

L'endométriose

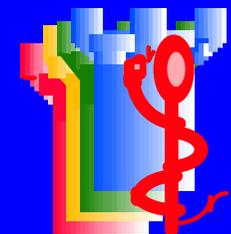
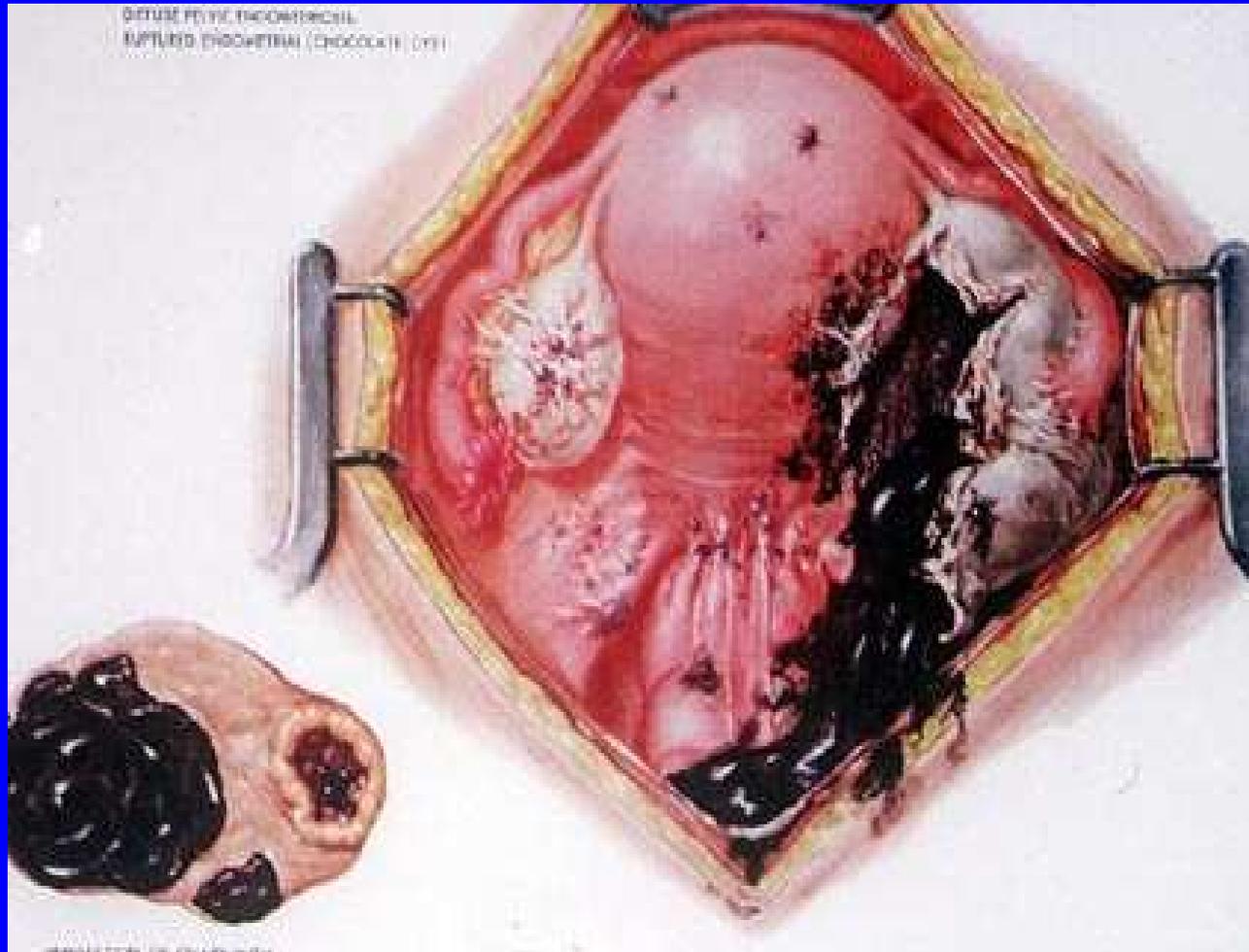


J. Lansac

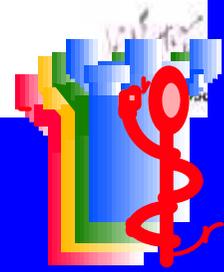
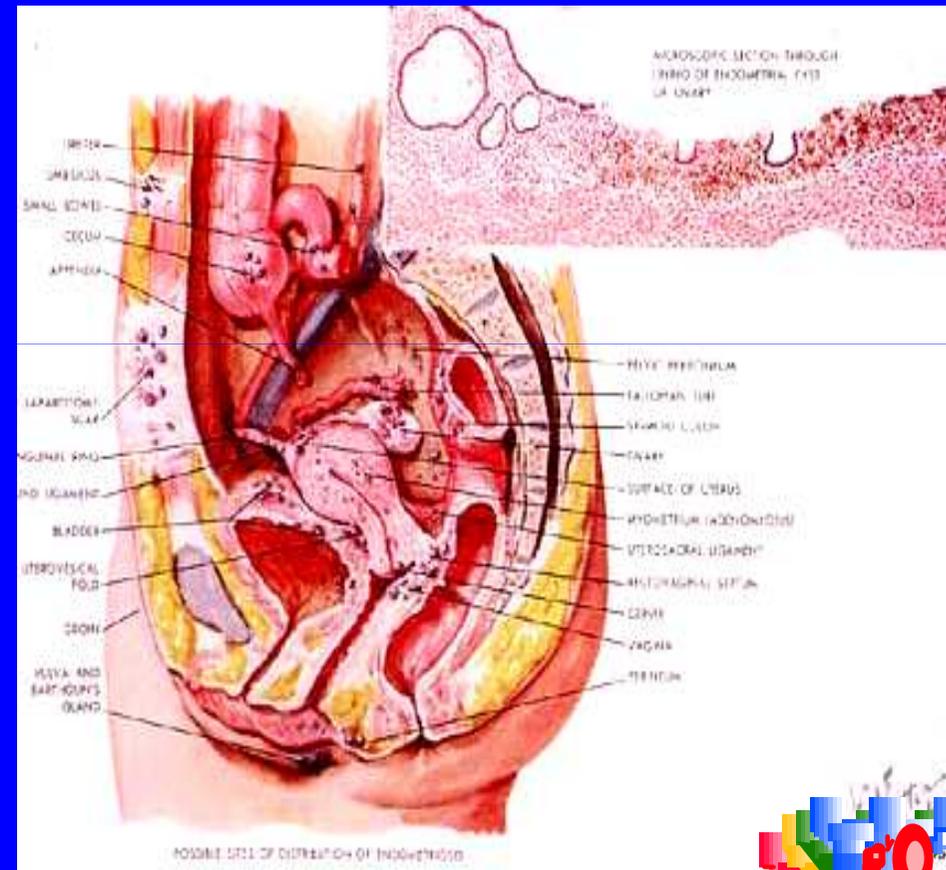
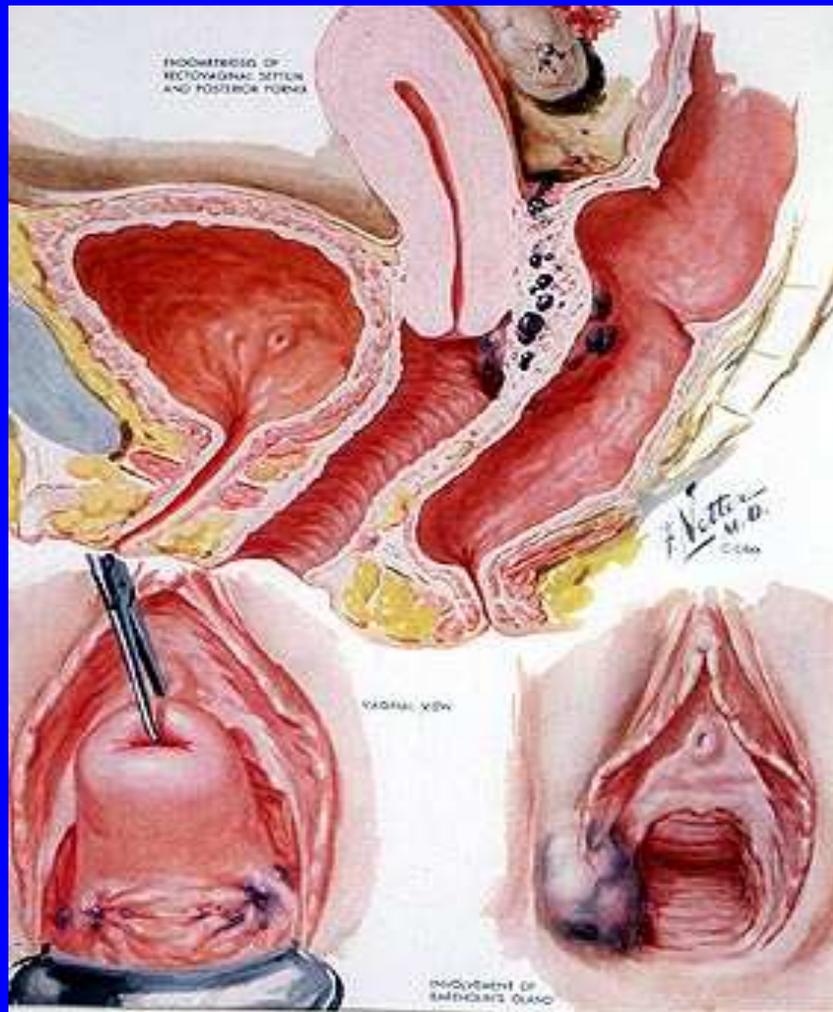
Département de Gynécologie obstétrique
CHU TOURS



