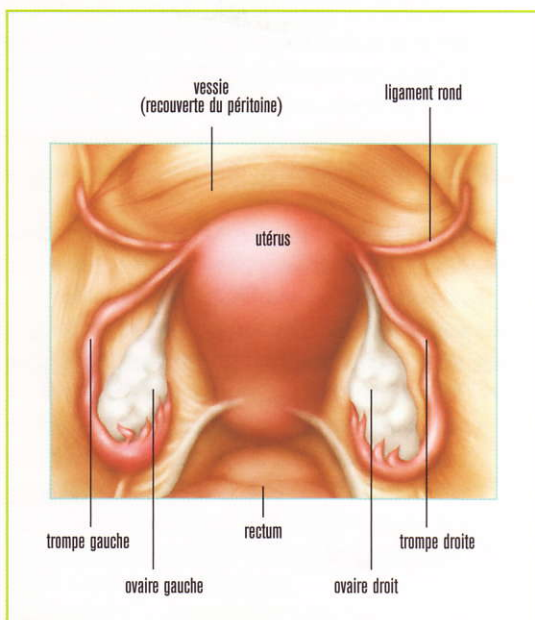
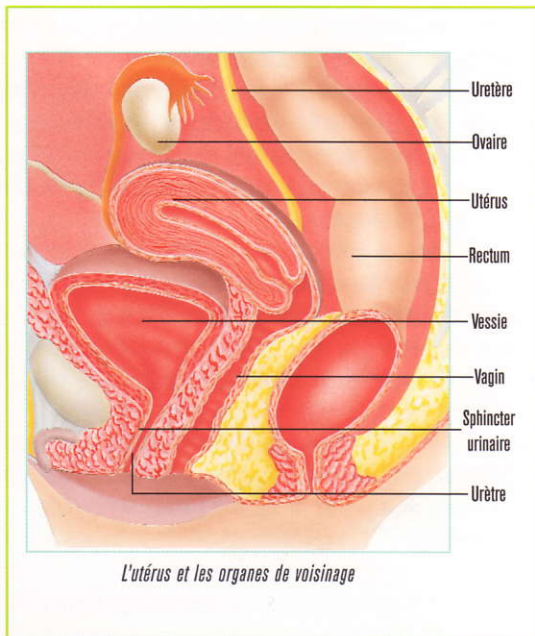


Qu'est-ce que l'endométriose ?

L'endomètre est la muqueuse qui recouvre la face interne de la cavité utérine et qui est sensible aux hormones au cours du cycle menstruel. En première partie du cycle, les oestrogènes, sécrétés par le follicule ovarien, font croître l'endomètre. Après l'ovulation, la progestérone, sécrétée par le corps jaune, rend l'endomètre apte à la nidation de l'œuf et limite sa prolifération. La chute brutale du taux de ces deux hormones entraîne l'apparition des règles. Ce phénomène permet l'élimination cyclique de l'endomètre par voie vaginale.



Néanmoins, à l'occasion des règles, une partie des cellules endométriales ne suit pas forcément le cheminement habituel des règles (vers le bas), mais peut refluer vers le haut par les trompes dans la cavité péritonéale.

Pourquoi l'endométriose ?

Toutes les femmes sont porteuses de cellules endométriales à un moment ou un autre dans la cavité abdominale. Ce phénomène physiologique et habituel est pour la plupart sans conséquence. En effet, les cellules endométriales, placées dans cette situation, sont transformées par le péritoine (membrane qui enveloppe tous les organes situés dans la cavité abdominale à l'exception des ovaires) et sont éliminées par un phénomène de résorption.

Toutefois, dans certaines circonstances, ces mêmes cellules peuvent se fixer aux organes avoisinants (péritoine, ovaires, trompes, ...) et se multiplier. L'incapacité du péritoine à éliminer ces fragments d'endomètre est à l'origine de l'endométriose.

