelioscopies
Laparotomie
Hystérectomie
Ablation
Hormones
Rechutes

....

Moqueries

Préjugés

Dégradation de soi

Isolement

Dépression

PARLONS EN !

L'endométriose

Nous luttons pour garder une vie de couple normale

Nous luttons pour garder une vie de famille normale

Nous luttons pour garder une vie professionnel normale

Nous luttons contre l'infertilité

Nous luttons contre la douleur

*L'endométriose est une lutte de
tous les jours*