

ENDOMETRIOSE

DIU formation complémentaire en GO

P COLLINET

Chirurgie Gynécologique

Hôpital Jeanne de Flandre CHRU Lille



DEFINITIONS

- **Endométriose externe**
 - présence de tissu endométrial (cellules glandulaires + stroma) en situation hétérotopique.
 - Endométriose superficielle, déposée sur le péritoine ou les organes
 - Endométriose profonde, située sous le péritoine (au moins 5mm sous la surface péritonéale).
- **Endométriose interne ou adénomyose**
 - présence de glandes endométriales et de stroma dans l'épaisseur du myomètre.

Physiopathologie Théorie N°1 : Reflux tubaire

- Reflux physiologique de sang lors des périodes menstruelles, qui apporterait des cellules endométriales qui se grefferaient sur le péritoine.
- Cette théorie concorde parfaitement avec les sites les plus fréquents d'endométriose : fossettes ovariennes, face postérieure du ligament large, racine des ligaments utéro-sacrés, cul de sac de Douglas, qui sont les zones plus exposées au reflux tubaire.
- Ce mécanisme pourrait expliquer la plus grande prévalence de l'endométriose chez les jeunes femmes qui présentent une malformation utérine responsable d'un reflux menstruel.

Physiopathologie Théorie N°2: Métaplasie

Métaplasie des cellules de l'épithélium coelomique

- Les cellules endométriosiques ont en effet des similitudes structurales avec celles du mésothélium germinatif de l'ovaire
- Son invagination est possible avec formation de tubes glanduliformes.
- Il a également été démontré qu'une métaplasie mulerienne du mésothélium péritonéal était possible par exposition à des produits de dégradation issus de cellules endométriales altérées.

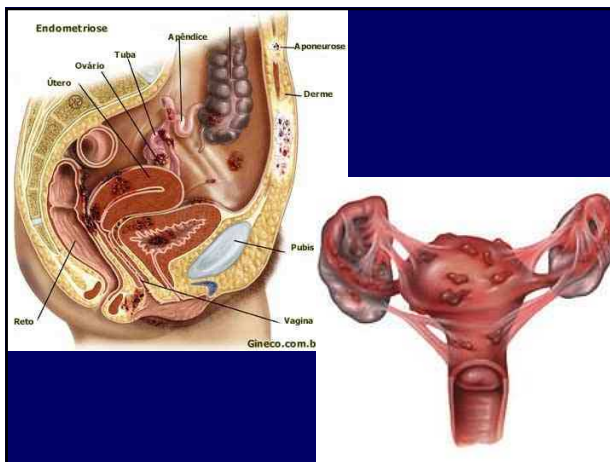
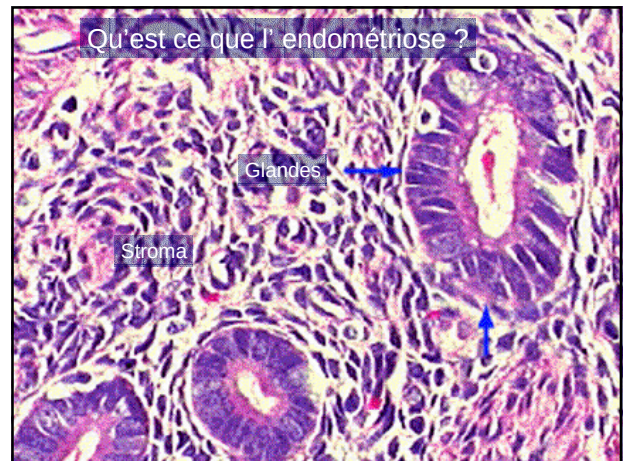
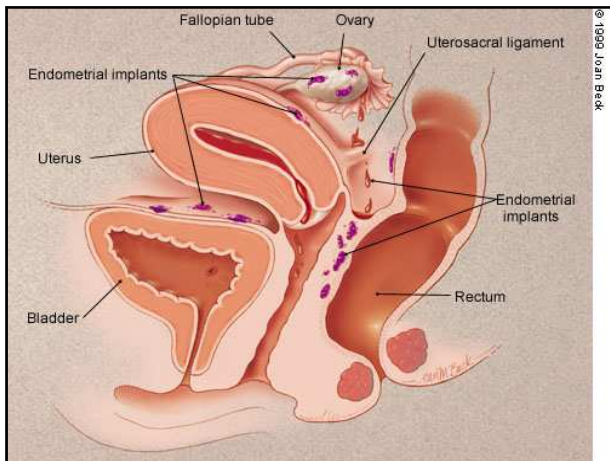
Physiopathologie Théorie N°3: théorie Mixte

Elle explique la métaplasie par l'afflux de facteurs de croissance apportés par le flux menstruel.

