

# DÉSIR D'ENFANT

ET ENDOMÉTRIOSE



**ISFR**

Institut Serono pour la Fertilité et la Reproduction



# 4

Introduction



# 5

Comment se développe-t-elle ?



Qui touche-t-elle ?



# 6

L'endométriose peut-elle être grave ?



Quels sont les tissus touchés par une endométriose et quelles sont les conséquences ?



# 7

Que puis-je ressentir si je suis porteuse d'une endométriose ?



## 8

Est-ce que l'endométriose peut se transformer en cancer ?

Comment être sûre que je suis porteuse d'une endométriose ?

## 9

Peut-on faire un diagnostic d'endométriose par une prise de sang ?

Existe-t-il un traitement contre l'endométriose ?

## 10

Chirurgie ou médicament ?

## 11

Conclusion





## INTRODUCTION

Cet enfant tant attendu tarde à venir et le bilan réalisé par votre médecin a révélé la présence d'une "endométriose". Ou peut-être cette maladie existait-elle déjà et semble aujourd'hui peser dans la responsabilité de votre hypofertilité... Cette endométriose, légère ou lancinante, qui est-elle ?

L'endomètre est cette muqueuse qui se développe dans l'utérus et se transforme au cours de chaque cycle pour éventuellement accueillir un embryon. Elle est éliminée au cours des règles s'il n'y a pas de début de grossesse. L'endométriose se définit par la présence en dehors de la cavité utérine de tissu identique à l'endomètre. Le plus souvent en cas d'endométriose, ces tissus sont retrouvés à proximité de l'utérus sur les ovaires ou les trompes ; plus rarement ils se localisent sur des organes comme la vessie ou l'intestin. Personne ne sait exactement aujourd'hui pourquoi ces tissus quittent leur site d'origine et s'implantent ailleurs.





## Comment se développe-t-elle ?

---



Parmi les différentes hypothèses évoquées, la plus acceptée est celle de la migration de fragments d'**endomètre** libérés au cours des règles et migrant par les trompes jusque dans la cavité abdominale. Mais, il faut savoir que 90% des femmes présentent un reflux au cours des menstruations et ne développent pas pour autant systématiquement une **endométriose**...



Une autre éventualité serait que ce tissu endométrial se serait développé en dehors de l'**utérus** déjà bien avant la naissance.



Enfin, on peut imaginer que ces fragments de tissu aient pu "voyager" à l'aide des principaux moyens de transport de notre corps, c'est-à-dire le sang veineux ou la lymphe.



## Qui touche-t-elle ?

---

Vraisemblablement dans la population générale, 1 femme sur 7 entre 15 et 45 ans serait atteinte d'**endométriose**. Mais comme cette pathologie ne se manifeste pas toujours cliniquement, ces chiffres sont difficilement vérifiables.

Les statistiques sont plus fiables en ce qui concerne les patientes qui consultent pour **infertilité** car beaucoup d'entre elles auront bénéficié d'une **coelioscopie** (acte chirurgical pratiqué sous anesthésie générale) permettant de faire le diagnostic précis d'**endométriose**. On estime que 10% de ces patientes présenteraient une **endométriose**, quelle que soit sa gravité.

Par ailleurs, les études suggèrent que 30 à 40% des patientes qui sont porteuses d'une **endométriose** présentent également un problème d'**infertilité**. Un grand nombre de cycles non interrompus par des grossesses favorise manifestement l'apparition et l'évolution d'une **endométriose**, la grossesse pouvant représenter une "pause" dans le développement de l'**endométriose**. Il est donc logique d'évoquer une relation entre **endométriose** et baisse de fertilité sans pouvoir préciser toutefois quelle est celle qui est la conséquence de l'autre...



## L'endométriose peut-elle être grave ?



Il existe des formes graves, heureusement rares, pouvant nécessiter des interventions chirurgicales dépassant la sphère gynécologique (digestive ou urinaire).



