



## **MEMOIRE**

**Diplôme National de Spécialité Médicale**  
**Option : Gynécologie Obstétrique**

# **Intérêt de la coelioscopie dans le diagnostic de l'endométriose pelvienne**

**Présenté par : Dr. Bouhache Sara**

**Sous-direction de :**  
**Professeur Zeraiidi Najia**

**Année 2020 - 2021**



# Sommaire

I. Introduction .....	6
II. Définition .....	7
III. Formes anatomo-cliniques .....	11
1. L'endométriase superficielle (ou péritonéale) : .....	11
2. L'endométriome ovarienne : .....	11
3. L'endométriase pelvienne profonde (ou sous-péritonéale) : .....	11
VI. Anatomopathologie.....	13
V. Diagnostic .....	14
1. CLINIQUE: .....	14
1.1. Interrogatoire : .....	14
1.2. Examen: .....	15
2. PARACLINIQUE : .....	16
2.1. Echographie .....	16
2.1.1. pelvienne et endovaginale: .....	16
2.1.2. Echographie des voies urinaires .....	16
2.1.3. Echoendoscopie transrectale .....	16
2.2. Imagerie par résonnance magnétique (IRM): .....	17
2.3. Hystérosalpingographie .....	18
2.4. Coloscanner .....	18
2.5. Cœlioscopie .....	19
VI. Valeur diagnostique de la cœlioscopie .....	20
VII. Gestes et méthodologie de l'exploration .....	21
VIII. Classification coelioscopique de l'endométriase .....	23
IX. TRAITEMENT .....	24
1. Traitement hormonal pour l'endométriase douloureuse: .....	24
1.1. Contraception par œstroprogestatifs : .....	25
1.2. Progestatifs .....	25
1.3. Agonistes de la gonadotropine releasing hormone (GnRH) .....	26

2. Antalgiques et thérapies alternatives et complémentaires .....	26
2.1. Les antalgiques .....	27
2.2. Thérapies alternatives et complémentaires .....	27
3. Traitement chirurgical: .....	27
4. Indications : .....	28
X. Endométriose et fertilité .....	31
Conclusion .....	33
Résumés .....	43
REFERENCES .....	47

## **I. Introduction**

Le rôle de la cœlioscopie dans le diagnostic de l'endométriose n'est plus débattu. En réalité, toutes les études évaluant de nouveaux procédés diagnostiques et/ou thérapeutiques considèrent cette la coelioscopie comme groupe témoin. Les meilleures connaissances cliniques et para-cliniques pourraient modifier nos pratiques sans pour autant les rendre actuellement contournables. Cependant, de nombreux objectifs restent à définir. [1,2]

L'intérêt de cette revue de littérature menée de 1981 à 2006 était de caractériser plus précisément la place de la cœlioscopie dans le diagnostic de l'endométriose pelvienne. [1]

De nombreuses études évaluant la cœlioscopie diagnostique en cas de suspicion d'endométriose, ont été réalisées chez des patientes accusant des algies pelviennes ou un problème de fertilité, faisant suspecter une endométriose alors que plusieurs investigations radiologiques pertinentes n'ont pas permis d'affirmer l'endométriose.

L'intérêt de la cœlioscopie en cas de suspicion d'endométriose chez des patientes qui sont symptomatiques ou infertiles est évalué entre 60% et 85 %. La seule visualisation des lésions en cœlioscopie n'est pas suffisante pour poser le diagnostic d'endométriose. [3]

Certaines lésions superficielles, de petite taille et atypiques augmentent le risque de faux positifs. Il est impératif de réaliser des biopsies en cas de lésions typiques ou atypiques lors d'une cœlioscopie diagnostique pour confirmer l'endométriose pelvienne.

Il est souhaitable de réaliser un geste thérapeutique au cours du diagnostic coelioscopique. Par contre en cas de situations complexes et/ou en fonction

De l'expérience de l'opérateur, il peut être préférable de renoncer à un traitement chirurgical qui pourrait être incomplet ou non adapté à l'information préopératoire de la patiente afin de compléter le bilan et de solliciter l'intervention d'un opérateur expérimenté.[3]

## II. Définition

l'endométriose est définie par la présence de tissu ayant les mêmes caractéristiques histologique de l'endomètre (glandes épithéliales et stroma ) en dehors de la cavité utérine , en position ectopique. On distingue deux types d'endométriose:

-Dans la profondeur du myomètre , on parle d'adenomyose ou d'endométriose interne .

-A l'extérieur de l'utérus , il s'agit de l'endométriose externe.

Il est admis que même si ces deux formes d'endométriose partagent les mêmes spécificités physiopathologiques , ils restent totalement différents sur plusieurs points: étiologie, la Clinique, et même sur le plan thérapeutique. En conclusion se sont deux pathologies totalement distinctes.

Le foyer d'endométriose est constitué d'endomètre le plus souvent complet, avec des glandes épithéliales et du chorion entourés d'une réaction de sclérose, par conséquence la définition de l'endométriose est purement histologique .