Physiopathologie Théorie N°3: théorie métastatique

C'est le mécanisme le plus probable pour expliquer les rarissimes localisations à distance : plèvre, méninge...

NB: La dégénérescence maligne de ces cellules glandulaires est rarissime



Épidémiologie

- 4.1 % des femmes qui ont une ligature des trompes
- 20 % des femmes qui ont une coelioscopie pour infertilité
- 24 % des femmes qui ont une coelioscopie pour douleur
- 5 à 10 % de la population générale

Quelques facteurs de risque

- Antécédents familiaux : 6.9% des parents du 1er degré vs 1%
- Protection par prise prolongée de contraception orale
- Protection par grossesse menée à terme
- Protection par ménarche tardive
- Protection par cycles irréguliers

Les symptômes les plus fréquents

Symptômes	Fréquence (%)
Dysménorrhée	60-80
Douleur pelvienne	30-50
Infertilité	30-40
Dyspareunie	25-40
Irrégularités menstruelles	10-20
Dysurie/hématurie	1-2
Dyschésie	1-2
Rectorragie	<1

La présence d'endométriose
n'est pas synonyme de stérilité

Mais

Les chances de mettre en route une
grossesse diminuent avec l'importance des
lésions. La probabilité de mettre en route une
grossesse est de 25 % par mois contre 7 %
chez la femme qui a de l'endométriose.

Examen clinique

Perception du nodule

Douleur provoquée

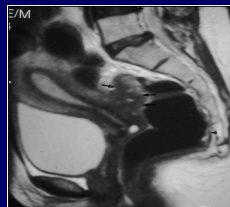
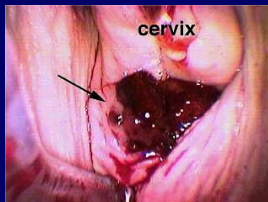
Modifications en période menstruelle

Visualisation du vagin

Examen clinique TV + TR + Spéculum

2 points clés de l'examen clinique +++

- Palpation cloison recto vaginale + Ligaments US
- Visualisation du vagin (CDS post)



