

L'ENDOMÉTRIOSE

Définition

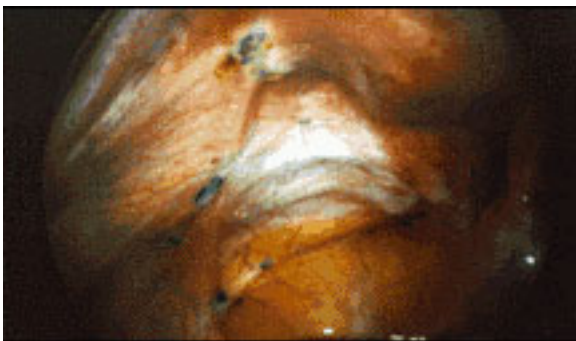
Qu'est-ce que l'endométriose ?

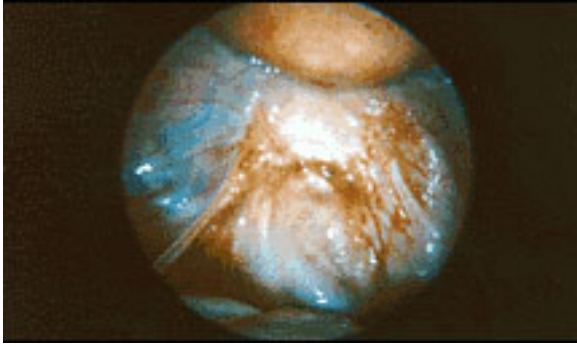
L'intérieur de l'utérus est recouvert d'une couche de tissu qu'on appelle l'endomètre qui est éliminé hors de l'utérus durant les règles.

L'endométriose est une maladie gynécologique dans laquelle on retrouve du tissu de l'endomètre en dehors de l'utérus, soit sur les ovaires, les trompes, les ligaments qui soutiennent l'utérus et quelques fois, sur les autres organes du petit bassin, comme la vessie, l'intestin et le vagin.



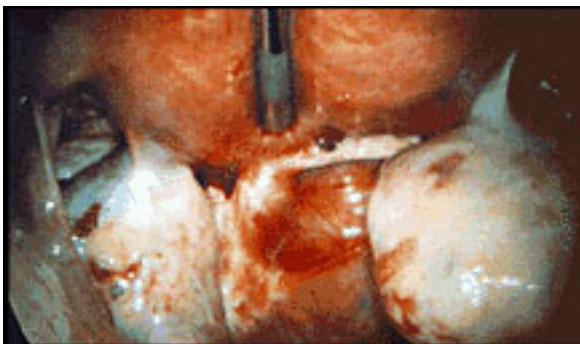
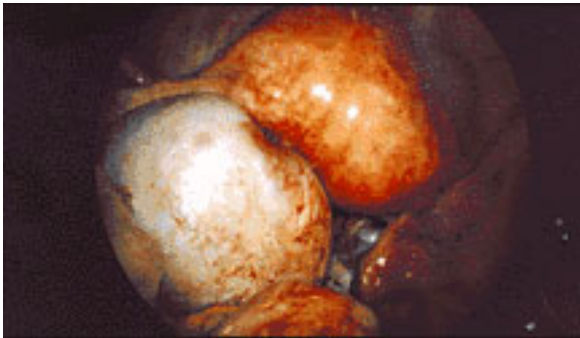
Endométriose - Stade I





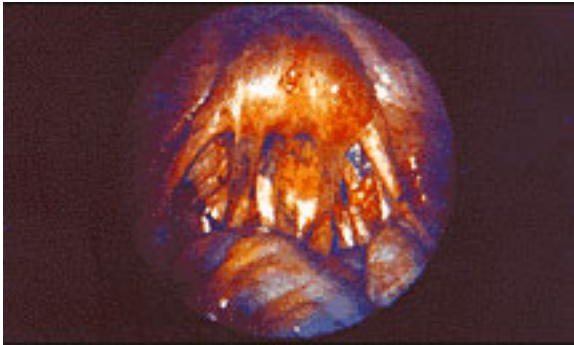
Dans les cas plus avancés, du tissu cicatriciel peut se former sur les trompes, les ovaires et nuire à la mobilité de la trompe, empêcher la libération de l'oeuf et perturber le passage de l'oeuf fécondé des trompes vers l'utérus. Dans ces cas, la femme peut devenir infertile.