Définition: Présence au delà de la cavité utérine d'un tissu endométrial fonctionnel



Endométriose externe



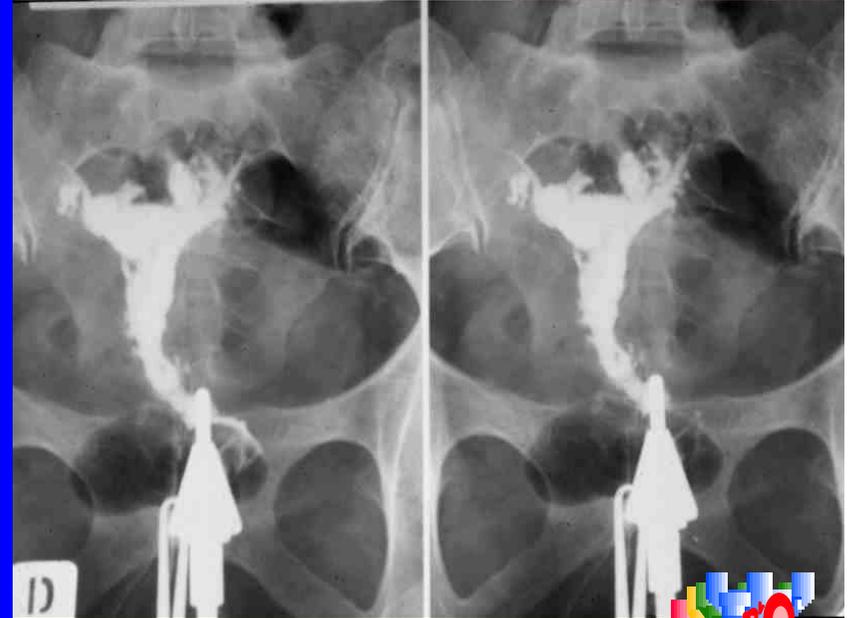
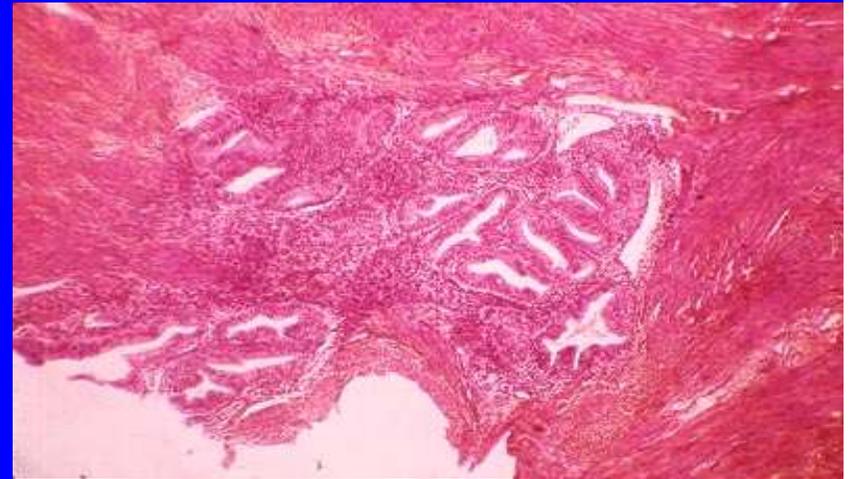
Epidémiologie

- **Femme en age de procréer = 3 à 10%**
(Kaupilla Acta .Obstet.gynecol. Scand 1993,72;324, Olive N.Engl . J. Med 1993,328: 1759)
Femme de 40 ans= 10% ont une endométriose externe
- **Femme féconde demandant LRT= 18%**
Moen & al Human Reprod . 1991,6:699-702
- **Femme inféconde = 25 à 50%**
Mahmood & al Human.Reprod 1911-6-544-549
- **Adénomyose ou endométriose interne 10 à 40% des pièces**
d 'hystérectomies (Siegler 1994)



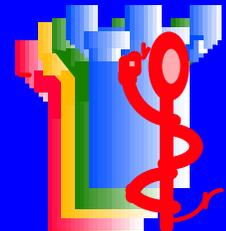
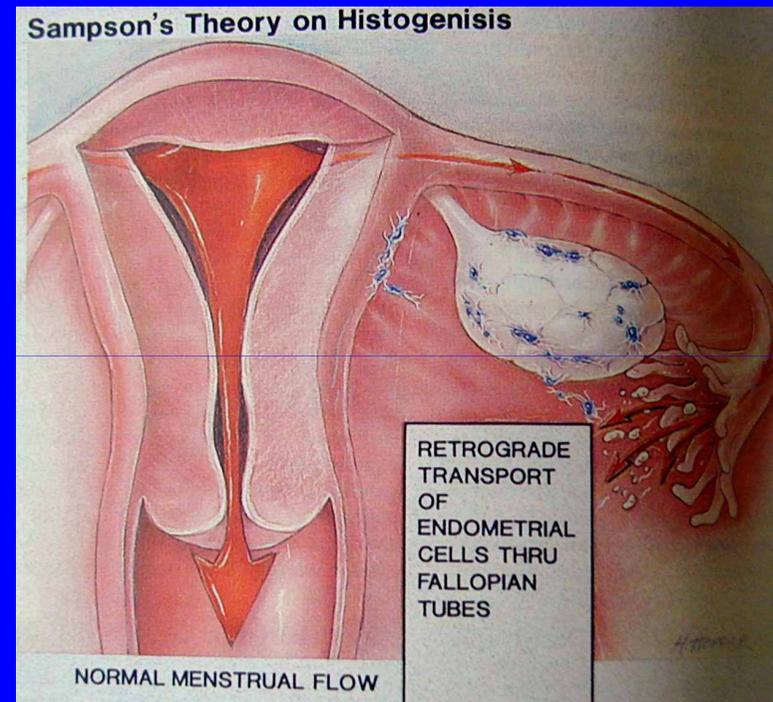
Pourquoi l'Adénomyose ??

- Pénétration de l'endomètre dans le myomètre après :
 - Curetage
 - Révision utérine
 - Césarienne
 - Résection
- Métaplasie :
cellules mésothéliales endomètre
(Minh1984)



Pourquoi l'endométriose externe?

- Greffe:
 - Reflux tubaire
 - Greffe lymphatique ,
 - Vasculaire
- Deficit immunitaire
- Métaplasie



Endométriose: maladie auto immune ?



Endomètre

Toutes les femmes



Effet cytotoxique

Cellules immunitaires

Réponse immunitaire normale



00% des femmes



Transfert par :

- trompes
- Vx
- Lymphatiques

Implant micro

Pas d'implantation
Pas d'endométriose

Lésion visible

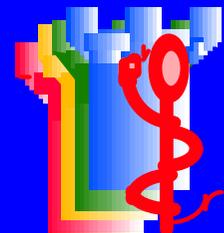
Altération réponse immunitaire
15% des femmes

Endométriose



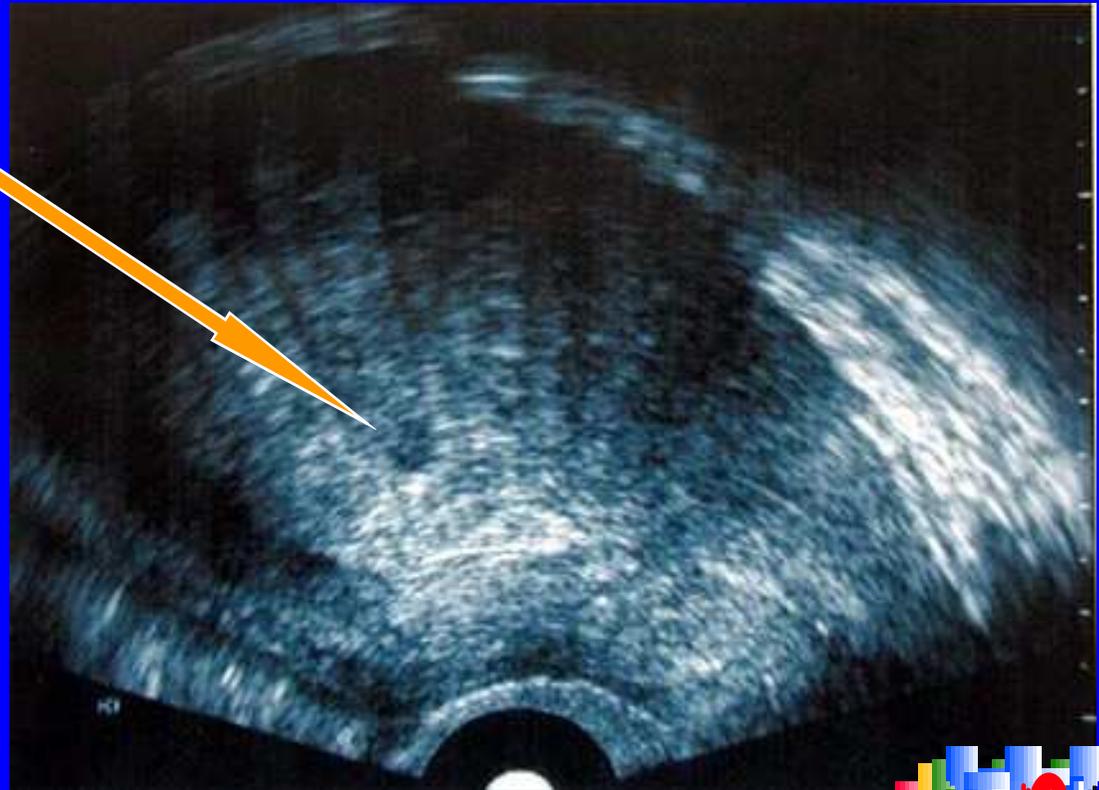
Clinique de l'adénomyose

- Après 35 ans
- Multipare
- Dysménorrhée secondaire
 - Tardive : J2 , J3
- Ménorrhagies
- Ménométrorragies
- Utérus augmenté de volume
 - globalement dur fibreux