Les lésions qui se constituent alors, sont dépendantes de la sécrétion hormonale d'oestrogènes par les ovaires. C'est la raison pour laquelle l'endométriose existe exclusivement de la puberté à la ménopause. C'est aussi pourquoi son traitement peut nécessiter le blocage de l'activité hormonale ovarienne.

Localisation de l'endométriose et étendue des lésions

L'endométriose se présente sous différents aspects :

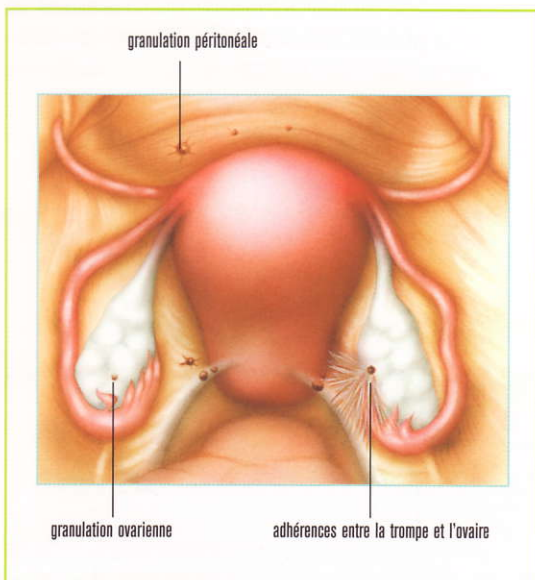
- Dans sa structure initiale, elle se présente sous la forme de petites granulations de couleur rouge ou noire. Ces lésions sont très inflammatoires et suscitent des réactions des tissus hôtes sur lesquels elles sont greffées.
- A la périphérie des foyers endométriosiques, des lésions adhérentielles peuvent se former constituant des obstacles à la fécondation spontanée et limitant la mobilité des organes pelviens les uns par rapport aux autres.



Les lésions endométriosiques sont loin d'être toujours caractéristiques. Leur aspect, au début de la maladie, peut être très ambigu et méconnu par une exploration trop hâtive du pelvis. L'existence de lésions sous péritonéales peut elle aussi poser des difficultés si une observation rapide et incomplète ne cherche pas à les identifier car elles ne sont pas directement visibles du fait de leur siège.

Les sites privilégiés de l'endométriose sont principalement au niveau du petit bassin :

- Le péritoine, siège de granulations endométriosiques plus ou moins disséminées
- Les ovaires, avec la formation de kystes (ou endométriomes ovariens),
- Les trompes,
- En avant de l'utérus, par l'envahissement de la paroi de la vessie,
- Entre l'utérus et le rectum.



Des lésions d'endométriose peuvent également se développer sur le trajet de certaines cicatrices telles que celles de la césarienne ou de l'épisiotomie. Plus rarement, l'endométriose peut atteindre d'autres organes à distance (poumons, tube digestif, peau, ...).

Quels signes ?

L'endométriose est fréquente. Elle est découverte par hasard sans symptôme particulier ne justifiant alors aucun traitement. Par contre, chez certaines femmes, l'endométriose induit des symptômes cliniques sévères et notamment des douleurs pelviennes.

Les manifestations douloureuses de l'endométriose peuvent revêtir plusieurs aspects :

- La dysménorrhée est une douleur caractéristique par sa survenue au moment des règles et son aggravation progressive au fil des ans. Elle est plus caractéristique lorsqu'elle est secondaire c'est-à-dire survenant après plusieurs années de menstruations indolores. Toutefois, elle n'est pas spécifique de l'endométriose.
- La dyspareunie est une douleur survenant au moment des rapports sexuels ou au décours de ceux-ci. Elle est ressentie assez profondément (au fond et en arrière du vagin). Elle peut être majorée par certaines positions coïtales et juste avant les règles.
- La dyschésie se définit par le caractère douloureux de l'émission des selles. Elle peut s'associer à des troubles du transit digestif, qu'il s'agisse de diarrhées ou au contraire de constipation.
- La dysurie est définie par l'existence d'une douleur lors de la miction.
- Des douleurs chroniques moins caractéristiques, peuvent également être ressenties au niveau du petit bassin, de l'abdomen, de la région lombaire et parfois sur le trajet du nerf sciatique.