Endométriose - Stade III



Comme l'endomètre qui tapisse l'intérieur de l'utérus, les lésions d'endométriose répondent aux hormones durant le cycle menstruel. Elles se développent durant chaque mois, se congestionnent et saignent durant les règles. Lors de ces saignements, elles irritent la membrane qui tapisse l'intérieur de l'abdomen, que l'on nomme le péritoine.

Endométriose - Stade IV



Occasionnellement, lorsque le passage au niveau du col est rétréci ou cicatriciel, une pression s'exerce à l'intérieur de l'utérus, qui force les menstruations à refouler au niveau des trompes et à se déverser dans le petit bassin. La plupart des femmes, durant leur menstruation, éprouve ce phénomène que l'on nomme des menstruations rétrogrades. Il existe dans le sang de la majorité des femmes, des facteurs qui digèrent et éliminent ces substances sanguines probablement toxiques pour le péritoine. D'autres, par ailleurs, sont génétiquement dépourvues de telles cellules qui éliminent le sang menstruel contenu dans le péritoine. C'est alors que se développent des incrustations au niveau de la membrane du péritoine qui favorisent le développement de l'endométriose, surtout au niveau des ligaments suspenseurs de l'utérus, des trompes et des ovaires. Lorsqu'une patiente est porteuse d'endométriose, ses soeurs ont 10 fois plus de probabilité d'en développer et la maladie risque d'être plus sévère.

L'organisme réagit à ce saignement en développant du tissu cicatriciel. C'est l'accumulation de ce tissu cicatriciel qui provoque les douleurs au bas ventre chez de nombreuses femmes atteintes d'endométriose. Toutefois, l'intensité de la douleur n'est pas toujours proportionnelle à l'étendue des lésions d'endométriose et peut témoigner de crampes utérines secondaires à des caillots qui obstruent le canal du col utérin.

Incidence

Quelle est l'incidence de l'endométriose ?

L'endométriose survient chez 7% à 10% de la population féminine, en général, et jusqu'à 50% des patientes atteignant la pré-ménopause. On retrouve de l'endométriose chez 38% des patientes infertiles et chez 70% à 87% des femmes souffrant de douleurs chroniques, au niveau du petit bassin.

Causes

Nul ne connaît, de façon certaine, les causes de l'endométriose ni pourquoi certaines femmes en sont atteintes, mais les antécédents familiaux influent sur l'occurrence de cette maladie. Plusieurs théories ont été émises en rapport au développement de l'endométriose. Selon l'une d'elles, le liquide menstruel, qui, normalement, s'écoulerait du vagin, suivrait un mouvement contraire et remonterait dans l'utérus (menstruations rétrogrades). Des morceaux de revêtement utérin se fixent sur d'autres organes et grossissent.

Puisque le phénomène de menstruations rétrogrades est assez fréquent, d'autres chercheurs émettent l'hypothèse selon laquelle l'endométriose serait causée par une déficience du système immunitaire. Selon une autre théorie, les cellules endométriales seraient transportées dans le sang. Les causes environnementales, telle l'exposition aux dioxines, font aussi l'objet d'études

Source : *Le Réseau canadien pour la santé des femmes - Ressources RCSF*

Symptômes

Quels sont les symptômes de l'endométriose ?

Les symptômes les plus fréquents de l'endométriose incluent :

- Des **douleurs** progressives ou excessives durant les menstruations. Ces douleurs peuvent devenir très sévères et s'étendre au niveau des jambes ou dans le bas du dos.
- Des douleurs au bas ventre, avant et après les menstruations.
- Des douleurs lors des relations sexuelles.
- L'endométriose constitue la principale cause de l'**infertilité** chez la femme.
- Les règles peuvent devenir abondantes ou irrégulières.

Quelques fois les femmes atteintes d'endométriose ne présentent **aucun symptôme**.

Diagnostic

Comment fait-on le diagnostic de l'endométriose ?