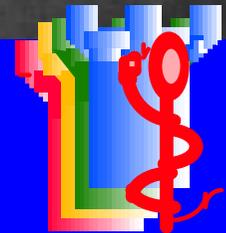
Examens complémentaires adénomyose

- Echographie
- Hystéroggraphie
 - Diverticules
 - Ectasie d'une corne
 - Tuba erecta
- Hystérocopie
- IRM



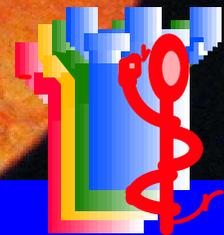
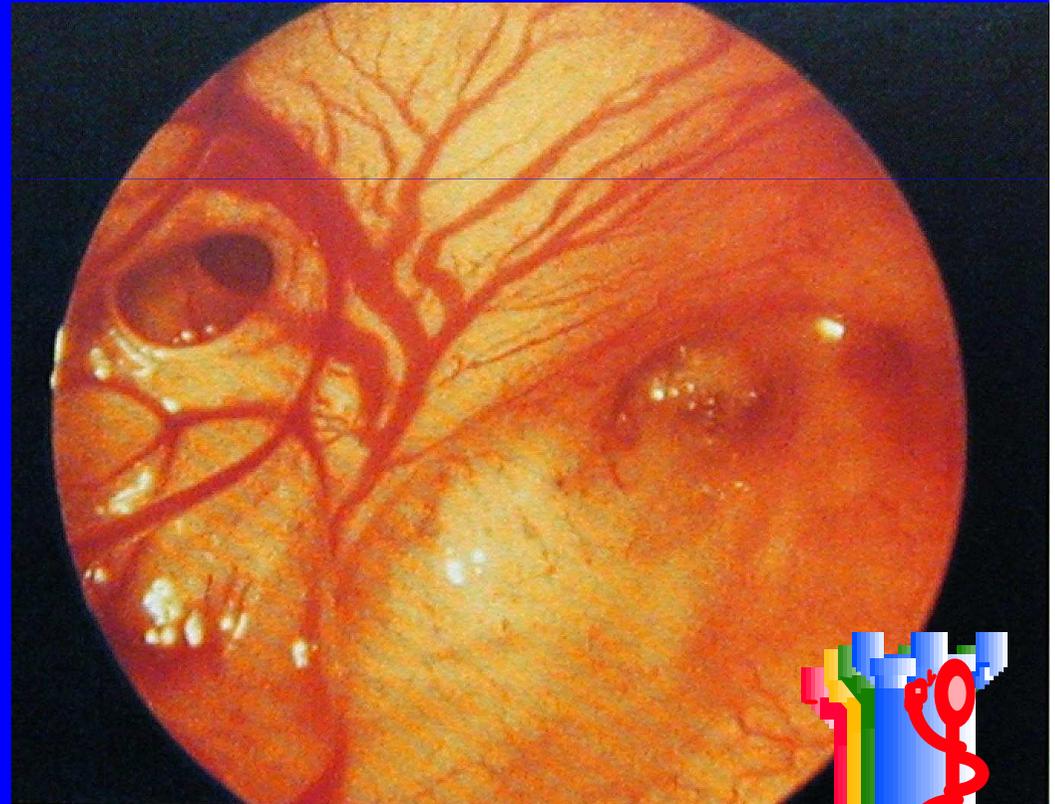
Examens complémentaires adénomyose

- Echographie
- Hystéroggraphie
 - Diverticules
 - Ectasie d'une corne
 - Tuba erecta
- Hystéroscopie
- IRM



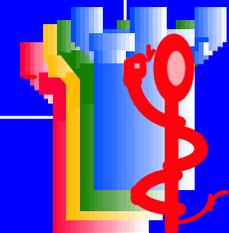
Examens complémentaires adénomyose

- Echographie
- Hystéroggraphie
 - Diverticules
 - Ectasie d'une corne
 - Tuba erecta
- Hystéroscopie
- IRM



Examens complémentaires adénomyose

- Echographie
- Hystéroggraphie
 - Diverticules
 - Ectasie d'une corne
 - Tuba erecta
- Hystéroscopie
- **IRM**



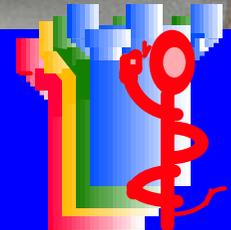
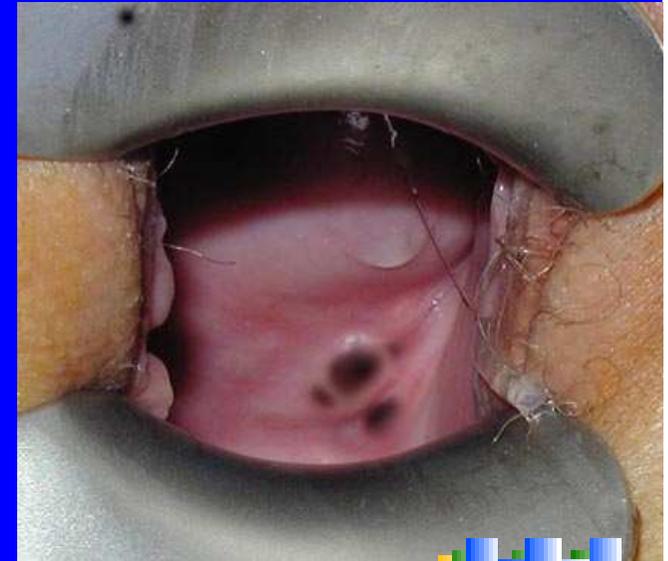
Endométriose externe intra péritonéale

- Femme jeune :20 à 30 ans
- Algies pelviennes :Dyménorrhée

Dyspareunie

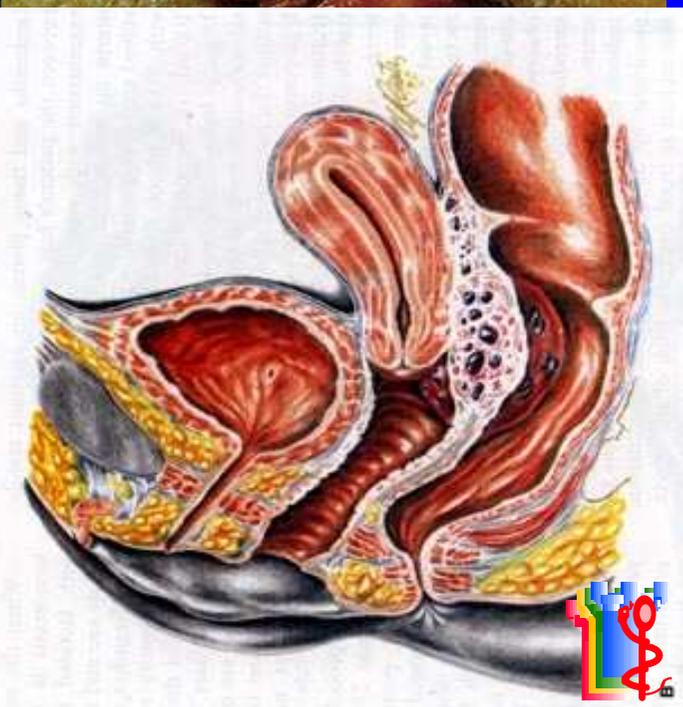
- Stérilité
- Spéculum : nodules vaginaux
- TV: nodules vaginaux