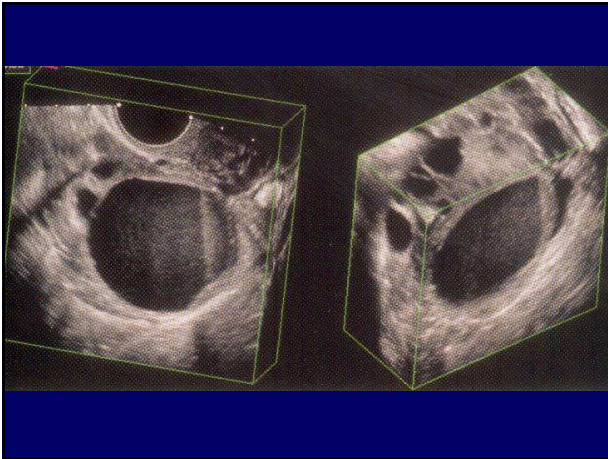
Dosage du CA 125

- faible sensibilité
- efficacité du traitement

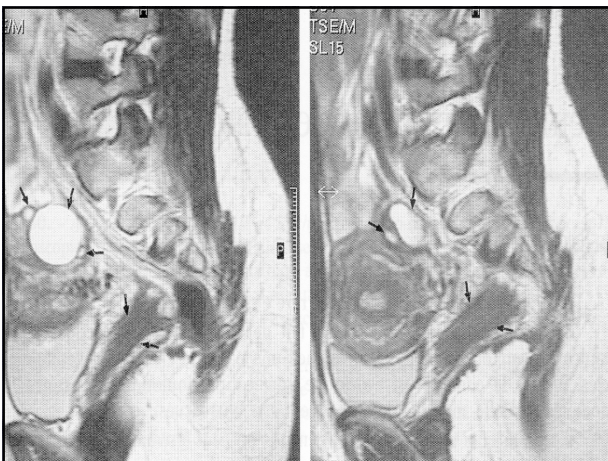
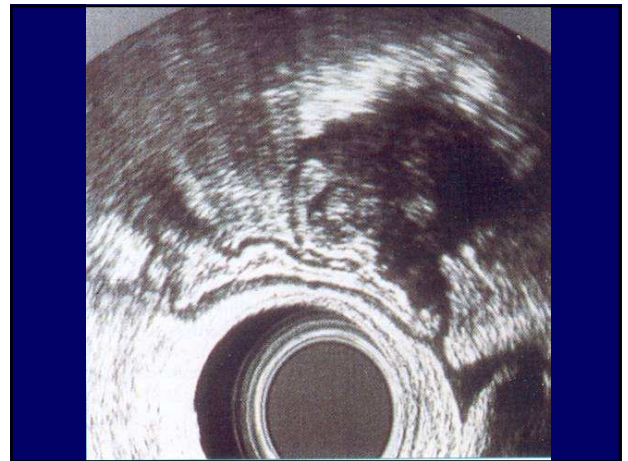
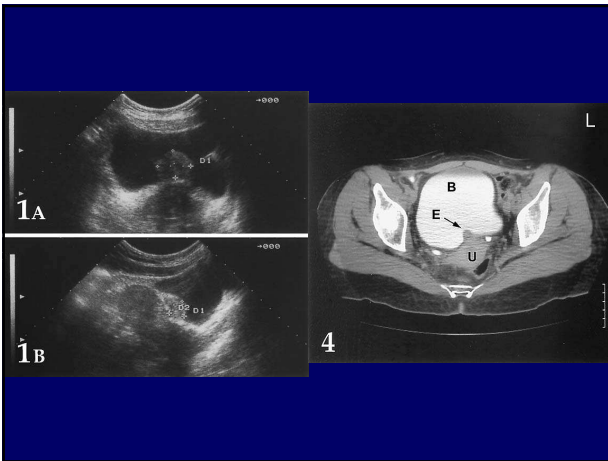
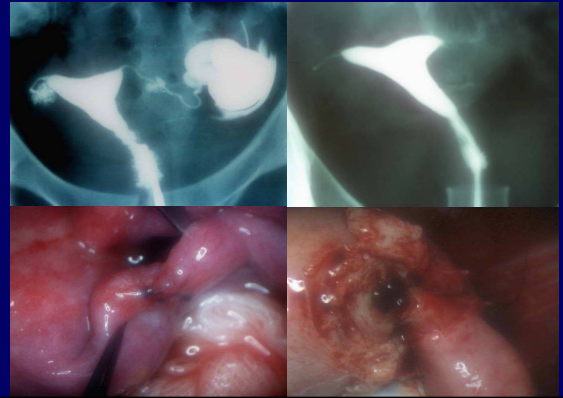
Imagerie

- Echographie pelvienne
- HSG
- IRM
- Echographie endo-rectale



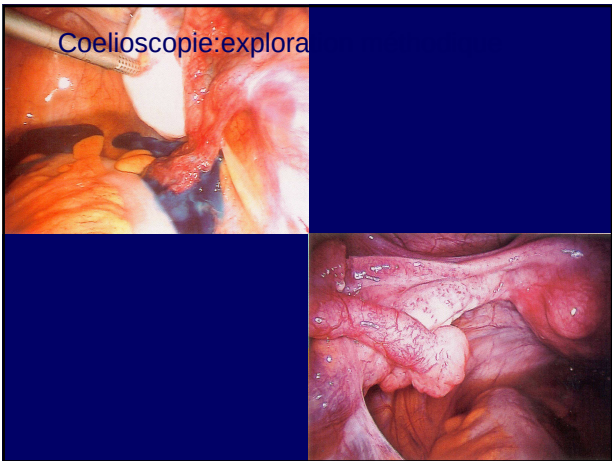
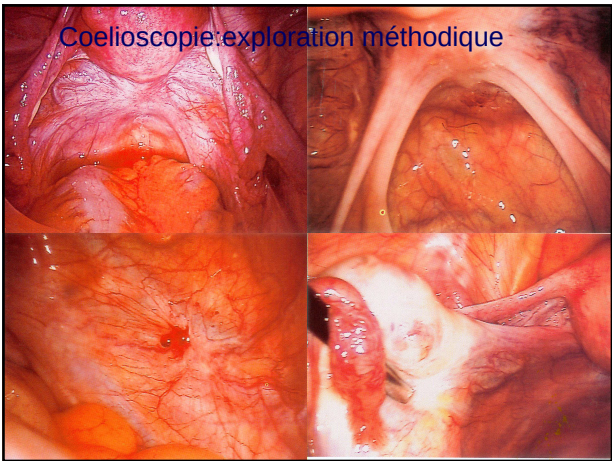
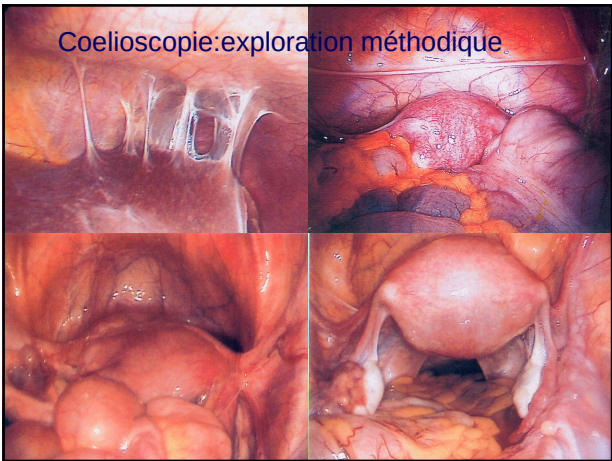


