

LA FICHE GYNÉCOLOGIQUE DE LA SEMAINE

Docteur DAVID ELIA
GYNECOLOGUE

241 rue du Faubourg Saint Honoré Paris 75008 France

TEL +33 142271687

Assistante: Sylvie

<tel:+33142271687>

courriel: docteurdavidelia@aol.com

Visitez les sites: www.docteurdavidelia.com et www.gynecole.com



FICHE ENDOMÉTRIOSE

Les chiffres nous apprennent que ce diagnostic n'est actuellement fait en France qu'au bout de 7 ans suivant le début des premiers symptômes. Mais heureusement aujourd'hui, grâce à la médiatisation de cette maladie, les femmes sont de plus en plus souvent alertées par des douleurs de règles insolites car elles résistent aux anti-inflammatoires et aux pilules contraceptives. Elles sollicitent alors plus rapidement leur médecin en lui demandant de confirmer ou d'infirmier ce diagnostic.

Mais cette médiatisation peut avoir aussi des côtés négatifs et très anxiogènes car avoir mal pendant les règles est un événement assez banal, surtout chez les adolescentes et les jeunes femmes indemnes d'endométriose. Et on le sait ces douleurs dites « essentielles » ont souvent tendance à disparaître spontanément avec les années qui passent.

1. Définition

L'utérus est un muscle creusé d'une cavité, tapissée par un tissu que l'on appelle **endomètre**. Ce tissu est dépendant des hormones ovariennes : très fin au début du cycle, il atteint presque 1 cm d'épaisseur juste avant les règles. C'est lui qui accueille l'œuf fécondé lorsqu'un début de grossesse survient.

L'endométriose est une maladie bénigne : un peu de tissu de l'endomètre est alors retrouvé hors de la cavité utérine, en des endroits inhabituels où il ne devrait pas du tout être : par exemple sur les ovaires, sur les trompes, sur les ligaments qui relient l'utérus aux différentes structures avoisinantes.... Et on comprend tout de suite pourquoi le principal symptôme de l'endométriose est **la douleur** : lorsque les règles surviennent, l'endomètre normal de la cavité saigne, mais les fragments d'endomètre situés en dehors de la cavité utérine saignent aussi et cela provoque localement une inflammation et une douleur qui ressemble à celle des règles (des contractions utérines) mais en général plus importantes et plus difficiles à traiter avec les médicaments habituels (paracétamol, anti inflammatoires, pilules contraceptives ...)

2. Les différentes localisations de l'endométriose :

On retrouve donc chez les femmes endométriosiques du tissu d'endomètre en dehors de l'utérus : sur un ou les deux ovaires (c'est ce que l'on appelle les kystes endométriosiques ou endométriome), sur le péritoine, sur des organes profonds, tels que la vessie, l'intestin, les ligaments qui « attachent » le muscle utérin aux structures voisines, voire en des localisations encore plus éloignées de l'utérus, comme par exemple, les poumons, le muscle diaphragme, Une forme d'endométriose à part est **l'adénomyose**, plus fréquente après 40 ans : les cellules de l'endomètre pénètrent dans le muscle même de l'utérus. Cette dernière forme crée des symptômes qui ressemblent à ceux éventuellement ressentis à l'adolescence : des douleurs de règles qui reviennent alors qu'elles avaient disparu depuis longtemps ainsi que des règles particulièrement longues et abondantes, voire des saignements en dehors des règles.

3. Les causes de l'endométriose

Il faut bien l'avouer, elles restent à ce jour relativement mystérieuses. La théorie la plus fréquemment avancée évoque : lors de la période contemporaine des règles un reflux de sang dépose un peu de cellules de d'endomètre sur les trompes, sur les ovaires et les autres organes avoisinants, voire des localisations beaucoup plus éloignées. Mais on pense aussi que certaines cellules embryonnaires pourraient se transformer en cellules endométriales, et dès lors, même sans reflux, expliquer la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. On évoque aussi certains aliments contenant des résidus hormonaux de pesticides.

4. Quelle est la fréquence de l'endométriose ?

Aujourd'hui, il est admis que 5 à 10% des femmes ont ou auront une endométriose. Mais il faut tout de suite préciser qu'il y a des endométrioses très importantes (c'est-à-dire de très nombreux foyers d'endomètres en dehors de la cavité utérine, disséminés dans la cavité pelvienne) et d'autres qui ne sont que des foyers extrêmement discrets, voire uniques et qui le plus souvent ne seront jamais diagnostiquées car ne créant aucun trouble.

5. Y-a-t-il des facteurs de risque connus ?

Les antécédents familiaux semblent exister pour environ 7% des femmes. La bonne nouvelle, c'est qu'un certain nombre de situations protège de l'endométriose : la prise prolongée de pilule contraceptive, les grossesses, les règles de survenue tardive vers 14, 15 voire 16 ans, et les cycles irréguliers survenant par exemple tous les 35-40-45 jours, voire plus.

6. Est-ce que l'endométriose provoque systématiquement une stérilité ?

Non. Il est important que vous compreniez que si la présence d'endométriose n'est pas synonyme de stérilité, les chances de mettre en route une grossesse diminuent avec l'importance des lésions : en moyenne la probabilité de mettre en route une grossesse est de 25% par cycle en temps normal, et de 7% chez les femmes qui ont de l'endométriose.