Gros ovaire



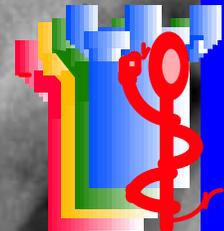
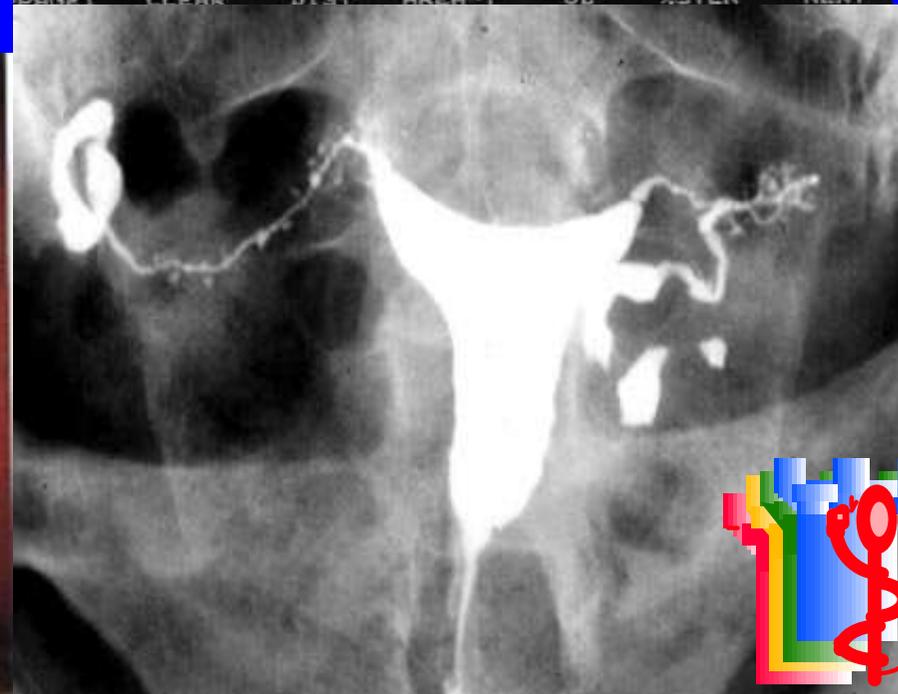
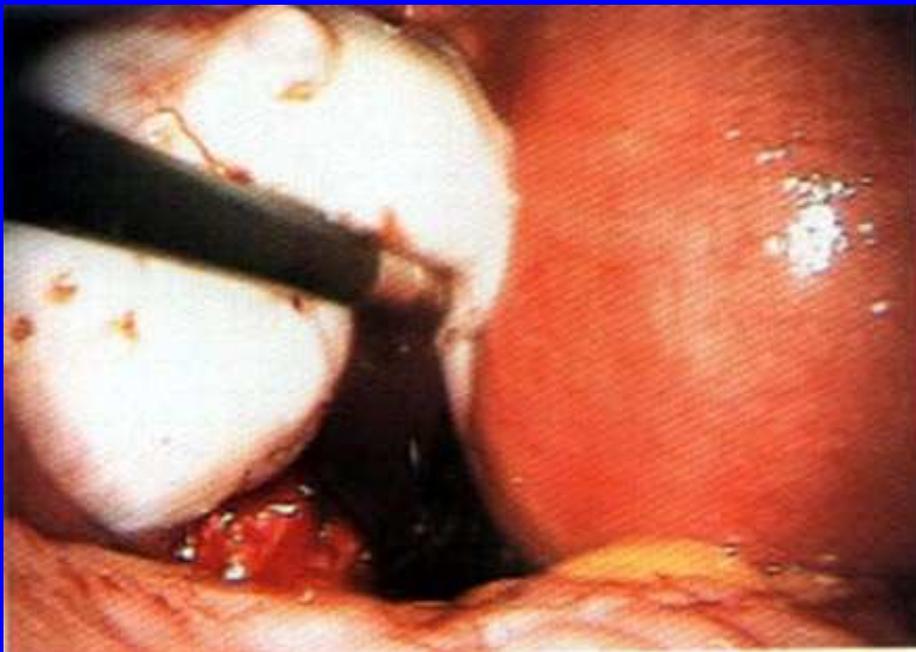
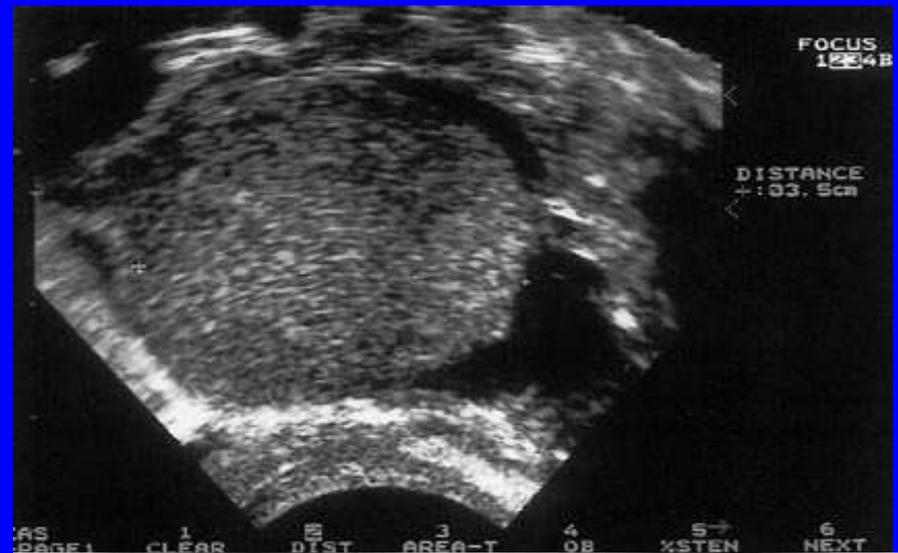
Autre localisation

- Col
- Vagin
- Vulve
- Digestive :
 - rectosigmoïde
 - Appendice
- Ombilic

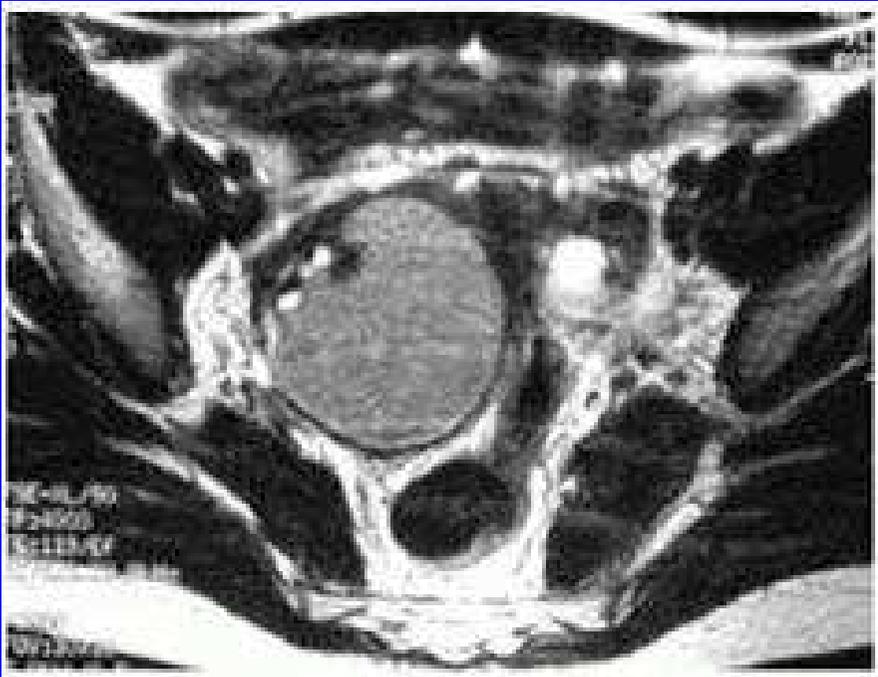


Endométriose externe: examens

- Echographie :
- Hystéroggraphie
- Coelioscopie



Endométriose externe :



IRM



Echo endoscopie

Endométriose et stérilité

- **Femme en age de procréer = 3 à 10%**

(Kaupilla Acta .Obstet.gynecol. Scand 1993,72;324, Olive N.Engl . J. Med 1993,328: 1759)

- **Femme féconde demandant LRT= 18%**

Moen & al Human Reprod . 1991,6:699-702

- **Femme inféconde = 25 à 50%**

Mahmood & al Human.Reprod 1911-6-544-549

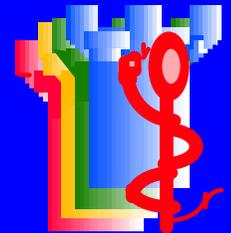
La prévalence de l'endométriose chez la femme infertile est X 10

Chez la femme qui a une endométriose le risque de stérilité est X 10



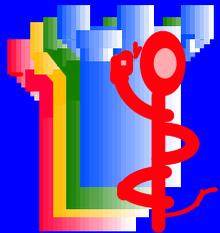
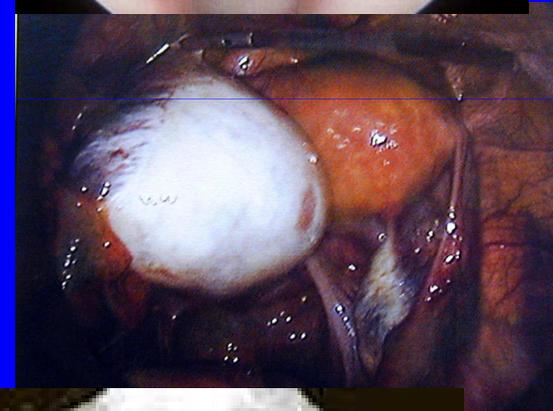
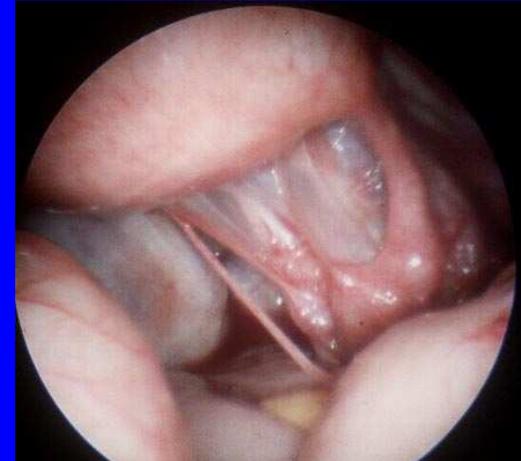
Pourquoi la stérilité ?