En terme de fertilité, une femme porteuse d'une endométriose sévère peut très bien arriver à obtenir une grossesse naturellement, alors qu'une femme atteinte d'une endométriose légère devra peut-être recourir à une aide médicale. Donc, être porteuse d'endométriose n'est pas nécessairement synonyme d'infertilité. Tout dépend vraisemblablement du type et de l'évolution des lésions constatées.



## Quels sont les tissus touchés par un endométriose et quelles sont les conséquences ?

Toutes les étapes de la reproduction sont susceptibles d'être touchées : la présence dans un endroit inhabituel de ces fragments d'endomètre provoque des réactions inflammatoires, qui peuvent être très importantes et provoquer des lésions définitives. On peut mettre en évidence des troubles de l'ovulation, des altérations précoces du fonctionnement ovarien, des anomalies de la fécondation et de l'implantation. La seule présence de ces tissus inflammatoires crée une "ambiance" toxique qui peut nuire au bon déroulement du processus.

Lorsque ces fragments d'endomètre sont implantés sur le péritoine, ils vont altérer la nature de ce feuillet et provoquer la formation "d'adhérences" (accolement de tissus). Ces adhérences sont comme des voiles qui vont "emprisonner" les différents organes qui auront perdu de leur mobilité et leur souplesse. Par exemple, les trompes peuvent être altérées et ne plus permettre le passage de l'ovule ou de l'embryon. L'implantation sur les ovaires de ces mêmes fragments de tissu d'endomètre provoque une réaction étrange : les tissus "rentrent" dans l'ovaire, on dit "s'invaginent" et évoluent en se refermant sur eux-mêmes pour former un kyste très typique de cette pathologie, le kyste endométriosique.

Ce kyste contient un liquide très particulier que l'on appelle volontiers "liquide chocolat" à cause de sa texture et de sa couleur. Il s'agit en fait de sang (puisque ces fragments de tissu "saignent" comme ceux situés normalement dans l'utérus) et ce sang ne peut être évacué puisqu'il est encapsulé.

Ces **kystes** 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. Enfin ces tissus "voyageurs" peuvent se "tromper" de direction et pénétrer alors dans la paroi de l'**utérus** au lieu de s'éliminer naturellement lors des règles. Là encore, ces petits amas de tissus vont évoluer en s'invaginant et en formant de petites "grottes" communicant ou pas avec la cavité de l'**utérus** et pouvant constituer en quelque sorte un terrain "piégé" et peu hospitalier lorsque l'**embryon** va chercher un endroit "accueillant" pour s'implanter. Ces lésions au niveau même de la cavité de l'**utérus** portent le nom d'"**adenomyose**".

Toutes ces réactions peuvent être à l'origine de douleurs, mais il n'y a pas de lien entre la gravité des lésions et l'intensité de la douleur. C'est ainsi que de petits "lots" d'**endométriose** peuvent provoquer des troubles et douleurs importantes, selon leur localisation. Des lésions importantes peuvent cependant rester silencieuses.

C'est pourquoi dans le cadre du bilan réalisé chez un couple infertile, l'**endométriose** est recherchée si aucune autre explication n'est retrouvée mais aussi d'emblée lorsqu'une patiente se plaint de douleurs ou de troubles pouvant évoquer cette pathologie.



## Que puis-je ressentir si je suis porteuse d'une endométriose ?

L'**endométriose** est responsable de douleurs du pelvis (bas-ventre) qui se manifestent volontiers au cours des règles qui sont souvent abondantes, mais ces douleurs peuvent aussi être présentes en dehors des cycles.

Il peut s'agir également de douleurs au cours des rapports (sensation de douleur "profonde") ou en allant uriner ou à la selle. On décrit également des troubles intestinaux tels nausées, vomissements ou diarrhées. Parfois, la douleur est diffuse et non liée à un organe en particulier.

