

L'endométriose

I) Définition

Présence en dehors de la cavité utérine de tissus endométriaux.

II) Généralités

2 types: - adénomyose: au niveau du myomètre
- endométriose externe: touche le péris - péritonéale, ovaires, trompes.

Fréquence: → 1 à 2 % de la pop. générale
→ 15 % d'endométriose externe Agés au cours de coelios
effectuées pour bilan d'affections péliennes
→ 15 % d'adénomyose découvertes à l'examen anapath
des pièces d'hystérectomie.

III) Étiologie

* adénomyose: colonisation du myomètre à l'occasion de "traumatisme"
= grossesse, RU, curetage, opérations, ...

* endométriose externe: thèse Hédon

(++) reflux tubaire: obstacle, flux menstruel augmenté
- dissémination iatrogène (cicatrices), greffe = facilité par des
facteurs hormonaux, génétiques ou immunologiques.

IV) Clinique & examens paracliniques

- polymorphisme sémiologique ++ selon la localisation (adénomyose &
endométriose externe).

→ adénomyose externe: après 35 ans
- métrorragie surtout

- DL pelviennes (dysménorrhées tardives & secondaires)
- Examen: utérus augmenté de volume & sensible
- Ultra son: images lacunaires dans le myomètre (îlots noirs)
- Hystérosalpingographie: images diverticulantes

→ Endométriose externe

- jeunes entre 20 & 35 ans
- dyspareunie
- algies permanentes ou persistantes
- au T.V. utérus rétro-verse, sensible au palper & à la mobilisation ou masse latéro-utérine (kyste ovarien)
- Ag = ultrasen: ob si kyste ovarien
HSG: image en "boule de gui"
vidéo coelis: élt's bleutées ou brunes de localisat° variable

→ autres localisations

- col: je après 40 ans avec ACO de parties sur le col
- vagin: dyspareunie
- vulve & périnée: anciennes cicatrices d'épisiotomie

⇒ Grd vecteur d'infertilité: existe chez 30 à 50% des je-porteuses d'endométriose (gêne à la captation de l'ovule, à la motricité de la trompe & trouble de l'ovulation).

II) Evolution spontanée

- affections soumises aux excitations hormonales
- accroissement des îlots à chaque cycle
- l'évt's vont conduire à la régression: la grossesse
spontanée la ménopause

VII) Le traitement

• ttt médical : le principe est de supprimer les sollicitations hormonales
les moyens : progestatifs, oestroprogestatifs & surtout les analogues LH RH
(inhibition de l'axe hypothalamo-hypophysaire : Enantone & Desaperyl)

le but : créer un état de ménopause artificielle

durée : minimum de 6 mois

• ttt chirurgical

- hystérectomie : si adénomyose

- ttt conservateur : vidéo coelio : supprimer les foyers d'endométriose (laser), ttt des kystes endométriaux avec parfois nécessité de laparotomie si adhérences importantes.

• Indications :

- adénomyose : essai des progestatifs du 5^e au 25^e jour du mois
mais sv^t échec & nécessité hystérectomie

- E. externe : ttt en fonction de l'importance de la maladie
(classification AFS)

- nécessité d'un bilan pré-thérapeutique coelio : classifcat°, ttt chirurgical des kystes, des adhérences, des nodules
- avec le ♂ sv^t, ttt médical complémentaire par analogues de LH RH : 6 à 9 mois surtout si désir de ♂.
- si récidives multiples & plus de désirs de ♂ : envisager chirurgie radicale à type d'hystérectomie.

VIII) Conclusion

• polymorphisme de l'endométriose

• ttt médical ttt dans l'E. externe après bilan coelio car le ♂ sv^t
fécondes avec désir de ♂.

* tt rapide! chirurgical dans l'adénomyose = hystérectomie car
ce type réagit mal au tt médical & le + sur! les plus âgées
n'ayant plus de désir de G.