STENOSE TUBAIRE PROXIMALE



Coelioscopie





Classification AFS

Péritoine			
	<1 cm	1-3 cm	>3 cm
Endométriose	1	2	3
Adhérences	translucides	denses/obstruction partielle du Douglas	denses/ obstruction totale du Douglas
	1	2	3

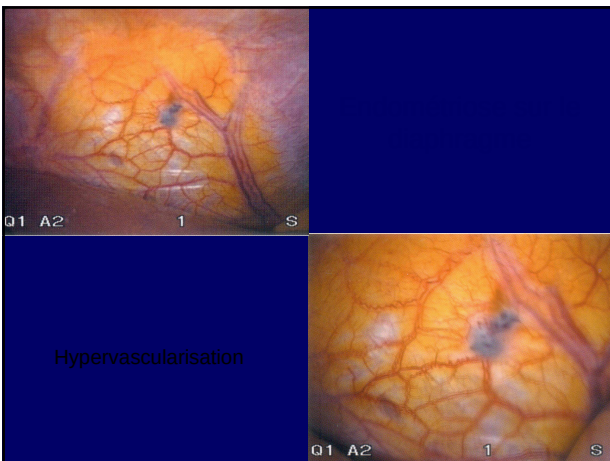
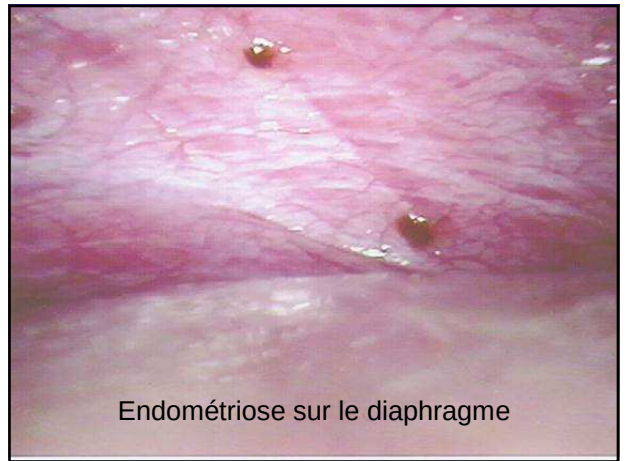
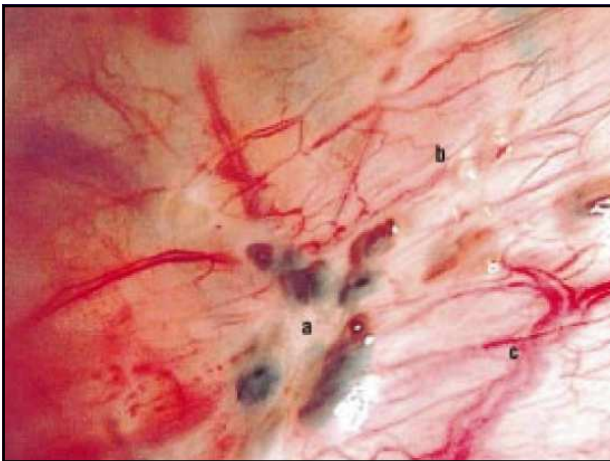
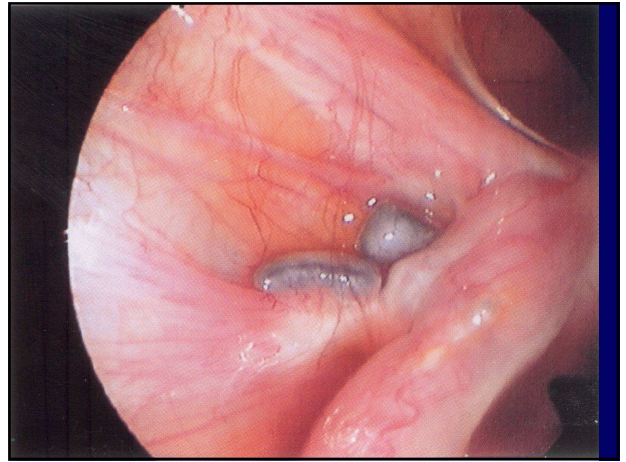
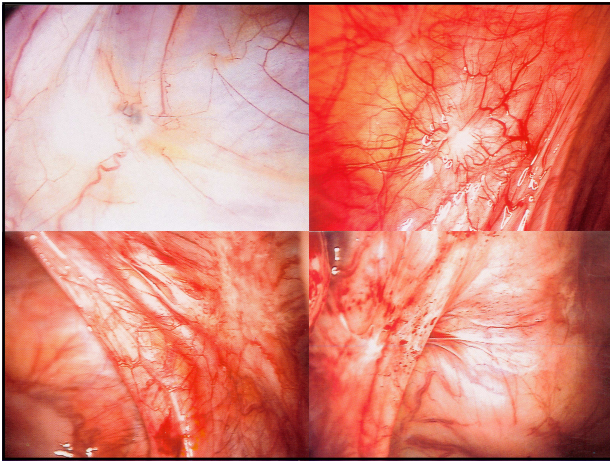
Ovaries			
	<1 cm	1-3 cm	>3 cm ou endométriose rompu
Endométrioses			
droite	2	4	6
gauche	2	4	6
Adhérences	translucides	denses/obstruction partielle du Douglas	denses/ obstruction totale du Douglas
droite	2	4	6
gauche	2	4	6