Si vous avez l'un des symptômes de l'endométriose, parlez-en à votre médecin qui vous fera un questionnaire et un examen gynécologique complet. Lors de l'examen, il pourra retrouver un utérus basculé vers l'arrière, des douleurs au niveau des ligaments suspenseurs de l'utérus ou à la palpation des ovaires ou des trompes. Il peut également faire la découverte d'un kyste ovarien ou de granulations situées derrière l'utérus. Une échographie pelvienne ou vaginale permet de localiser des kystes d'endométriose qui peuvent se situer en dehors de l'utérus.

Lorsqu'il soupçonne de l'endométriose, votre médecin pourra vous référer à un gynécologue qui pratiquera alors une laparoscopie.

Traitements

Explications générales

Une fois que la laparoscopie a confirmé le diagnostic d'endométriose, le traitement laparoscopique peut généralement être effectué immédiatement. Grâce à l'introduction de trois ou quatre tubes au niveau de l'abdomen, le chirurgien peut procéder à l'excision des lésions d'endométriose soit à l'aide d'un électrocautère, du LASER ou grâce au bistouri ultrasonique. Le chirurgien peut également sectionner les adhérences et rendre la mobilité aux organes du petit bassin, tels que les ovaires, les trompes, l'utérus, les intestins et la vessie. Par la suite, selon que la patiente désire ou non des enfants, ou que les principaux symptômes soient reliés à l'infertilité ou à la douleur, plusieurs types de traitement peuvent être envisagés et le mérite de chacun doit être discuté individuellement avec chaque patiente.

Chez les patientes ne désirant pas de grossesse et au delà de la quarantaine, le traitement définitif consiste à procéder à une hystérectomie.

Ce traitement chirurgical peut être précédé ou suivi d'un traitement médical qui peut aider le gynécologue à garder les ovaires qui sont responsables du maintien et de la croissance de l'endomètre. C'est ce tissu qui tapisse l'intérieur de la cavité de l'utérus et qui continue d'être stimulé par les hormones de l'ovaire. Il est impératif lorsque l'on conserve les ovaires, de s'assurer que tout le tissu cicatriciel et que l'endométriose soient extirpés pour éviter le retour des symptômes. Lorsqu'il n'existe pas d'endométriose ou de tissu cicatriciel après l'hystérectomie, les risques du retour de la maladie ne sont que de 10%. Par ailleurs, s'il existe du tissu d'endométriose et que les ovaires sont conservés, la possibilité d'une nouvelle intervention se situe aux environs de 50%.

Traitements naturels

■ ■ ■ Grossesse et ménopause

Dans la vie d'une femme il existe deux événements naturels qui améliorent les signes et symptômes de l'endométriose: la grossesse et la ménopause. Dans les deux cas, l'hypophyse, qui est une glande située à la base du cerveau, cesse de libérer des stimulants des ovaires (gonadostimulines) qui produisent à leur tour des oestrogènes. L'ovulation et les menstruations sont ainsi interrompues et la femme est soulagée des symptômes de l'endométriose. L'hormonothérapie agit en reposant les ovaires pendant une certaine période pendant laquelle les lésions d'endométriose se dégradent et disparaissent pour un certain temps. Il existe plusieurs types de traitement hormonal.

Traitements médicaux

■ ■ ■ Les pilules contraceptives

Les contraceptifs oraux, en bloquant l'ovulation, empêchent la libération des hormones de l'hypophyse qui viennent stimuler l'ovaire. Il s'en suit une diminution des menstruations, du reflux menstruel et également une diminution de la stimulation des implants d'endométriose.

■ ■ ■ Le Danazol (Cyclomen)

Cette hormone synthétique bloque la sécrétion des ovaires et produit une ménopause artificielle. Elle permet ainsi à l'endométriose de sécher et de s'amenuiser. La plupart des femmes cessent d'avoir leurs règles lorsqu'elles prennent ce médicament. La durée d'administration est habituellement de six à neuf mois. Cette médication est surtout efficace dans le traitement des douleurs mais a peu d'indications dans l'infertilité. Ses effets secondaires les plus fréquents consistent à une prise de poids d'environ quatre ou cinq livres, le premier mois, quelques bouffées de chaleurs, une sécheresse vaginale, ainsi que la possibilité d'apparition d'acné ou de peau grasse, qui disparaissent après l'arrêt du traitement.

■ ■ ■ Les hormones progestatives

Les hormones progestatives, qui agissent d'une façon générale, bloquent l'ovulation et diminuent la croissance de l'endomètre. Les principaux effets secondaires que l'on rencontre sont les saignements intermittents, la prise de poids et parfois, l'acné.