Toutes ces manifestations douloureuses sont plus caractéristiques d'une endométriose si elles sont exacerbées pendant la période des règles. Cependant, il faut souligner que les femmes endométriosiques peuvent présenter des manifestations douloureuses de toute nature, sans aucun rapport avec le cycle menstruel.

La stérilité :

L'association d'une hypofertilité à l'endométriose est relativement fréquente mais est loin d'être constante. Par contre, l'existence d'une infertilité associée aux manifestations douloureuses précédemment décrites est très évocatrice de la maladie endométriosique. Chez des femmes infertiles, on retrouve la présence d'endométriose dans 30% des cas. Ainsi, chez des patientes infertiles ne présentant aucun signe clinique d'endométriose, la pratique d'une cœlioscopie aura l'avantage de confirmer le diagnostic, d'expliquer la raison possible de l'infertilité et d'en permettre éventuellement le traitement chirurgical.

Les autres manifestations cliniques

de l'endométriose sont :

- Soit l'existence de règles prolongées et abondantes (ménorragies),
- Soit l'existence d'hématurie (localisation d'endométriose dans la vessie) ou de rectorragies (localisation d'endométriose dans le rectum ou le colon).

La survenue de tels signes nécessite de consulter un médecin rapidement pour exclure d'autres pathologies digestives ou urinaires.

Comment faire le diagnostic ?

Le diagnostic de l'endométriose est habituellement complexe. Il peut faire appel à la collaboration d'autres spécialistes (urologues, coloproctologues, ...) auxquels certaines patientes sont souvent adressées en première intention.

Un point essentiel du diagnostic repose sur la mise en évidence de la survenue des symptômes ou de leur majoration en période menstruelle. Mais, cette situation est loin d'être obligatoire. Il existe malheureusement fréquemment un délai important entre le début des troubles et le diagnostic se chiffant parfois plus en années qu'en mois. Parfois, c'est seulement par la pratique d'une cœlioscopie pour bilan d'infertilité qu'est diagnostiquée l'endométriose en l'absence de tout symptôme douloureux.

Les examens cliniques :

En consultation, le diagnostic d'endométriose repose en premier lieu sur un interrogatoire très précis et attentif. L'examen clinique est essentiel dans certaines localisations de la maladie (kyste endométriosique, nodule de la cloison recto-vaginale).

L'examen des voies génitales, par la mise en place d'un spéculum, peut permettre de visualiser des kystes bleutés ou rougeâtres sur le col ou en arrière de celui-ci (dans le cul de sac vaginal postérieur). Dans ces deux situations, il est tout à fait possible de pratiquer des biopsies sous contrôle de la vue.

Le toucher vaginal peut retrouver un utérus en position rétro versée (en arrière, vers le rectum) et typiquement fixé, c'est-à-dire impossible à mobiliser. La palpation de la face postérieure de l'utérus est habituellement sensible.

Les examens radiologiques et échographiques :

Ces examens sont une aide certaine au diagnostic même s'ils peuvent être faussement négatifs.

L'échographie pelvienne par voie transvaginale peut

retrouver un kyste endométriosique ovarien, évocateur de la présence de tissu endométriosique au niveau des ovaires.

L'IRM, si elle est pratiquée par un radiologue très averti de cette maladie, est l'examen de référence pour l'établissement d'une véritable cartographie de l'ensemble des lésions endométriosiques.

L'échographie endorectale trouve sa signification dans le bilan des endométrioses profondes atteignant la cloison recto-vaginale ou les ligaments utéro-sacrés. En effet, elle permet d'apprécier l'existence ou non d'un envahissement de la paroi rectale avec ses conséquences chirurgicales propres.

L'hystérosalpingographie (radiographie de l'utérus et des ovaires) peut montrer une atteinte des trompes. Cet examen n'est plus beaucoup pratiqué dans le contexte de l'endométriose en dehors de quelques circonstances tournant autour de l'infertilité.