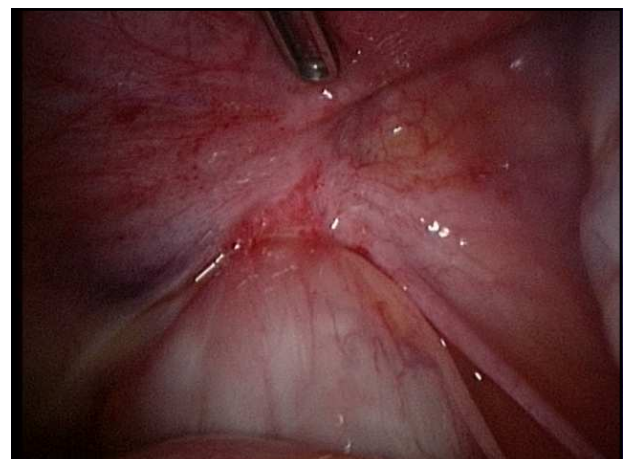
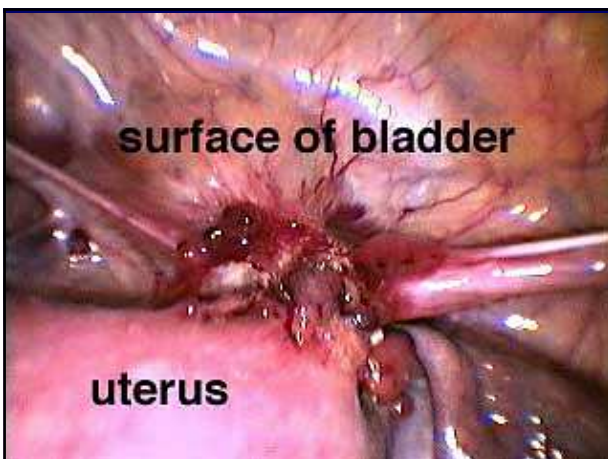
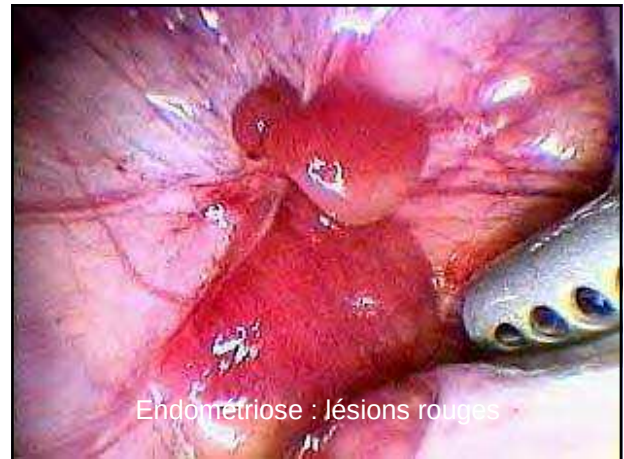
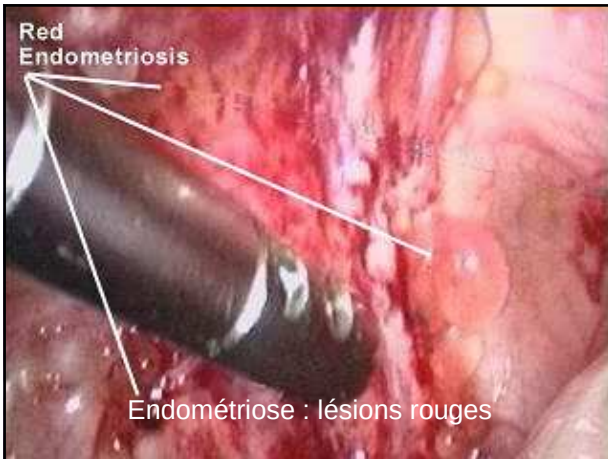
Tubaire			
	<1 cm	>1 cm	occlusion tubaire
Endométrioses			
droite	2	4	6
gauche	2	4	6
Adhérences	finies	denses/déformation tubaire	dense/obstruction tubaire
droite	2	4	6
gauche	2	4	6