7. Comment fait-on le diagnostic d'endométriose ?

A. Tout d'abord, en écoutant attentivement vos plaintes :

- Des douleurs de règles importantes sont présentes dans 60% des cas.
- Des douleurs du bas ventre en dehors des règles dans 30 à 50 % des cas.
- Une infécondité dans 30 à 40 % des cas.
- Des douleurs dans le bas ventre pendant et après les rapports dans 25 à 40 % des cas.
- Très évocatrices sont les douleurs urinaires, brûlures *survenant et se répétant surtout en période de règles* ainsi que des *difficultés et douleurs pendant les selles*, ici aussi pendant les règles.
- Tout événement douloureux même à distance du bas ventre mais se manifestant régulièrement pendant les règles doit attirer notre attention.

B. Le toucher vaginal pendant l'examen gynécologique peut réveiller des douleurs en certains points précis, mais il est très souvent négatif et strictement normal. Parfois le médecin peut cependant être alerté par la perception d'un nodule douloureux, par certaines lésions visibles au niveau du vagin ou du col...

C. Le bilan sanguin n'apporte pas beaucoup d'informations, même s'il est classique de proposer des marqueurs sanguins tels que le CA-125 dont il faut bien dire qu'ils sont de faible sensibilité et qu'ils sont parfois plutôt utiles pour suivre l'évolution sous traitement.

D. L'échographie pelvienne et l'IRM pelvienne sont les examens radiologiques qui donnent le plus souvent la clé du diagnostic. Mais pour être performants ces examens doivent être pratiqués par un praticien rompu au diagnostic d'endométriose car les signes radiologiques sont parfois si discrets qu'ils pourraient échapper à sa sagacité.

D. Enfin, un examen chirurgical que l'on nomme cœlioscopie, (au bloc opératoire sous anesthésie générale : introduction d'un optique dans le ventre) confirme, en général, le diagnostic d'endométriose s'il était encore méconnu ou seulement soupçonné par les examens radiologiques. Mais attention, ici aussi, il convient de confier cet examen à un chirurgien « expert en endométriose » : les lésions, lorsqu'elles sont discrètes, pourraient facilement passer inaperçues sous l'optique d'un médecin non expérimenté à ce type de diagnostic.

Les traitements de l'endométriose

NB : L'endométriose est une maladie *chronique* évoluant pendant de nombreuses années et son meilleur traitement reste la grossesse à terme.

Il y a 4 démarches parfois mêlées entre elles au fil du temps et des années :

- ◇ *L'abstention* de tout traitement est de mise, en l'absence de symptôme gênant (de nombreuses femmes peuvent être concernées par l'endométriose sans même le savoir).
 - ◇ Les traitements médicamenteux (et aussi dans une certaine mesure des traitements dits « compléments alimentaires »)
 - ◇ Les traitements chirurgicaux.
 - ◇ A part enfin le traitement de l'infécondité éventuelle.
- Les traitements médicamenteux (non chirurgicaux) doivent être très largement prescrits avant que d'éventuellement et si nécessaire passer à la chirurgie. Ils permettent d'éliminer la douleur

et de mener une vie normale. Ces traitements sont variés, à base d'hormones proches de la progestérone le plus souvent. Dans certains cas l'induction médicamenteuse d'une « fausse ménopause » temporaire de quelques mois, peut avoir un résultat tout à fait spectaculaire sur la douleur. Ainsi : des médicaments comme le dienogest (molécule proche de la progestérone, qui bloque l'ovulation et les règles), le danazol (une autre molécule aujourd'hui très peu prescrite en raison de ses effets secondaires), les analogues du LH RH - ceux-là mêmes qui provoquent une ménopause temporaire. Mais dans la pratique et en dehors d'un désir de grossesse, on prescrira le plus souvent surtout **une pilule estro-progestative** ou **progestative seule** (respectivement : celles contenant des estrogènes + un progestatif ou celles ne contenant qu'un progestatif). Ces pilules ont toutes le même objectif : éliminer les règles pour éliminer la douleur, ce qui est en général obtenu par leur continuation « non-stop » c'est-à-dire sans jour d'arrêt entre chaque plaquette. Dans le même ordre d'idée, la mise en place d'un stérilet hormonal qui, dans une majorité des cas arrête progressivement les règles, peut donc se révéler comme une bonne alternative aux comprimés de pilules ou autres médicaments progestatifs.

NB : Ces traitement ne guérissent pas l'endométriose : leur but essentiel est d'en effacer la douleur.

- Dans un certain nombre de cas la chirurgie doit être envisagée, par exemple quand l'endométriose intéresse des organes importants tels que le côlon, la vessie, quand les kystes endométriosiques de l'ovaire deviennent trop gros et surtout quand les symptômes douloureux, pendant ou en dehors de l'activité sexuelle, ne sont pas suffisamment diminués par les médicaments et compatibles avec une vie normale, Il s'agit souvent d'une chirurgie difficile, qui ici aussi doit être exclusivement pratiquée par des chirurgiens rompus aux traitements de l'endométriose. Il s'agit souvent d'interventions complexes et longues au cours desquelles le chirurgien s'efforce, si possible, d'enlever les foyers d'endométriose sans agresser les organes avoisinants. Après l'intervention, les femmes auront souvent besoin de traitements médicaux hormonaux (cités plus haut) qui viendront consolider la situation. La chirurgie peut certes augmenter les possibilités de grossesse chez les femmes ayant des difficultés à être enceinte, mais elle a aussi l'inconvénient potentiel de diminuer la réserve ovarienne en ovules (œufs féminins).
- Enfin, en cas d'infécondité, la procréation médicalement assistée (fécondation in vitro, insémination intra utérine ...) reste le traitement le plus souvent proposé surtout chez les femmes de plus de 35 ans ou chez celles pour lesquelles la chirurgie n'a pas été efficace.