- **Obstacles anatomiques**
- **Dysovulation**
- **Modifications liquide péritonéal**
- **Modifications immunologiques**



Modifications anatomiques

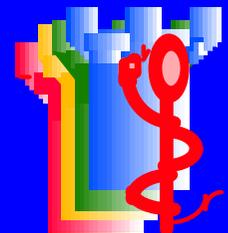
- Adhèresances pelviennes
- Kystes ovariens
- Lésions tubaires



Troubles de l'ovulation

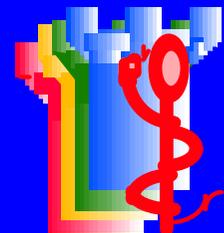
- Anovulation
- Dysovulation
- Non rupture du follicule = LUF Syndrome
- Modifications de FSH , LH , Prl surtout si endométriose sévère

Chew & al int J. Gynaecol.Obstet . 1990; 33:35-39



Modifications liquide Péritonéal

- **Augmentation du volume**
- **Augmentation de la cellularité**
- **Modifications de la composition biochimique**
 - Monokines
 - Fibronectine
 - Facteurs angiogéniques
 - Prostaglandines
 - Antigènes



Conséquences des modifications du liquide péritonéal

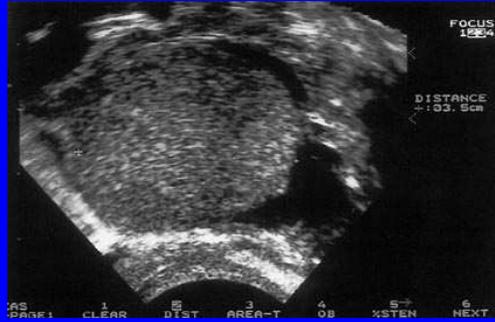
- ↓ Mobilité spermatozoïdes
- Phagocytose des spermatozoïdes
- Altération de la réaction acrosomique
- Perturbation de la maturation ovocytaire
- Inhibition de l'interaction gamétique

**Modification de « l'atmosphère pelvienne
« dans laquelle se fait la fécondation**

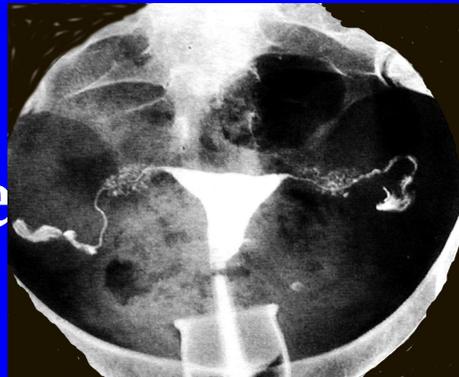


Le diagnostic

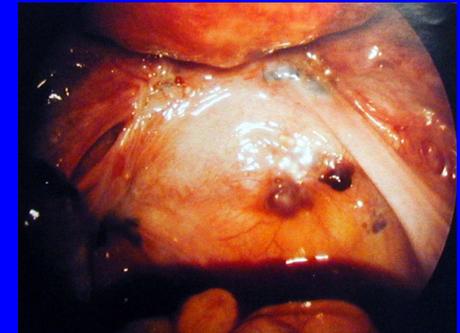
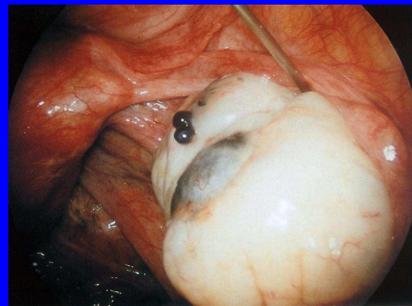
- L'échographie



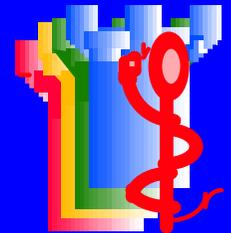
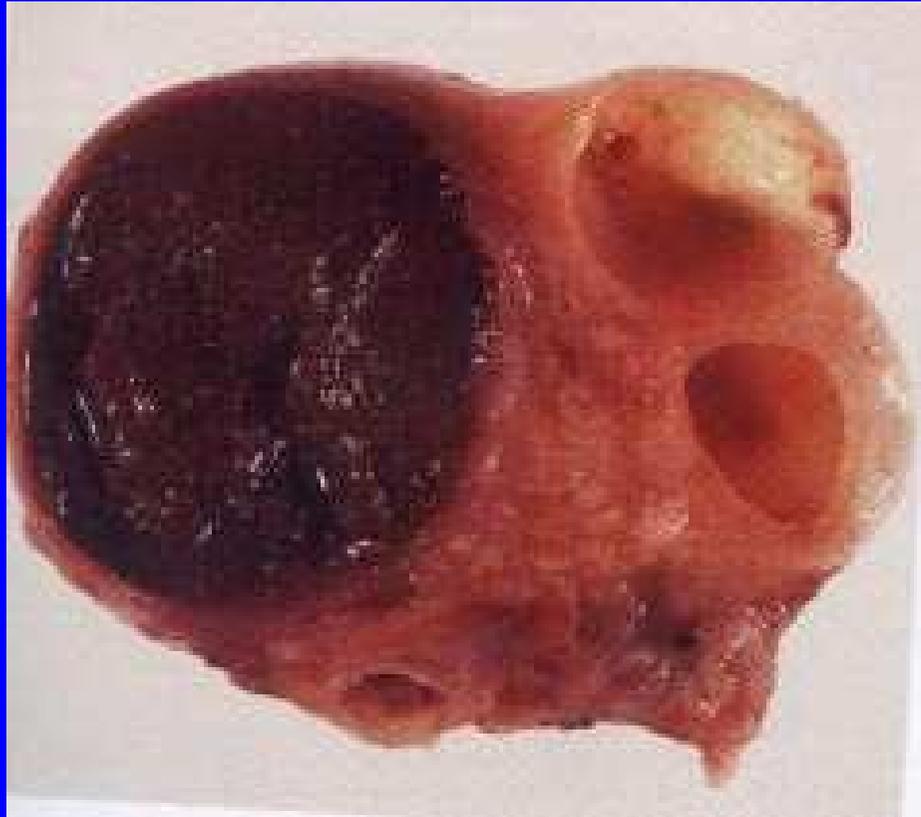
- Hystéroggraphie