Tous ces signes sont malheureusement souvent répandus dans la population générale et donc pas très spécifiques, mais plus les règles sont douloureuses, plus le risque de présenter une **endométriose** est élevé. Mais il est important de savoir que l'**endométriose** peut également n'être source d'aucune douleur...





## Est-ce que l'endométriose peut se transformer en cancer ?

L'endométriose reste une affection bénigne même si elle est parfois source de douleurs importantes. Très exceptionnellement, l'endométriose se transforme en cancer, parfois après une longue période. Son aptitude à la récurrence ne permet en aucun cas de la comparer à une quelconque forme de cancer.



## Comment être sûre que je suis porteuse d'une endométriose ?



### L'examen clinique est souvent négatif

L'échographie, examen non invasif, est toujours proposée en premier lieu. Elle permet de visualiser et différencier les différents kystes ovariens. Il peut y avoir des kystes autre qu'endométriologiques. Cependant, les kystes endométriologiques sont très reconnaissables à l'échographie. Les lésions situées ailleurs que sur l'ovaire (sur le périotoine par exemple) sont plus difficilement reconnues par l'échographie. L'hystérosalpingographie (ou radio de l'utérus et des trompes) est un examen essentiel pour découvrir l'endométriose de l'utérus, c'est-à-dire l'adenomyose. Elle permet également d'évaluer les lésions des trompes mais elle ne doit pas être réalisée systématiquement pour un bilan d'endométriose. Le diagnostic est finalement affirmé avec certitude par la coelioscopie.



La question clef est de savoir si une coelioscopie est ou non justifiée. Il importe que vous en discutiez avec votre médecin pour qu'il puisse, dans votre situation unique, vous expliquer les bénéfices attendus et les risques encourus de cet examen. Elle est surtout utile lorsqu'une ablation chirurgicale des lésions d'endométriose est envisagée simultanément, comme la résection chirurgicale (retrait) d'un kyste de l'ovaire.







## Peut-on faire un diagnostic d'endométriose par une prise de sang ?

Aucune analyse biologique ne permet d'affirmer le diagnostic d'endométriose.



## Existe-t-il un traitement contre l'endométriose ?

Il existe 2 types de traitements, un médicamenteux et un chirurgical.

Dans la situation particulière où désir de grossesse et endométriose sont liés, il est évident que le but principal du traitement sera de préserver, maintenir ou restaurer la fertilité.

Les différents traitements médicamenteux reposent tous sur le même principe : supprimer le cycle menstruel afin de diminuer, voire même supprimer les hormones secrétées naturellement par les ovaires au cours du cycle, estrogènes et progestatifs, ce qui soulage les troubles et diminue la prolifération des foyers d'endométriose.

Dans ce cas, les médicaments les plus utilisés sont certains "analogue de la GnRH". Ces traitements inhibent l'ovulation. Très efficaces, ils induisent en quelques jours une véritable ménopause artificielle qui va s'installer et durer dès la première injection (mensuelle ou trimestrielle suivant la durée d'action du produit). En moyenne, le traitement dure de trois à six mois. Les effets indésirables souvent constatés sont ceux de la ménopause : bouffées de chaleur, sueurs, sécheresse vaginale, troubles de l'humeur, diminution de la libido.

Si le traitement est long (supérieur à 6 mois), on peut être confronté également au risque de diminution de la densité osseuse. Lorsque l'on sait que le traitement va être long ou lorsque les effets secondaires sont mal supportés, il est possible de palier cette situation difficile en apportant de faibles doses d'estrogènes et de progestatifs sous forme de comprimés, de crème ou de patches. C'est ce que l'on appelle "l'add-back" thérapie. Ce traitement ne nuit pas aux effets initiaux des analogues de la GnRH et permet de mieux supporter les inconvénients qui y sont liés.

Les analogues de la GnRH peuvent être associés à la chirurgie soit avant l'opération pour diminuer l'ampleur des lésions à traiter et faciliter l'acte chirurgical, soit après l'opération lorsque la destruction de l'ensemble des lésions n'a pas été possible ou pour prévenir une récurrence.