De même le nouveau dispositif intra-utérin MIRENA, qui agit presque exclusivement d'une façon locale, amincit l'endomètre et réduit substantiellement les menstruations. Par ces actions, il diminue la régurgitation rétrograde des saignements au niveau des trompes et réduit significativement la progression de nouveaux implants d'endométriose.

■ ■ ■ Les analogues de la Gn-Rh (Zoladex, Depo-Lupron, Synarel)

Les analogues de la Gn-Rh représentent une nouvelle catégorie de médicaments qui permettent également de bloquer l'hypophyse et il s'en suit un arrêt de la production des oestrogènes comme l'on assiste à la ménopause. Les principaux effets secondaires sont les bouffées de chaleurs et quelques fois, les maux de tête, la sécheresse du vagin et un certain état de fatigue. La déminéralisation des os limite l'utilisation de ces substances à six mois. *Aucun de ces effets secondaires ne se manifestent avec la prescription simultanée d'hormonothérapie de remplacement de la ménopause ou de contraceptifs oraux continus.* Également, le coût élevé de ces produits (400,00\$/mois) limite généralement leur utilisation.

90% des patientes porteuses d'endométriose et présentant des douleurs au bas ventre verront leurs symptômes disparaître avec la prescription d'un de ces médicaments, durant une période de 6 mois. Dans la moitié des cas, les symptômes vont réapparaître après 5 ans: 37%, dans l'endométriose légère, 45%, dans l'endométriose modérée et 75%, dans l'endométriose sévère.

Cliquez ici *pour consulter à la page du site dédiée aux Analogues de la Gn-Rh.*

■ ■ ■ Les techniques de reproduction assistée médicalement

Plusieurs études ont récemment démontré que la stimulation de l'ovulation combinée avec une insémination artificielle intra-utérine avec le sperme du conjoint augmentent les probabilités de grossesse de 30% (soit de 6% à 9% par cycle).

Dans l'**infertilité**, aucune étude avec groupe témoin n'a démontré d'amélioration des taux de fécondité avec un traitement médical.

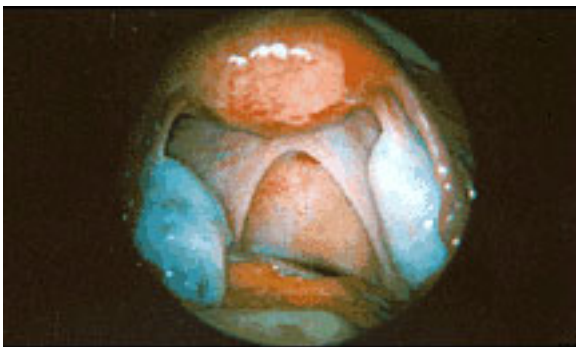
Traitements chirurgicaux

En présence de tissu fibreux ou d'adhérences ou pour détruire l'endométriose active, on peut utiliser différentes approches.

■ ■ ■ La laparoscopie chirurgicale

La laparoscopie est une intervention habituellement faite sous anesthésie générale, mais qui peut maintenant se réaliser sous anesthésie locale. Un petit tube que l'on appelle un laparoscope est introduit au niveau de l'ombilic. Par ce tube, le gynécologue peut regarder et explorer les organes du petit bassin. Vous pouvez connaître le déroulement de la laparoscopie en vous référant à cette rubrique.

Endométriose - Stade normal



Lors de la laparoscopie, votre chirurgien peut manipuler de minuscules instruments chirurgicaux, enlever les plaques d'endométriose soit par l'excision au ciseau, par la cautérisation électrique, au LASER ou à l'aide d'un bistouri ultrasonique. Les résultats du traitement par laparoscopie ne sont pas supérieurs à ceux obtenus par la chirurgie conventionnelle. Toutefois, le traitement par laparoscopie a l'avantage de pouvoir être effectué le jour même de la laparoscopie diagnostique et réduit d'une façon substantielle la durée du séjour hospitalier et de la convalescence, de même que les douleurs, les coûts pour le système de santé et les complications, lorsque cette intervention est effectuée par un laparoscopiste expérimenté.

