

Endométriose : des conséquences majeures

Une prise en charge précoce et multidisciplinaire est nécessaire pour limiter l'impact de la maladie sur le plan des douleurs, de la sexualité, de la fertilité, et socio-professionnel.

DR VÉRONIQUE CAYOL*, PARIS

1. L'endométriose est une maladie due à la présence de cellules endométriales qui refluent par les trompes et s'implantent en dehors de l'utérus. L'endométriose concerne 10 % des femmes, et son mécanisme de survenue est encore mal élucidé. Les cellules seraient transportées de façon rétrograde par les trompes lors des règles, et des facteurs immunologiques, génétiques, environnementaux... favoriseraient leur implantation et leur développement hors de l'utérus : sur les ovaires, sur le péritoine, la vessie, le rectum... Les cellules sont alors soumises aux variations hormonales et créent des lésions, des adhérences ou une inflammation localement. Lorsqu'elles s'implantent sur l'ovaire, il peut apparaître un kyste, ou endométriome.



2. On parle d'endométriose superficielle lorsque le péritoine est atteint, et d'endométriose profonde ou sous-péritonéale lorsque l'infiltration atteint la musculature des tissus ou lorsque l'atteinte est de plus de 5 mm sous le péritoine. Ces lésions concernent les ligaments utérosacrés, le cul-de-sac vaginal postérieur, la vessie, les uretères et/ou le tube digestif.

3. L'adénomyose est définie par la présence de cellules endométriales dans le myomètre, responsable d'une inflammation et d'une hypertrophie myométriale réactionnelles. Il existe de rares cas d'endométriose thoracique, pleural ou pulmonaire, responsable de pneumothorax cataménial, d'hémoptysie et de nodules pulmonaires.

4. L'endométriose peut être asymptomatique, et les deux circonstances diagnostiques principales, parfois associées, sont la douleur et l'infertilité.

5. La sémiologie des douleurs pelviennes est corrélée à la localisation des lésions :
- dysménorrhée souvent très intense (EVA > 7) et non soulagée par des AINS ;
- dyspareunie, le plus souvent profonde ;
- dysurie et dyschésies cataméniales ;
- douleur pelvienne chronique, cyclique ou non ;
- douleur abdominale ou digestive.

6. Un examen clinique normal (inspection au spéculum, toucher vaginal) n'exclut pas le diagnostic. Celui-ci repose sur un ensemble de signes, associant l'interrogatoire, l'examen clinique et l'imagerie, réalisée par des spécialistes (échographie, IRM, scanner...).

7. L'infertilité est quelquefois la circonstance de découverte de l'endométriose. Chaque étape de la reproduction est susceptible d'être atteinte : la présence dans un endroit inhabituel de ces cellules d'endomètre provoque des réactions inflammatoires, parfois très importantes, à l'origine de lésions définitives. On peut mettre en évidence des troubles de l'ovulation et des altérations précoces du fonctionnement ovarien, des troubles de la fécondation et de l'implantation. La seule présence de ces tissus inflammatoires crée un environnement toxique, qui peut nuire au bon déroulement du processus.

L'implantation sur les ovaires des fragments de tissu d'endomètre provoque le kyste endométriosique, ou endométriome : les tissus entrent dans l'ovaire et évoluent en se refermant sur eux-mêmes

pour former ces kystes très typiques de la pathologie. Ils ont tendance à augmenter de volume progressivement et peuvent provoquer une altération plus ou moins importante du fonctionnement ovarien et diminuer la qualité des ovules.

8. Les lésions d'endométriose sont le plus souvent visibles sur l'imagerie médicale lorsque celle-ci est réalisée par des médecins (radiologues ou gynécologues) qui en ont l'expérience. Il faut noter également que l'IRM est entachée de 20 % de faux positifs d'endométriose, ce qui nécessite une interprétation par des radiologues aguerris pour ne pas poser de diagnostic par excès.

9. Le traitement de première intention est médical, le but est de stopper les règles : pilules œstroprogestative ou progestative prises en continu. Le stérilet à la progestérone, qui peut supprimer les règles, est aussi une bonne option thérapeutique pour les patientes qui ont une endométriose légère à modérée. Ces traitements atténuent la douleur et stabilisent l'affection. Le traitement chirurgical, proposé en seconde intention, est efficace sur les lésions importantes, les kystes ovariens (endométriome), les situations rebelles aux traitements hormonaux et chez les patientes qui consultent pour un problème d'infertilité. L'exérèse chirurgicale des lésions améliore le taux de survenue d'une grossesse. En cas d'infertilité, l'aide médicale à la procréation est utile.

10. Des réseaux et des consultations multidisciplinaires sont maintenant mis en place dans différents hôpitaux, et regroupent des médecins spécialistes de l'endométriose (gynécologues, radiologues, médecins de la douleur, gastroentérologues) qui proposent une prise en charge adaptée à chaque situation, du diagnostic au traitement, et un accompagnement par des psychologues, kinésithérapeutes...

RÉFÉRENCE

HAS et CNGOF. Prise en charge de l'endométriose. Recommandation de bonne pratique. Décembre 2017.

* Le Dr Véronique Cayol déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.