Enfin, les progestatifs et la pilule peuvent contribuer à une diminution des hormones circulantes mais, dans une moindre mesure, ils sont donc réservés au stade léger de l'**endométri**ose, tout en sachant bien sûr que le corollaire est l'absence d'ovulation.



La chirurgie peut s'effectuer presque toujours par **laparoscopie** (ou **coelioscopie**), plus rarement par laparotomie (ouverture de l'abdomen). La **laparoscopie**, réalisée sous anesthésie générale, consiste à pratiquer une petite incision sous le nombril par laquelle on introduit une caméra qui permettra de visualiser l'intervention. Celle-ci sera réalisée par des instruments introduits par de petites incisions au niveau de l'abdomen. On peut ainsi détruire par impulsion électrique ou par laser les petites lésions d'**endométri**ose, enlever les **kystes** endométriosiques ou libérer les **adhérences**.



La **laparoscopie** permet un rétablissement plus rapide après l'intervention et c'est pourquoi cette technique sera préférée chaque fois qu'elle est possible (des lésions très étendues ou des réinterventions peuvent contraindre par exemple à la laparotomie).



## Chirurgie ou médicament ?

Dans les **endométri**oses légères, la fertilité spontanée n'est pas nulle. Ni les traitements médicaux ni la chirurgie ne semblent influencer fondamentalement sur les résultats. Les traitements d'AMP (aide médicale à la procréation) donnent des résultats appréciables.

Dans les **endométri**oses sévères, la fertilité spontanée est assez faible. Les traitements médicaux sont peu efficaces, mais la chirurgie (ou la **laparoscopie**) a sa place. Si la grossesse se fait attendre, la **fécondation in vitro** doit être rapidement proposée. Les chances de succès sont bonnes mais le traitement de stimulation de la **fécondation in vitro** peut également provoquer une poussée d'**endométri**ose...

Actuellement les petits **kystes** endométriosiques sont plutôt ignorés, les plus gros sont souvent opérés. Si d'autres causes d'**infertilité** sont associées (féminine ou masculine) et/ou si la patiente approche 38 ans, l'AMP doit être rapidement proposée. Une des particularités de l'**endométri**ose est son pouvoir de récurrence, jusqu'à la ménopause. La grossesse et l'allaitement sont également volontiers des périodes de "trêve" sur le plan de l'évolution de l'**endométri**ose.



## CONCLUSION

### D'AUTRES QUESTIONS ENCORE ?

Nous espérons que ces quelques explications auront permis d'ouvrir le dialogue que vous ne manquerez pas d'avoir avec votre médecin ; en effet, lui seul connaît les particularités de votre situation et saura au mieux répondre à vos attentes. N'hésitez pas à poser les questions qui vous traversent la tête, elles méritent toutes une réponse...

# LEXIQUE :

**Adhérence :**

Accolement de tissus.

**Coelioscopie / Laparoscopie :**

Examen visuel direct des ovaires, de l'extérieur des trompes de Fallope et de l'utérus, effectué au moyen d'un instrument à fibre optique qui est inséré par une petite incision au dessous du nombril.

**Echographie :**

Technique diagnostique utilisant des ondes ultra-sons, plutôt que des rayons X, pour visualiser les structures internes du corps.

**Endomètre :**

Muqueuse se développant dans l'utérus et se transformant au cours de chaque cycle pour éventuellement accueillir un embryon. L'endomètre est éliminé au cours des règles.

**Endométriose :**

Présence en dehors de la cavité utérine de tissu identique à l'endomètre.

**Embryon :**

Stade initial de la croissance du fœtus.

**Fécondité :**

Fait d'avoir conçu ou d'avoir mis au monde au moins un enfant.