Les symptômes de **douleurs** vont disparaître chez 63% des patientes porteuses d'endométriose, après un traitement laparoscopique.

Une étude canadienne (Endocan) rapporte des taux de grossesse significativement plus élevés à la suite d'un traitement laparoscopique pour infertilité associée avec de l'endométriose légère et modérée avec trompes et ovaires normaux. (Stade I et II)

■ ■ ■ La laparotomie

Il arrive parfois que la laparoscopie soit insuffisante et que votre médecin soit dans l'obligation de procéder à l'ouverture de l'abdomen. Cette intervention permet d'enlever les plaques d'endométriose, les kystes de l'ovaire et de libérer les adhérences ou les cicatrices qui se sont formées sur les organes et qui empêchent leur mobilisation naturelle. L'incision est plus étendue et la période de convalescence est beaucoup plus longue que la laparoscopie. Mais ces deux interventions ont été conçues pour sauvegarder et améliorer les capacités de reproduction.

■ ■ ■ L'hystérectomie

Cette intervention consiste à enlever l'utérus. La plupart du temps on opte pour cette option chez les femmes dont l'endométriose est sévère mais surtout limitée à l'utérus, et chez qui les autres méthodes n'ont pas été efficaces. Elle est réservée également aux femmes qui renoncent à avoir d'autres enfants et qui ont des symptômes qui les empêchent d'avoir une vie normale.

Cliquez ici pour consulter à la page du site dédiée à l'hystérectomie par laparoscopie

■ ■ ■ L'hystérectomie avec exérèse des ovaires

Lors de cette intervention, on enlève les ovaires et les trompes en même temps que l'utérus et ainsi que toutes les plaques d'endométriose et de tissu fibreux qui entourent les organes anormalement. Cette option est habituellement réservée aux cas très sévères où l'endométriose et les adhérences recouvrent sur tous les organes pelviens, en particulier les ovaires. Lorsque cette intervention est envisagée, elle est suivie d'une prise d'hormones de remplacement puisqu'elle produit une ménopause chirurgicale.

Cliquez ici pour consulter à la page du site dédiée à l'hystérectomie par laparoscopie

Traitements autres

■ ■ ■ Soulagement de la douleur

En plus des médicaments que votre médecin vous prescrit, vous pouvez améliorer les symptômes de la douleur d'une façon non spécifique. Vous trouverez peut-être qu'un bain chaud et un coussin chauffant peuvent vous soulager efficacement.

Des techniques de détente peuvent également soulager la douleur et la tension.

La prise d'analgésiques simples (Tyléno!, Aspirine, etc) ou d'anti-inflammatoires, tels l'ibuprofen (Advil, Motrin, etc), le napoxen (Anaprox, Naprosyn), le diclofénac (Voltaren) ou le Ponstan peuvent également améliorer d'une façon substantielle les symptômes d'endométriose et de saignements excessifs.

Lexique

Adhérences:

Tissu cicatriciel qui se forme sur les trompes, les ovaires, cause de la douleur et qui peut nuire à la mobilité de la trompe, empêcher la libération de l'oeuf et perturber le passage de l'oeuf fécondé des trompes vers l'utérus.

Analogues de Gn-Rh:

Médicaments qui bloquent la sécrétion d'hormones de l'hypophyse, et qui ont comme effet de produire une ménopause médicale temporaire en empêchant la libération d'oestrogènes des ovaires, ce qui résulte en une diminution et un assèchement de l'endométriase.

Endomètre:

Couche de cellules qui tapissant l'intérieur de l'utérus éliminée hors de l'utérus durant les règles.

Endométriase:

Maladie gynécologique dans laquelle on retrouve du tissu de l'endomètre en dehors de l'utérus, soit sur les ovaires, les trompes, les ligaments qui soutiennent l'utérus et quelques fois, les autres organes du petit bassin, comme la vessie, l'intestin et le vagin.

Gilles Desaulniers, m.d., gynécologie, Centre hospitalier Fleury. Mise à jour Juillet 2009.

Le Collège des Médecins du Québec ne permet pas d'émettre des opinions médicales ou diagnostiques sur des cas particuliers, non précédées d'un examen complet, ni d'une consultation, le cas échéant, des dossiers médicaux antérieurs. Nous ne pouvons donc répondre à aucune consultation sur l'Internet ou par courrier électronique.