- Cœlioscopie

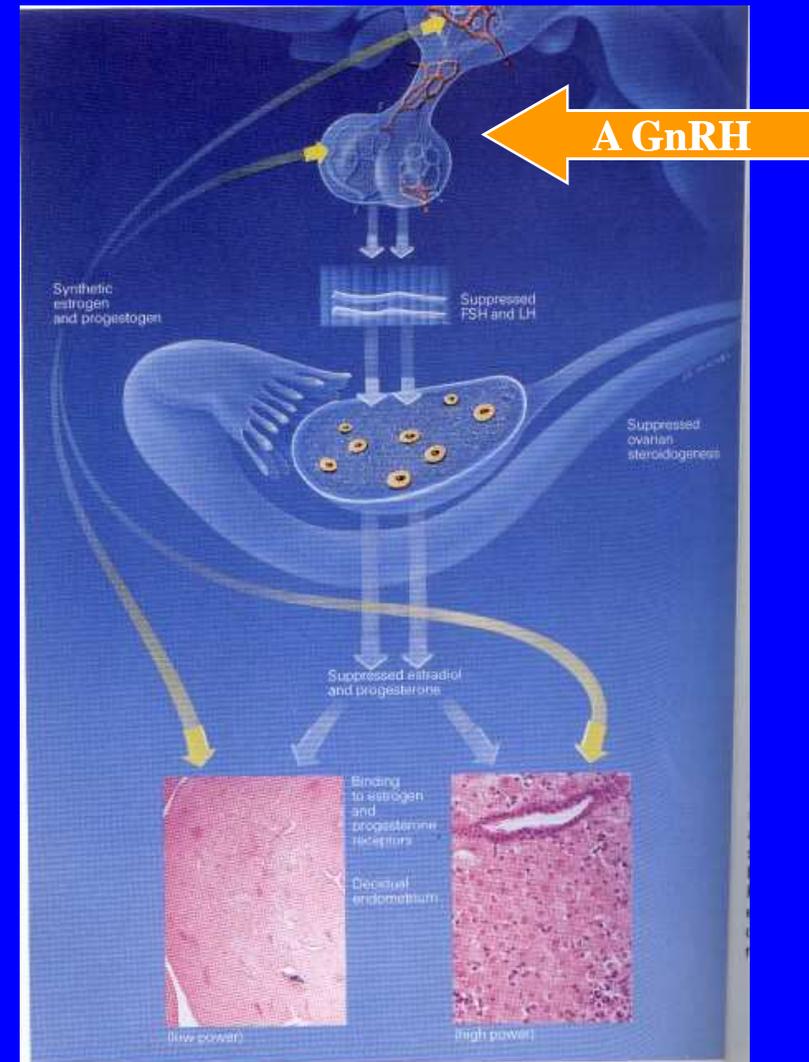


Traitement

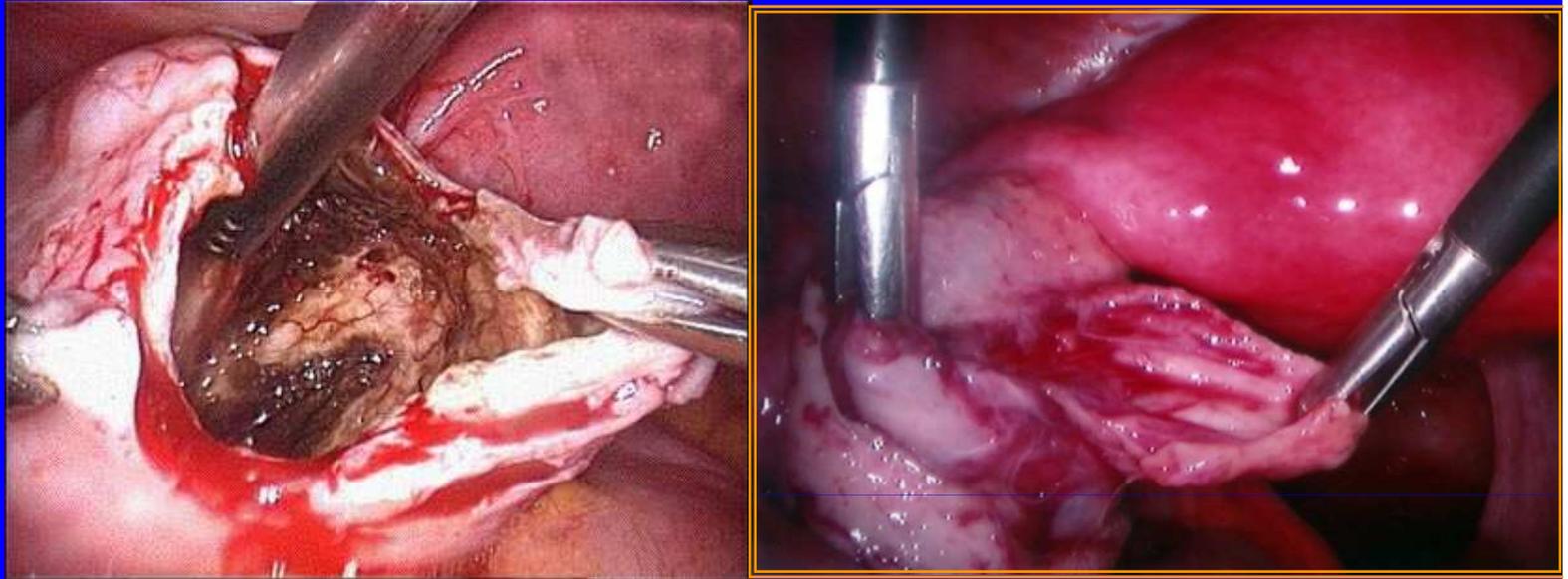


Traitement médical

- Oestroprogestatifs
- Progestatifs
- Analogues de la GnRH



Traitement chirurgical



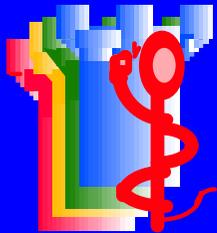
- Kystectomie
- Resection endométriale (Adénomyose)
- Hystérectomie
- Hystérectomie sans conservation

Indications thérapeutiques

- Femmes sans enfant ou Pb de stérilité
- Femme qui souffre
- Adénomyose

L'abstention

- Femme < 35 ans
- Endométriose minime ou modérée
- Sans effets sur les trompes ou les ovaires
- Spermogramme normal



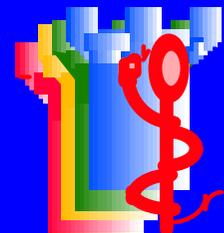
Traitement médical

- **Indications efficacité discutable :**

- Formes douloureuses invalidantes
- Avant ou après Chirurgie
- Avant AMP

- **Les médicaments :**

- OP
- Progestatifs
- Analogue GnRH



Traitement Chirurgical

•Permet :

- Exérèse ou destruction d 'implants
- Libération adhérences péri-tubo-ovariennes
- Fimbrioplasties
- Exérèse lésions ovariennes
- Anastomose tubo-utérine :microchirurgie

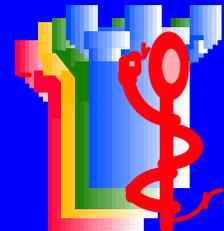
Coelio



•Indications :

- Femmes jeunes
- Lésions modérées
- Sperme correct

Traitement médical
avant /après ?



Quand faut-il opérer ?

Lors de la cœlioscopie diagnostique

Objectif : restituer un cul de sac de douglas et des annexes normales.

- Ablation de l'endométriome en préservant l'ovaire
- Adhésiolyse +/- chirurgie tubaire lorsque l'endométriose est sévère
- Destruction simple des lésions lorsque l'endométriose est de stade I ou II
- Traitement chirurgical le plus complet possible

Résultats de la chirurgie des endométrioses sévères

- Sans chirurgie le taux de grossesse est faible <10%
- Après chirurgie : taux de grossesses : 40 à 60 %
- La chirurgie prépare le terrain pour la FIV et la ponction ovarienne
- La cœlioscopie est aussi efficace que la laparotomie
- Controverse: Chirurgie en un temps ou en deux temps

[Adamson méta-analyse Am J Obstet gynecol 1994](#)

Endométriomés ovariens

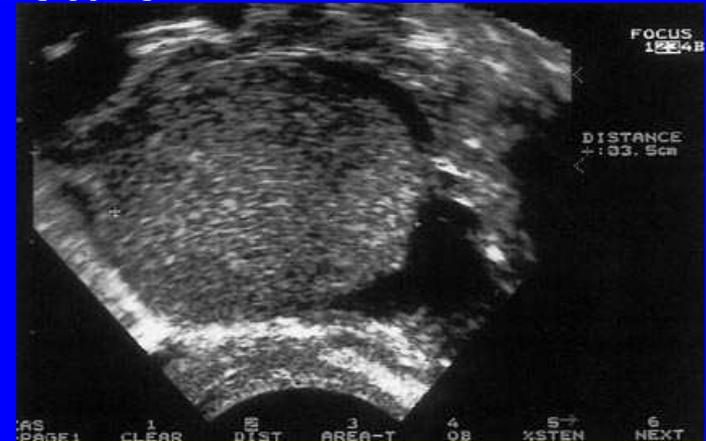
- **Kystectomie intra péritonéale**

> 4 cm

Symptomes

Adhérences

Récidives : 7 à 25%



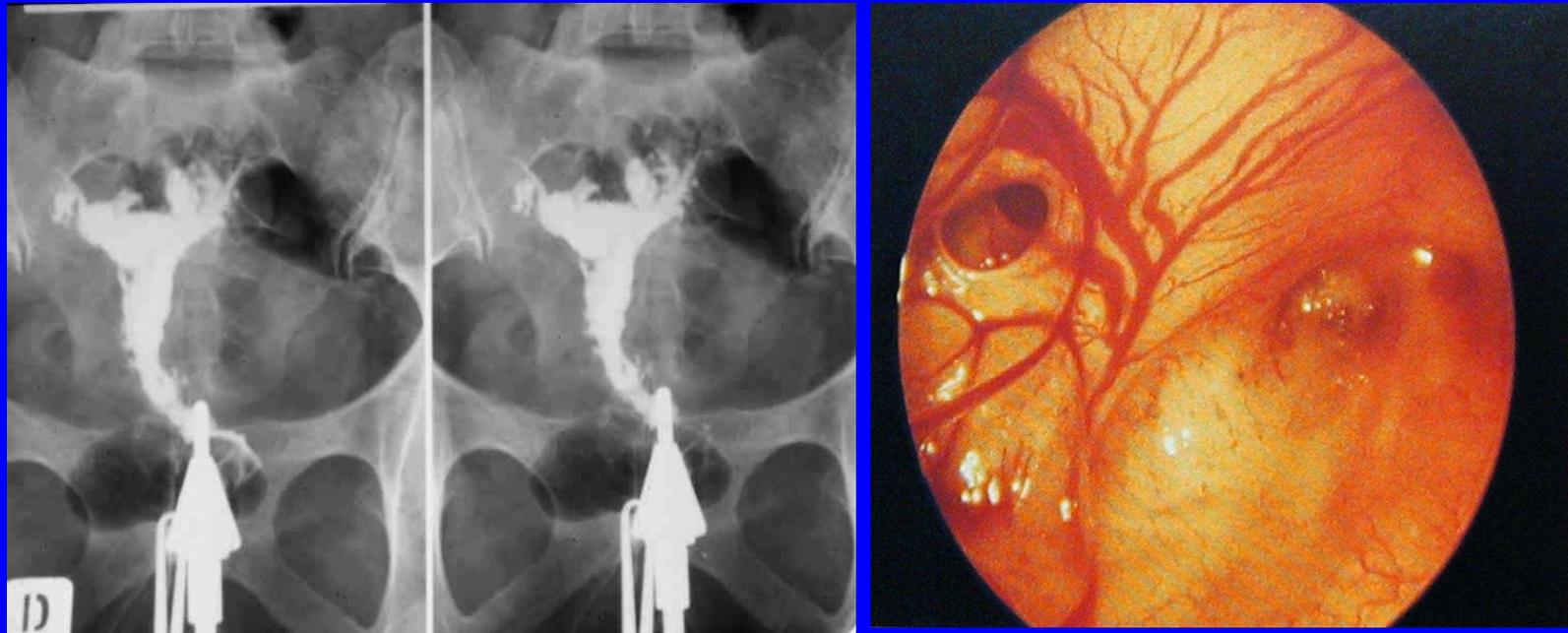
- **Ponction coelio ± Traitement médical**

< 4 cm ??

