

# ENDOMETRIOSE

Dr MERABET

Maitre assistant en gynéco obstétrique  
CHU Oran

# DÉFINITION:

- c'est la localisation ectopique de l'endomètre et qui reste fonctionnel.

Adénomyose = endométriose du muscle utérin.

Endométriose = endométriose des trompes , ovaires, digestif, vessie, plèvre, ..

# ÉPIDÉMIOLOGIE

- ◉ 10 à 20 % des femmes.
- ◉ 50% des dysménorrhées
- ◉ 10 à 15 % des infertilités féminines.
- ◉ Augmente avec l'âge
- ◉ Dès l'adolescence
- ◉ Plus fréquente en cas de ménopause tardive ou de ménarche précoce

Étiologie jusqu'à présent inconnue, différentes hypothèses :

**\*Théorie du reflux tubaire:** présence de cellules endométriales dans le liquide péritonéal.

**\*Théorie métaplasique:**

- Le péritoine recouvrant les organes abdominaux dériverait d'un tissu embryologique appelé **coelomique** et posséderait une **pluripotentialité**. Ce tissu aurait la capacité de se transformer en d'autres tissus, comme du tissu endométrial.

## **\*Théorie de la métastase:**

- la transplantation ou de l'induction par les différents **vaisseaux**. (artérioles spiralées, vaisseaux lymphatiques...). Cette théorie a le bénéfice d'expliquer l'apparition de l'endométriose dans une pluralité de localisations

- **Les trois facteurs importants qui jouent un rôle sont :**
  - ⊙ la présence d'un reflux de sang menstruel dans la cavité péritonéale,
  - ⊙ la présence de macrophages inefficaces, immuno-incompétents ou dépassés par les quantités à résorber ;
  - ⊙ le fait d'être réglée, donc d'avoir des menstruations.

# CLINIQUE

- Femme jeune :20 à 30 ans
- Algies pelviennes :- Disménorrhée
  - Dyspareunie

- Stérilité

À l'examen on retrouve :

- Spéculum : nodules vaginaux violacés
- TV: nodules vaginaux

Gros ovaire ( tv combiné au palper abdominal)

# AUTRES LOCALISATIONS

- Col
- Vagin
- Vulve
- Digestive : - rectosigmoïde  
- Appendice
- Ombilic



# EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Echographie :
- Hystérogographie
- Coelioscopie

# ENDOMÉTRIOSE ET STÉRILITÉ

- Femme inféconde = 25 à 50%
- ◉ La prévalence de l'endométriose chez la femme infertile est X 10
- ◉ Chez la femme qui a une endométriose le risque de stérilité est X 10

## La stérilité est due :

- **Obstacles anatomiques:**
  - Adhérences pelviennes
  - Kystes ovariens
  - Lésions tubaires

- **troubles de l'ovulation:**
  - Anovulation
  - Dysovulation
  - Non rupture du follicule = LUF Syndrome
  - Modifications de FSH , LH , Prl surtout si

endométriose sévère

- **Modifications liquide péritonéal:**
  - Augmentation du volume
  - Augmentation de la cellularité
  - Modifications de la composition

biochimique

( Prostaglandines; Antigènes...)

---::Modification de l'atmosphère pelvienne dans laquelle se fait la fécondation

- **Modifications immunologiques**

# ADENOMYOSE

# ETIOLOGIES DE L'ADÉNOMYOSE

- Pénétration de l'endomètre dans le myomètre après :
  - Curetage
  - Révision utérine
  - Césarienne
  - Résection
- Métaplasie

# Clinique de l'adénomyose

- Après 35 ans
- Multipare
- Dysménorrhée secondaire et Tardive : J2 , J3
- Ménorrhagies ou Ménométrorragies
- Utérus augmenté de volume globalement dur fibreux

# EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Echographie
- Hystérogographie :
  - Diverticules
  - Ectasie d'une corne
  - Tuba erecta
- Hystéroscopie
- IRM

# LE TRAITEMENT

## ○ Traitement médical:

- Oestroprogestatifs
- Progestatifs
- Analogues de la GnRH

## --- Indications thérapeutiques (efficacité discutable ):

- Femmes sans enfant ou Pb de stérilité
- Adénomyose
- Formes douloureuses invalidantes
- Avant ou après Chirurgie
- Avant AMP



○ Traitement chirurgical: Permet :

- Exérèse ou destruction d'implants
- Libération adhérences péri-tubo-ovariennes
- Fimbrioplasties
- Exérèse lésions ovariennes

} Coelio

- Kystectomie
- Résection endométriale ( Adénomyose )
- Hystérectomie
- Hystérectomie sans conservation
  - Anastomose tubo-utérine : microchirurgie

• Indications :

- Femmes jeunes
- Lésions modérées
- Sperme correct

} Traitement médical avant / après

- L 'abstention:
- Femme < 35 ans
- Endométriose minime ou modérée
- Sans effets sur les trompes ou les ovaires

# CONCLUSION

- L'endométriose est cause de stérilité
- Si minime ou modérée ne rien faire si pas d'autres facteurs
- Si sévère faire de la chirurgie en première intention si possible par coelioscopie
- Pas de traitement médical sauf avant la FIV
- PMA ou FIV assez rapidement si critères d'infertilité associés
- Bons résultats 53 % de grossesse à 5 ans
- 50/50 Chir/FIV