

## Endométriose : une maladie énigmatique...

### Mots clés :

Algie pel-  
viennne

Endométriose  
[Endometriosis; Pelvic  
pain]

L'endométriose, selon de rares données épidémiologiques, a une prévalence d'environ 10% en population générale, avec de grandes variations selon les populations étudiées et de très nombreuses formes asymptomatiques non diagnostiquées<sup>1</sup>. Ses deux conséquences les plus marquantes, douleur et infertilité, ne sont pas nécessairement en rapport avec les lésions anatomiques mais peuvent altérer plus ou moins gravement la qualité de vie. Les mécanismes en cause, les facteurs de susceptibilité individuelle, l'impact possible de certaines expositions environnementales, les liens avec la douleur et l'infertilité restent mal connus. Deux revues systématiques<sup>1,2</sup> un document grand public Inserm<sup>3</sup> et une recommandation des gynéco-obstétriciens français<sup>4</sup> apportent des éléments de réflexion.

### Un diagnostic difficile

L'endométriose est liée à la présence de tissu endométrial en dehors de l'utérus, sous influence hormonale ovarienne comme la muqueuse utérine. La symptomatologie va du silence total aux douleurs les plus intenses, notamment, mais pas exclusivement, au moment des règles. Le seul critère sûr est l'histologie après laparoscopie, test invasif qui explique le délai diagnostique moyen de 5 à 11 ans. De nombreux organes, pas seulement pelviens peuvent être atteints : des localisations pleuropulmonaires et même cérébrales ont été décrites<sup>1,3</sup>.

### Algies pelviennes chroniques

Selon des études épidémiologiques américaines, 90% de ces femmes souffrent de dysménorrhées, 42% de dyspareunie sévère, 9% de douleurs pelviennes non menstruelles<sup>in2</sup> ; seuls 40% de ces cas peuvent être attribués à l'endométriose, ce qui oblige à peser prudemment tout geste invasif. Les 3 symptômes douloureux évoqués ci-dessus ne sont pas corrélés au stade de l'endométriose ou à sa localisation mais plutôt au nombre et la taille des implants endométriosiques ou des adhérences qui en sont les conséquences<sup>1,2</sup>. Cependant, la douleur est parfois spécifique d'une localisation anatomique (dyspareunie profonde sévère, défécation douloureuse, signes fonctionnels urinaires ou digestifs). L'analyse sémiologique précise est alors utile pour le diagnostic et le traitement<sup>2</sup>.

### Qu'apporte l'examen clinique ?

Sauf dans quelques études, le toucher vaginal a une sensibilité et spécificité faibles (aucune n'en a évalué la

valeur prédictive)<sup>1</sup>. Il permet parfois de localiser des lésions d'endométriose sous-péritonéale profonde ou de kystes endométriosiques, surtout en période menstruelle. Cette première approche de l'étendue de la maladie est utile pour planifier les étapes suivantes<sup>1,4</sup>.

### Qu'apportent les examens d'imagerie ?

L'échographie à haute résolution transvaginale précise la localisation et l'étendue de l'endométriose pelvienne. Selon plusieurs études prospectives (au total environ 3000 patientes), elle est la technique de choix pour le rectum ou le septum recto-vaginal. Elle est opérateur-dépendant, et même chez un échographiste expérimenté, sa sensibilité varie de 98% pour les lésions intestinales à 25% pour les lésions vaginales. L'IRM devrait être réservée aux résultats ininterprétables des localisations recto-vaginales ou vésicales. D'autres examens (écho-endoscopie rectale, examens des voies urinaires) peuvent être utiles au cas par cas. Aucune imagerie ne peut « voir » des lésions péritonéales superficielles<sup>1</sup>.

### De nombreuses incertitudes...

Le diagnostic d'endométriose est donc finalement chirurgical. Il est réalisé dans 3 indications principales : laparoscopie pour infertilité ou pour algies pelviennes chroniques ou chirurgie du kyste de l'ovaire, ce qui sélectionne une population très particulière qui rend les études contrôlées difficiles. Surtout, ce diagnostic est « visuel », donc avec risque pour le chirurgien, selon l'indication de la laparoscopie, de sur ou sous diagnostic, la confirmation histologique n'étant pas toujours possible. Enfin, la multiplicité de lésions rend difficile l'interprétation des symptômes douloureux<sup>2</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Le diagnostic d'endométriose peut être approché par l'anamnèse et l'examen clinique, puis l'imagerie.** Mais il impose finalement une chirurgie mini-invasive pour analyse du tissu prélevé, ce qui explique dans les formes les moins invalidantes le délai diagnostique de plusieurs années. Aucun bilan biologique n'est utile, notamment le dosage du CA 125, qui peut être élevé<sup>4</sup>.

**Il est parfois difficile d'établir si les lésions retrouvées lors d'une coelioscopie sont bien responsables des douleurs qui l'avaient motivée.** La complexité de la présentation clinique, la multiplicité de la morphologie des lésions d'endométriose et le manque d'études de qualité, compliquent la décision thérapeutique : il n'existe actuellement pas de données comparant l'efficacité à moyen et long terme d'une option médicale exclusive prolongée vs chirurgicale, avec ou sans traitement médical adjuvant. Nous y reviendrons.

#### Références

- 1- Carneiro MM et al. *Clinical Prediction of Deeply Infiltrating Endometriosis before Surgery: Is It Feasible? A Review of the Literature.* *BioMed Research International.* 2013;ID 564153.
- 2- Fauconnier A et al. *Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications.* *Human Reproduction Update.* 2005;11:595-606.
- 3- Vaiman D. *Dossier thématique.* Inserm 2012. Sur [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr)
- 4- CNGOF. *Prise en charge de l'endométriose. Recommandations pour la pratique clinique.* Novembre 2006.