41% de grossesses à 2 ans après ponction

Mittal L et al Int J Gynecol Obstet 1999

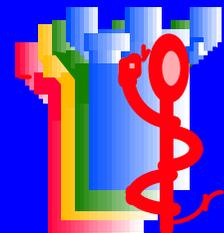
Traiter l'Adénomyose ??



- Adénomyose rare avant 40 ans
- Altère implantation
- Associé a l'endométriose externe 6 à 24%
- Peu de données

Faut il traiter les lésions minimales sans altération tubaire ?

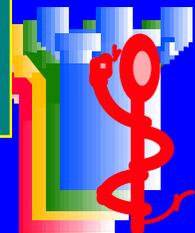
- Etude multicentrique canadienne 1992-96
- 25 centres .Etude randomisée
- 341 Patientes age moyen 31,4 ans
- Endométriose minime ou modérée
- 169 coelio sans traitement
- 172 Coelio +Electrocoagulation ou laser
- Suivi :36S après coelio



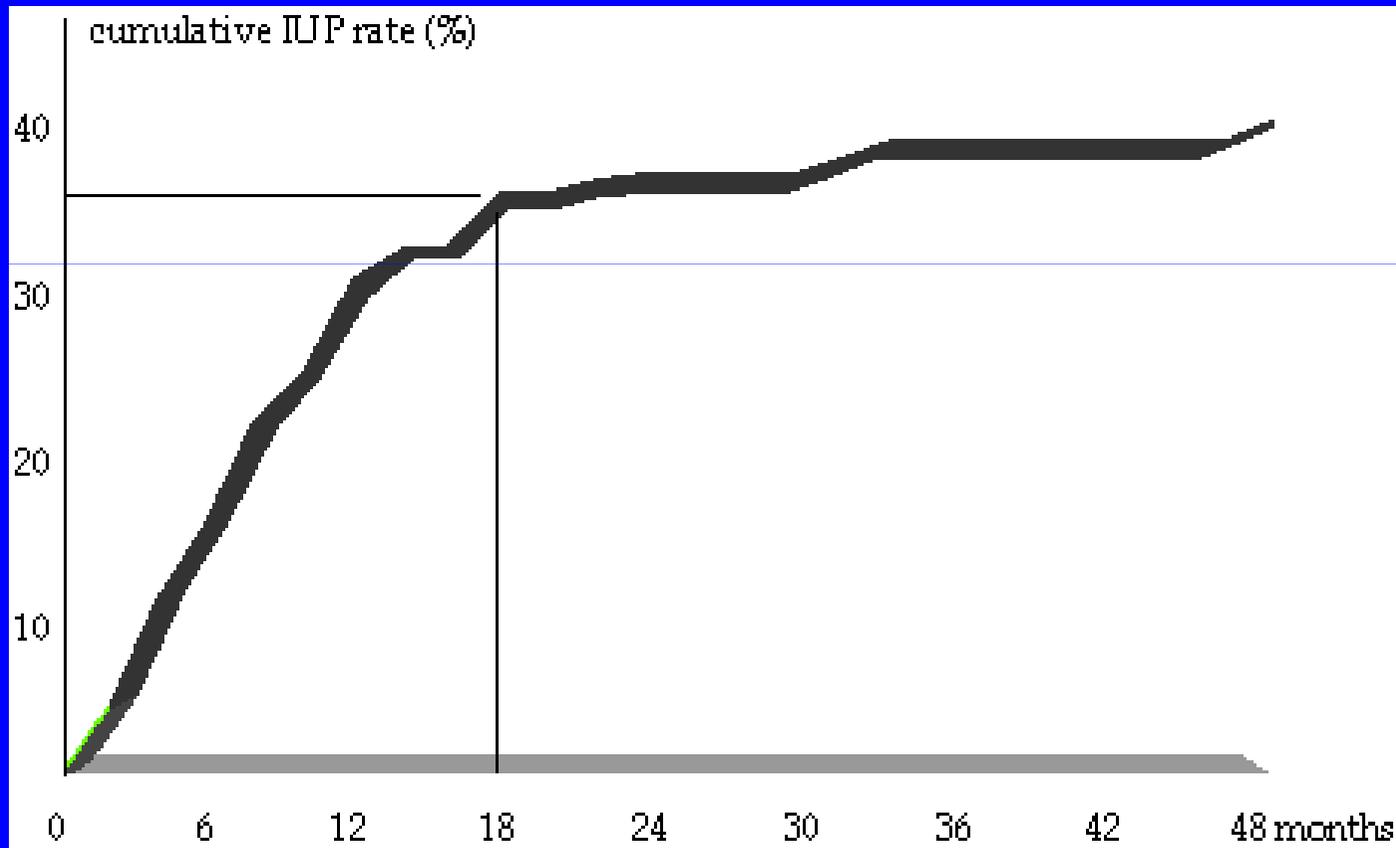
Résultats étude ENDO-CAN

	Traité	Non traité
Grossesses	30,7%	17,7%
Fausses couches	20,6%	21,6%

Maheux R. Fertil.Reprod .Med .1998;1183



Quand survient la grossesse après coeliochirurgie ?



Daprès : JL. Pouly 1989.

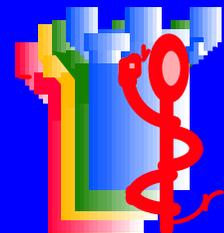
AMP: Insémination avec sperme conjoint et induction ovulation

•Indication:

- Endométriose minime
- Trompes perméables
- Troubles ovulation
- >500 000 Sp /ml avec > 40% formes mobiles

•Résultats : 6,5% / cycles versus 12,6%

(Nuojuua -Huttunen.Human Reprod . 1999;14:698-703.)

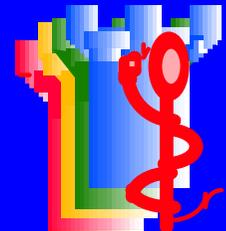


Passage à la FIV

•Indications :

- Oblitérations tubaires bifocales
- Adhérences très importantes non opérables
- Echec traitement chirurgical (12 mois)
- Devant l'existence de pathologies associées:
 - Dysovulation
 - Oligo asthéro zoospermie

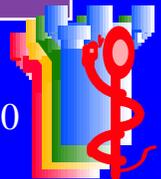
- Contre indications : ovaires inaccessibles



La FIV d 'emblée si

- Age de la patiente > 38 ans voir 35 ans
- Cause tubaire associée
- Cause masculine
- Cause immunologique de la stérilité
- Stérilité remontant à plus de 8 ans voir 5 ans

La FIV doit alors être mise en place rapidement



Pourquoi passer en FIV??

- elle corrige des mécanismes invoqués pour expliquer l'infertilité:
- Elle améliore de la croissance et de la maturation ovocytaire
- Elle améliore de la phase lutéale
- Elle court-circuite des obstacles mécaniques et du milieu péritonéal et tubaire défavorable.



Faut-il faire un traitement aux analogues du GnRH avant FIV?

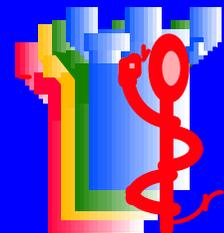
Objectif: Mettre au repos des lésions d'endométriose

Traitement : analogues de la GnRH pendant 3 à 6 mois

Résultats: améliore recueil ovocytaire

améliore taux de fécondation

Chedid Human Reprod 1995 et Pouly 1997 Olivennes



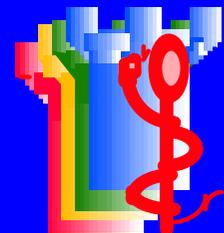
Chirurgie de l'endométriose Avant FIV?