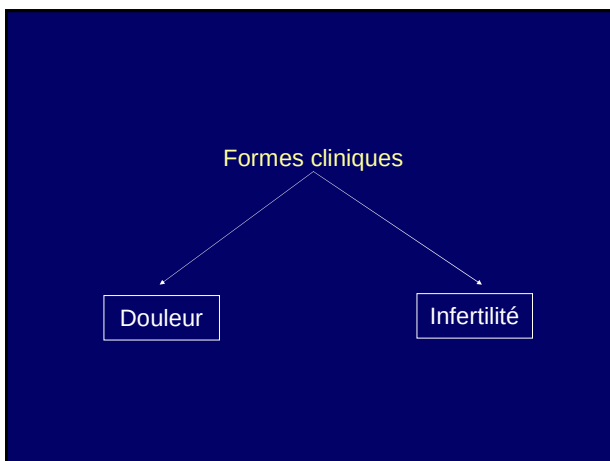
STADE	GRAVITE	SCORE
Stade I	minime	1-5
Stade II	légère	6-15
Stade III	modérée	16-30
Stade IV	sévère	31-54

F	FOYER (diamètre cumulé)	
0	absence	2 1 - 5 cm
1	< 1 cm	3 > 5 cm
2	profond ou superficiel	profond ou superficiel
O	OVAIRES (mesuration par imagerie)	
0	normal	3 3 - 5 cm
1	< 1 cm	5 > 5 cm ou bilatéral
2	1 - 3 cm	
A	ADHÉRENCES AVANT LYSE	
0	absence	3 absence mobilité trompe-ovaire
1	mobilité conservée	4 comblement du Douglas
2	mobilité partielle	
T	TROMPES	
0	normal	2 occlusion totale (proximale - distale)
1	occlusion partielle (proximale - distale)	
I	INFLAMMATION + ou -	
	appréciation visuelle : perte de brillance +/- hypervascularisation	
	% lésions typiques	
	% lésions blanches	
	% lésions rouges	
	F ... O ... A ... T ... I	

Localisations anatomiques







Buts: réduire les symptômes de l'endométriose

Abstention

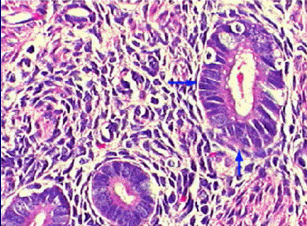
Traitements médicamenteux

Traitements chirurgicaux

Traitements médicaux

Traitements médicamenteux

Diminution des estrogènes
Traitements anti-inflammatoires



Contraception orale
Progestérone
Danazol
AINS
Analogue de LH-RH

Contraceptifs oraux en continue :

- Efficacité OP : littérature pauvre Moore Cochrane 2003
- Traitement de première intention si atteinte mineure
- Contraception continue ou cyclique : pas d'études
- OP monophasique
 - 30 microgrammes d'ethinylestradiol : Minulet, Moneva, Varnoline
 - 35 microgrammes d'ethinylestradiol : cylest, orthonovum, diane 35
 - 50 microgrammes d'ethinylestradiol : plannor, stédiril

Taux de réponse 75 %

Rapport AFSSAPS de 2005

Progestatifs

- Action : effet anti ovulatoire si administration >20 j / 28
- Progestatifs largement étudiés / peu-pas utilisés France
- AMM :
 - Orgamétril® 5mg
 - Luteran ® 5 ou 10 mg
 - Duphaston ® 10 mg
 - Depo prodasone ®
- Hors AMM
 - Lutenyl®
 - Surgestone ®
 - Mirena®

Anti-inflammatoires:

Diclofénac (voltarène® cps 50): 75-150 mg/j
Ibuprofène (brufen® cps 400): 800-1600 mg/j
Naproxène (naprosyne® cps 250): 1250 mg/j
Acide méfénamique (ponstyl® cps 250): 500-1500 g

Dysménorhées : Traitement de 1ère intention

Androgènes synthétiques:

Danazol ®
danatrol 200 mg
Effet anti-gonadotrope
Posologie 600-800 mg/j

Rapport AFSSAPS dec 2005

Agonistes de la Gn-RH

- 3 molécules / AMM / Endométriose stades 1- 4:
 - Leuproréline (Enantone LP® 3.75, 11.25 SC/IM)
 - Triptoreline (Décapeptyl LP ® 375, 11.25 IM)
 - Nafaréline (Synarel ® 0.2 mg / dose nasale)
- Durée de traitement limitée à 6 mois
- Prolongation 6 mois à 1 an pour Enantone
 - Add back therapy à partir du 3ème mois
 - Oestradiol micronisé (Provames®) : 2 mg / J
 - Promégestone (Surgestone®) : 0.5 mg / j

Stratégies thérapeutiques

Traitement des Algies pelviennes isolées

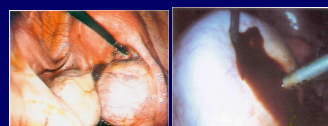
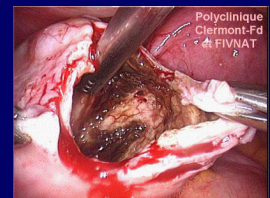
- Test thérapeutique pendant 3 mois
 - AINS
 - Contraception OP monophasique en continue
 - Macroprogestatifs en continue

AFSSAPS Dec 2005

Stratégies thérapeutiques :

Traitement des Endométrioses

- Traitement chirurgical
 - Kystectomie coelio
 - electrocoagulation



AFSSAPS Dec 2005

Stratégies thérapeutiques :

Traitement de l'endométriose modérée

- Test thérapeutique : analogues LHRH 3 mois
- Si efficace :
 - poursuite analogues: 6 mois (1 an pour Enantone®)
 - Relais par OP ou Macroprogestatifs
- Si échec : coelioscopie diagnostique et opératoire
 - Adhésiolyse + électrocoagulation des foyers

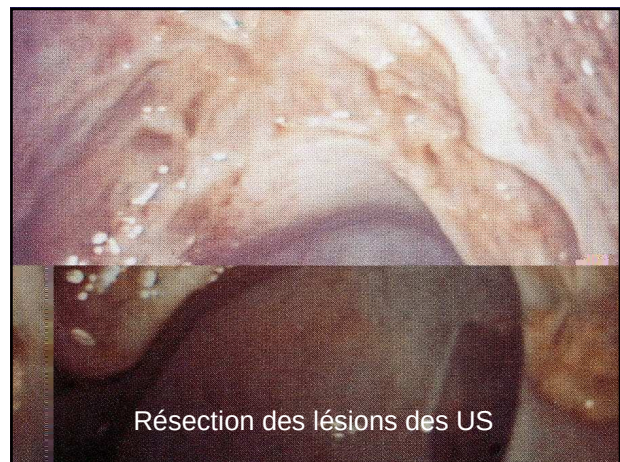
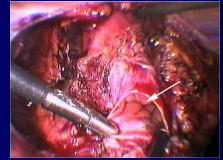
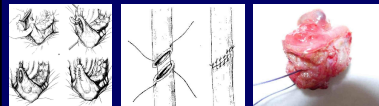
AFSSAPS Dec 2005

Stratégies thérapeutiques :

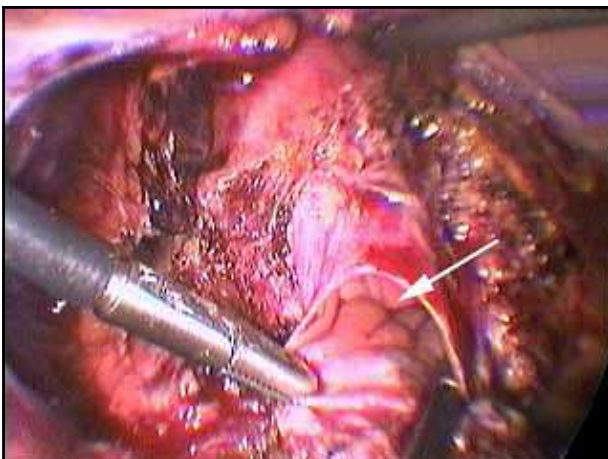
Traitement de l'endométriose pelvienne profonde (1)