Les autres explorations radiologiques (scanner...) ne présentent aucun intérêt dans le diagnostic de l'endométriose.

Le dosage de la protéine CA 125 :

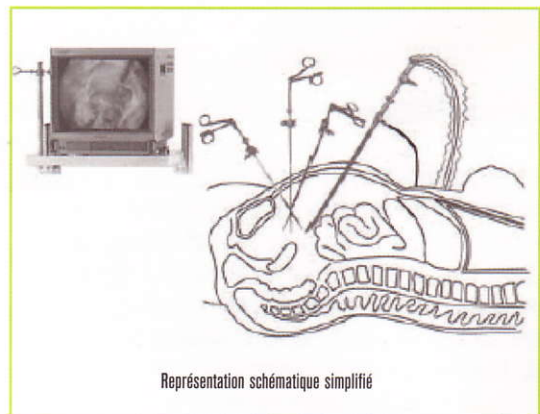
Un bilan sanguin peut être prescrit afin de doser le taux de protéine CA 125, seul marqueur identifié et corrélé à la présence d'une endométriose. Toutefois, il faut savoir qu'il peut être normal chez des patientes endométriosiques avérées. A l'inverse, une élévation du taux de cette protéine peut être observée chez des femmes en dehors de l'endométriose. Ce dosage joue plus un rôle dans la surveillance de l'affection que dans son diagnostic.

La cœlioscopie :

La cœlioscopie est l'examen de référence dans le diagnostic mais aussi dans la prise en charge de l'endométriose.

Elle est pratiquée au bloc opératoire, sous anesthésie générale (pour raison de confort) et ne nécessite qu'une hospitalisation de courte durée (1 à 2 jours).

Elle permet de confirmer le diagnostic ne serait que par la



biopsie des lésions. Elle doit également évaluer l'étendue de la maladie, en ne négligeant pas les formes les plus dissimulées telles que les formes sous péritonéales (atteinte de la cloison recto-vaginale ou de la vessie) et les rares localisations abdominales (appareil digestif, appendice, diaphragme).

La coelioscopie a donc un objectif pronostique en précisant l'extension des lésions et leurs conséquences négatives en terme de fertilité notamment.

Quel traitement ?

Il a pour but de réduire les symptômes ainsi que de prévenir la survenue de récides ou l'évolution de la maladie. Le choix du traitement est évalué au cas par cas par le médecin. Il tient compte de différents paramètres dont la sévérité des symptômes, le stade de la maladie, l'âge de la patiente, le désir de grossesse...

Le traitement repose sur :

- Les antalgiques
- Les médicaments qui inhibent la stimulation hormonale de l'endomètre
- La chirurgie, comme la coelioscopie. Elle a pour but de détruire l'endométriose dans toutes ces localisations. Les gestes pouvant être pratiqués sont multiples ainsi :
 - La destruction des lésions péritonéales,
 - La normalisation de la perméabilité des trompes,
 - La libération des adhérences,
 - L'ablation des kystes ovariens
 - L'exérèse de certaines localisations profondes (nodules de la cloison recto-vaginale).
- Et parfois par l'association des deux types de traitements, surtout en cas de douleurs importantes.

En cas de stérilité, une prise en charge spécifique sera effectuée.

L'objectif essentiel du traitement est de permettre à chaque patiente de vivre le plus normalement possible en oubliant sa maladie.

Bibliographie

- Recommandations de bonne pratique AFSSAPS - Décembre 2005. « Les traitements médicamenteux de l'endométriose génitale (en dehors de l'adénomyose) »
- CNGOF, Recommandations pour la pratique clinique « Prise en charge de l'endométriose », 2006 et J. Gyn Obs Bio de la Reprod 2007
- Madelenat P. Prise en charge de l'endométriose. Gazette d'Endofrance 2007, n°20.
- Nisolle M. et al. Pathogénèse de l'endométriose. Gyn Obs Fert. 2007 ; vol 35, n°9 : 898-903