Prise en charge de l'endométriose par chirurgie avant PMA
remise en question si isolé (**Williams IFFS 98**) car :

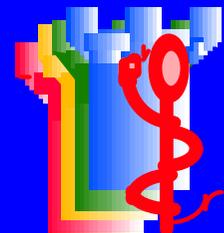
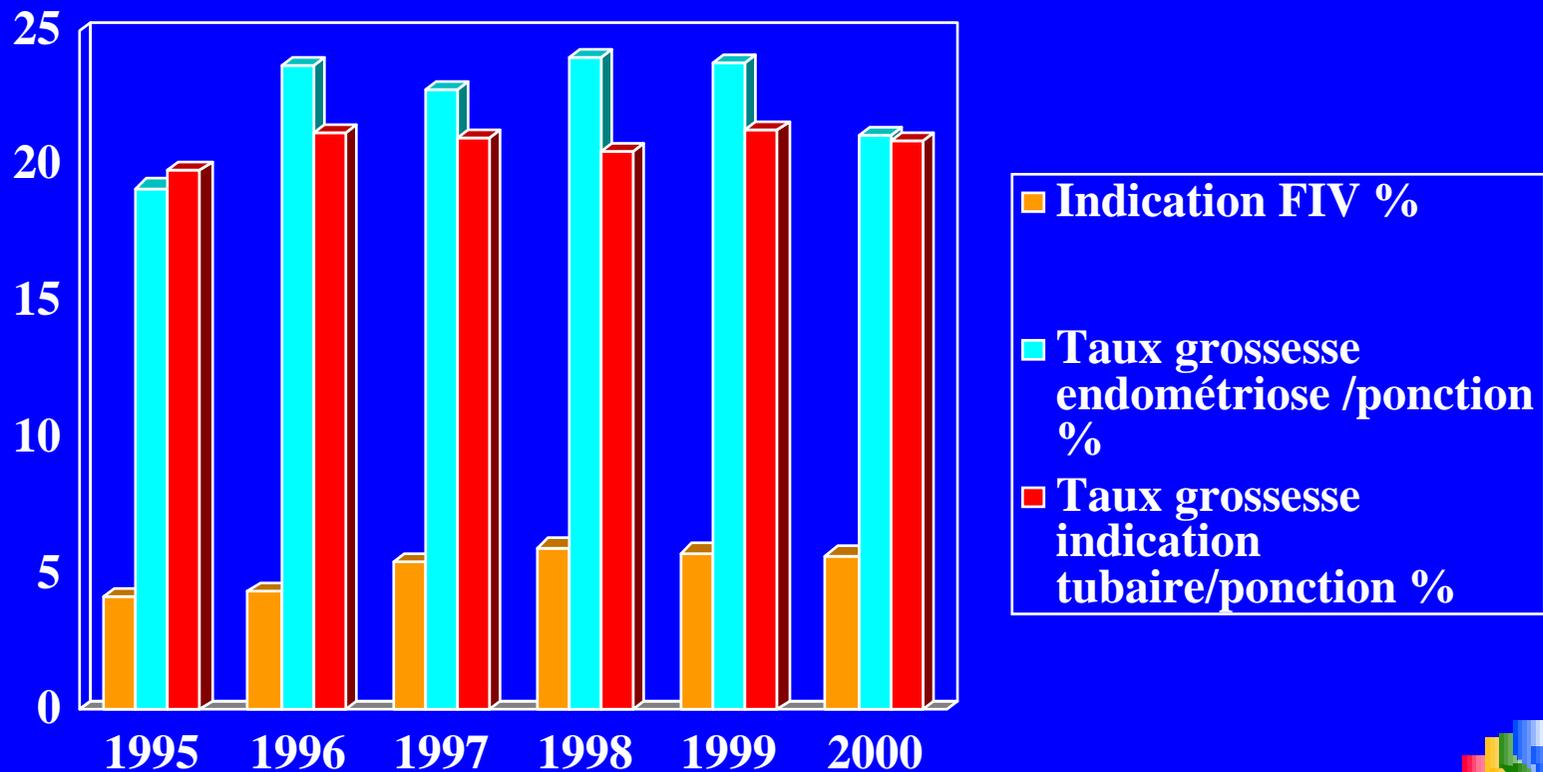
- Résultats indépendants de la taille et du nombre
- Pas de différence entre le nombre d'ovocytes et d'embryons obtenu en FIV après kystectomie versus endométriose sans kyste et stérilité tubaire (**Canis et al Human Reprod 2001**)

Controverse : sur la qualité des ovocytes si contamination par liquide endométriosique lors de la ponction/

Khamsi J ASSIST Reprod Genet 2001



FIV et endométriose (FIVNAT 2000)



L'endométriose a-t-elle un effet néfaste sur les résultats de la FIV ?

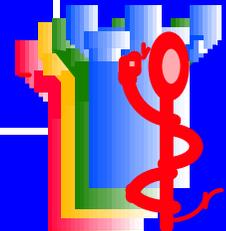
- Résultats comparables à ceux des autres indications:
- 24.7 % de de grossesses cliniques par ponction
- Après 4 tentatives : taux de grossesses de 54.3% et 44 % d'accouchements **FIVNAT**
- Meilleure réussite après FIV qu'après réintervention chirurgicale **Pagidas Fertil Steril 1996**
- 50% des grossesses observées après endométriose sont obtenues par la FIV et 50% par la chirurgie (Pouly)



Comparaison des résultats de la FIV

Indication	Endométriose	Stérilité tubaire	Stérilité masculine	stérilité idiopathique
Ponctions	589	1554	481	376
Ovocytes	10	9,24	10,88	9,55
Fécondation %	45,1	52,6	26,6	49,1
Acc / ponction%	25,3	21,2	17	22,3
Implantation %	14,9	11,4	15,9	13,9

D'après JL. Pouly



FIV CHU TOURS 98-2000



	Tubaire n=274	Endométriose N=156	p
Age femme	33±4	32±4	NS
Nb Ovocytes	9±4	8,9±4,7	NS
Nb Embryons	4,5±3,5	4,3±3,3	NS
Taux fécondation %	53%	48%	NS
Embryons transférés	2,1±0,6	2±0,5	NS
Gr.Cliniques/ponction %	24,4%	21%	NS
Taux implantation %	17%	29%	NS
Naissance /ponction %	19%	25%	NS
FCS %	19%	25%	NS

CONCLUSION

- L'endométriose est cause de stérilité
- Si minime ou modérée ne rien faire si pas d'autres facteurs
- Si sévère faire de la chirurgie en première intention si possible par cœlioscopie
- Pas de traitement médical sauf avant la FIV
- PMA ou FIV assez rapidement si critères d'infertilité associés
- Bons résultats 53 % d'accouchements à 5 ans
- 50/50 Chir/FIV

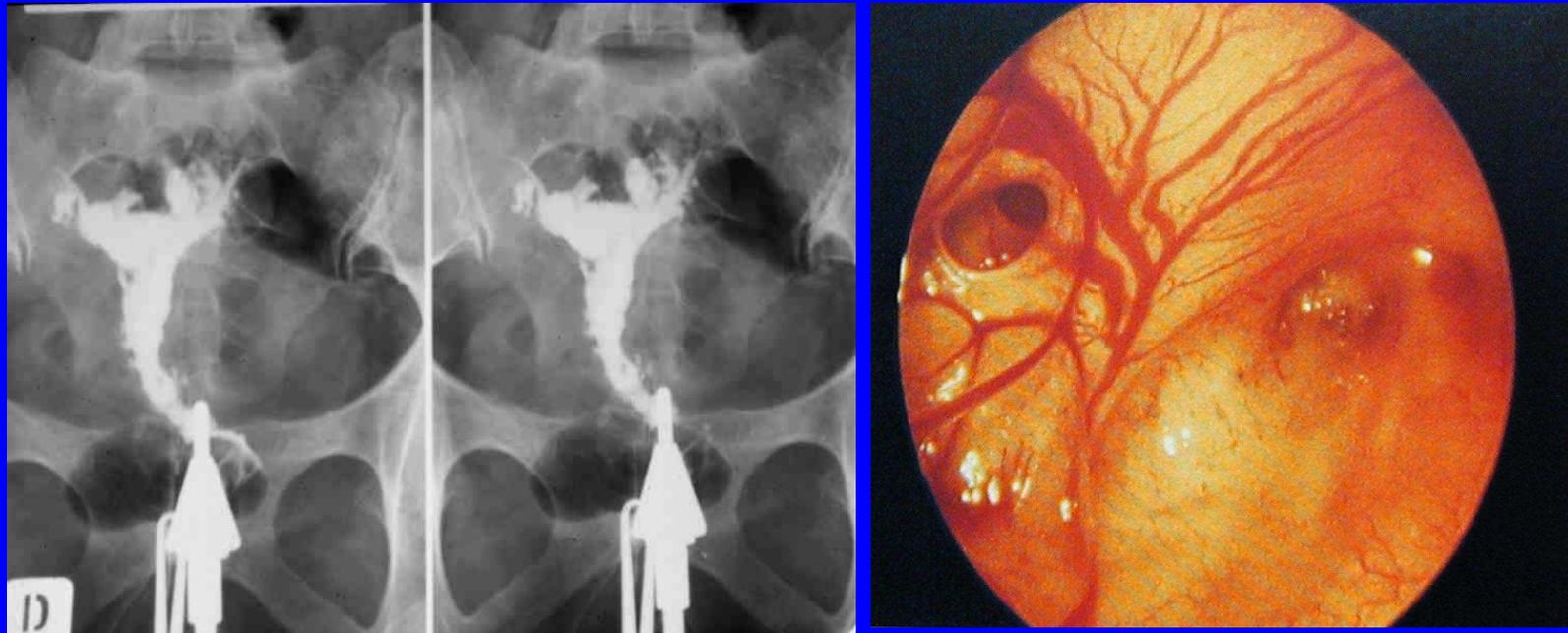


Traitement de la femme qui souffre

- OP continu
- Progestatifs continu
- Analogues GnRH \pm OP
- Chirurgie conservatrice
- HT Sans conservation



Traitement de l'adénomyose



- Progestatifs continu
- Resection : 40% echec à 1 an (D'ercole 1994)
- Hystérectomie conservant les ovaires