Soit Traitement chirurgical

- Traitement de choix de l'EPP
- Résultats / radicalité de l'exérèse
- Morbidité péri op (fistules, récidives)
- Modalités exérèse / CARTOGRAPHIE
- Centre de référence
- Approche multidisciplinaire
- Informations / consentement



Résection des lésions des US



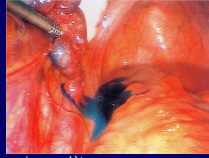
Stratégies thérapeutiques :

Traitement de l'endométriose pelvienne profonde (2)

- Soit traitement médical
 - Analogues LHRH pendant 3 mois
 - Si efficace : Total 6 mois (1 an pour Enantone®)
 - Si échec : traitement chirurgical
 - Indications
 - Existence doute diagnostique / test thérapeutique
 - Refus de chirurgie / Non acceptation des risques
 - Traitement post opératoire
 - Récidives douloureuses après chirurgie optimale

Stratégies thérapeutiques : Traitement de l'infertilité associée à l'endométriose

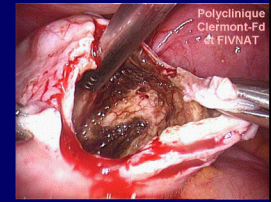
- Coelioscopie diagnostique et opératoire + épreuve au bleu
- Tmt médical seul : pas d'indication
 - Pas de preuves scientifiques
 - % survenue de grossesse idem
- Indications larges PMA :
 - stimulation ovarienne + IAC
 - Indications FIV d'emblée :
 - Adhérences pelviennes diffuses avec adhésiolyse incomplète
 - Facteurs d'infertilité associées / spermogramme
 - Age > 37 ans
 - Absence de grossesse 6 à 12 mois après coeliochirurgie



AFSSAPS Dec 2005

CAT si désir de grossesse

- Traitement coelioscopique :
 - Adhésiolyse
 - drainage des endometriomes
 - kystectomie
 - destruction des implants
 - Plastie tubaire
- Traitement médical : si chir incomplet
 - agonistes du GNRH
 - durée : 3 mois
 - surveillance : clinique , écho et CA 125
- En fin de séquence thérapeutique : optimiser la fertilité
 - Induction de l'ovulation
 - IUI
- Si absence de grossesse après une période de 6 mois à 1 an : FIV



Take home messages

- Message N°1: « penser à l'endométriose »
 - Douleurs : Délai moyen / diagnostic 7-11ans
 - Infertilité : Délai moyen / diagnostic 3 ans
- Message N°2: Importance de l'examen clinique
 - Lésions bleutées CDS vaginal post = pathognomonique du diagnostic
 - TV + TR : Recherche lésion nodulaire de la cloison recto vaginale
- Message N°3: Nécessité d'une cartographie lésionnel le par imagerie
 - Echographie +/- IRM +/- EER
- Message N°4 : intérêt du test thérapeutique 3 mois si douleur
 - Macroprogestatifs antigonadotrope
 - Oestroprogestatifs monophasique
- Message N°5 : Evaluation des EPP par un centre spécialisé
 - 3 questions : Faut il opérer ? Quand opérer ? Comment opérer ?
 - Chirurgiens gynécologues - digestifs - urologues - PMA - psychologues

Y a-t-il des récurrences douloureuses après traitement ?

Après chirurgie conservatrice	<u>19 %</u> à 5 ans
Après chirurgie radicale	<u>15 %</u> à 10 ans
Après traitement médical	<u>55 %</u> à 5 ans

Généralités et Endométriose

- Adapter les protocoles à chaque cas selon les désirs de la patiente
- Traitement uniquement si symptômes
- Ne pas vouloir à tout pris éradiquer les lésions surtout
- Rassurer la patiente sur le caractère bénin de son affection
- Informations / caractère chronique de la maladie
- Efficacité maximum pour le minimum d'agression chirurgicale
- Envisager le long terme pour les patientes algiques

L'ADENOMYOSE :

- clinique : **pathologie de la femme de la quarantaine , associée au fibrome utérin et à l'hyperplasie de l'endomètre . Un désir tardif de grossesse peut poser problème**
- paraclinique :
 - ✓ **hystérographie :**
 - signes directs : diverticules utérins
 - indirects : ectasie d'une corne
 - segmentation en ligne brisée des contours utérins
 - aspect en corne de taureau "tuba erecta"
 - ✓ **échographie :** images intra myométriales
 - ✓ **hystérocopie :**
 - orifices de diverticules
 - autres aspects non pathognomoniques
- Le traitement : **Peut-on optimiser la cavité utérine ?**
 - antigonadotropes
 - curetage , myomectomie
 - endometrectomie entraîne synéchie

ADENOMYOSE