**Fécondation :**

Union d'un gamète mâle (spermatozoïde) et d'un gamète femelle (ovocyte) aboutissant à la formation d'un zote (embryon).

**Follicule :**

Structure à l'intérieur de l'ovaire qui nourrit l'ovocyte en voie de développement et à partir duquel ce dernier est libéré.

**Hypofertile :**

Diminution de la fertilité.

**Hystérosalpingographie :**

Étude au moyen de radiographies, effectuée par injection d'un colorant dans l'utérus pour examiner la forme de la cavité utérine et la perméabilité des trompes de Fallope.

**Implantation :**

Fixation de l'ovocyte fécondé dans l'endomètre (paroi interne de l'utérus).

**Infertilité :**

Incapacité d'un couple à obtenir une grossesse après environ une année de rapports sexuels réguliers non protégés, ou l'incapacité d'une femme à mener une grossesse jusqu'à terme.

**Kyste :**

Poche de liquide entourée d'une membrane qui s'est développée au sein d'un ovaire.

**Ovaires :**

Glandes sexuelles féminines qui produisent les hormones œstrogène et progestérone, et à partir desquelles les ovocytes sont libérés. Il y a deux ovaires, un de chaque côté du bassin.

**Ovocyte (ou ovule) :**

Cellule reproductrice féminine produit par l'ovaire.

**Ovulation :**

Libération d'un ovocyte ayant atteint la maturité qui se produit vers le milieu du cycle menstruel.

**Péritoine :**

Membrane qui tapisse la face profonde de la cavité abdomino-pelvienne et les viscères qu'elle contient.

**Utérus :**

Organe pelvien en forme de poire qui abrite et nourrit le fœtus jusqu'à la naissance.

# MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE DE L'ISFR

**Pr. Jean-Marie Antoine**

Professeur des Universités  
Praticien hospitalier  
Service de Gynécologie-Obstétrique  
Hôpital Tenon – Paris

**Dr. Catherine Avril**

Médecin de la Reproduction  
Clinique Saint-Antoine – Bois-Guillaume

**Dr. Jean-Marie Barbeault**

Gynécologue-Obstétricien  
Responsable clinique du centre d'AMP  
de la clinique Saint-George – Nice

**Dr. Bruno Camier**

Gynécologue-Obstétricien  
Clinique Sainte-Thérèse – Amiens

**Dr. Isabelle Cédric-Durnerin**

Endocrinologue, Médecin de la Reproduction  
Hôpital Jean-Verdier – Bondy

**Dr. Dominique Cornet**

Gynécologue-Obstétricien  
Attaché à la maternité  
de l'Hôpital Tenon – Paris

**Dr. Véronique Isnard**

Centre médical à la procréation  
Hôpital de l'Archet II – Nice

**Dr. Catherine Nathan**

Gynécologue-Obstétricien – Paris

**Dr. Isabelle Parneix**

Médecin de la reproduction – Bordeaux

**Dr. Michelle Plachot**

Chargée de recherche – INSERM  
CHI Jean-Rostand – Sèvres

**Pr. Jacqueline Selva**

Professeur des Universités  
Praticien hospitalier  
Laboratoire de Biologie de la Reproduction  
Centre hospitalier Intercommunal  
de Poissy – Saint-Germain-en-Laye

**Dr. Robert Wainer**

Praticien hospitalier  
Service de Gynécologie-Obstétrique  
Centre hospitalier Intercommunal  
de Poissy – Saint-Germain-en-Laye

**Pr. Jean-Philippe Wolf**

Professeur des Universités  
Praticien hospitalier  
Laboratoire de Biologie de la Reproduction  
Hôpital Jean-Verdier – Bondy



Serono France S.A.  
738, rue Yves Kermen  
92658 Boulogne Cedex  
Tél. : 01.47.61.13.13  
Fax : 01.47.61.00.01

Information médicale  
et service clients :

► N° Vert 0 800 888 024

Site internet : [www.serono.fr](http://www.serono.fr)