L'endomètre ectopique subit les variations des hormones ovariennes, au cours de la vie génitale de la femme et du cycle menstruel. Une nette amélioration de la symptomatologie se voit au cours de la grossesse et après la ménopause par l'arrêt des sécrétions ovariennes , qui cause l'atrophie de l'implant endométriosique , donc sa disparition , c'est le principe du traitement médical: provoquer la castration médicale.

l'incidence et la prevalence de l'endométriose sont difficiles à évaluer de façon précise, car leur estimation est faussée par la nécessité d'un diagnostic chirurgical de la maladie. Jusqu'à présent, Il n'y'a aucune corrélation entre la sévérité des lésions d'endométriose et la variabilité de la symptomatologie clinique.

On peut qualifier l'endométriose de maladie, lorsqu'il s'y associe des douleurs et/ou une infertilité.

Il est difficile d'estimer sa fréquence, 5 à 10% découvert lors d'un examen anatomopathologique après hystérectomie, et 2 à 3% des patientes consultent pour des douleurs pelviennes chroniques ou dans le cadre d'un bilan d'infertilité. L'adenomyose se manifeste souvent chez les patientes dans la tranche d'âge entre 40 et 55 ans et surtout chez les multipares, par contre l'endométriose externe touche préférentiellement des patientes plus jeunes et qui sont souvent des pauci-pares ou des nullipares. [5,6]

### **III. Formes anatomo-cliniques**

Les lésions d'endométriose prédominent dans la cavité pelvienne mais pas uniquement, elles peuvent également se trouver dans la cavité abdominale, au niveau du diaphragme et dans la plèvre. Les formes intra-parenchymateuses (foie, poumon, cerveau, etc.) sont rares.

Classiquement, on distingue trois formes anatomo-cliniques d'endométriose pelvienne :

#### **1. L'endométriose superficielle ou péritonéale:**

Caractérisée par la présence d'implants d'endomètre ectopique au niveau de la surface du péritoine.

Selon la théorie de Sampson, le reflux menstruel est le point clé expliquant l'évolution de l'endométriose. Cependant, la maladie ne survient pas chez toutes les patientes. Des anomalies moléculaires spécifiques constitutionnelles et/ou acquises ont été identifiées au sein de l'endomètre eutopique, du tissu ectopique et du liquide péritonéal chez les patientes endométriosiques.

Ces modifications permettent le développement de l'endométriose péritonéale dans chacune des étapes de sa genèse : survie des cellules refluees, adhésion à la surface péritonéale, invasion du mésothélium, recrutement des cellules inflammatoires et l'échappement à la surveillance immunitaire, angiogenèse autour de l'implant et prolifération des cellules endométriosiques.

## **2. L'endométriome ovarienne :**

Désigne un kyste de l'ovaire endométriosique , caractérisé par son contenu liquidien couleur chocolat.

Trois modèles différents ont été proposés afin de bien expliquer le développement des kystes ovariens endométriosiques typiques encore nommés endomètriomes ovariens:

-Inversion et invagination progressive du cortex ovarien après accumulation de débris menstruels dérivés du saignement des implants superficiels qui se trouvent sur la surface ovarienne et qui adhèrent au péritoine.

-Enrolement secondaire de kystes fonctionnels ovariens par les cellules endométriales ectopiques localisées sur la surface ovarienne

-Métaplasie de l'épithélium coelomique recouvrant l'ovaire.

En conclusion, il est possible qu'il existe différents types d'endomètriomes ayant une higtogenèse différente et l'on retrouve ici la notion que l'endomètriiose n'est pas une maladie mais un syndrome dont on peut pas expliquer toutes les formes avec une seule théorie.

## **3. L'endomètriiose pelvienne profonde (ou sous-péritonéale) :**

Correspond aux lésions qui s'infiltrant en profondeur à plus de 5 mm sous la surface du péritoine. Cette définition est peu reproductible et difficile à appliquer pour les anatomopathologistes, il a été proposé de parler d'endomètriiose profonde uniquement lorsque les lésions touchent la musculature des organes abdomino-pelviens.[10]

L'endométriose profonde se localise au niveau : le cul-de-sac vaginal postérieur (16 %), les ligaments utérosacrés (60 % des cas), l'intestin (20%) , la vessie (15 %), les uretères (5 %) et au-delà de la cavité pelvienne, le sigmoïde, le colon droit, l'appendice et l'iléon terminal sont des localisations très fréquentes. L'endométriose de la cloison recto-vaginale est un terme anatomiquement erroné et ne devrait plus être employé car les lésions d'endométriose touchent en fait le septum retro-cervical et pas la cloison recto-vaginale, qui est située plus bas. Les lésions d'endométriose profonde sont souvent retrouvés associées entre elles et se caractérisent par la multifocalité. Par exemple, on ne peut pas retrouver la lésion digestive isolée, sans autre localisation profonde, que dans 10 % des cas.

L'endométriome ovarien, est considéré comme un marqueur de la sévérité de l'endométriose profonde lorsqu'il est volumineux et/ou bilatéral : les lésions profondes sont ainsi plus nombreuses et impliquent plus fréquemment les uretères et/ou le tube digestif. Il existe un débat sur l'origine, commune ou distincte, de ces trois types d'endométriose. L'endométriome ovarien se caractérise anatomiquement par des spécificité qui lui sont propres et qui sont différentes des autres kystes de l'ovaire. Il peut être considéré comme un « pseudo-kyste » dans la mesure où son origine semble extraovarienne. En effet, l'endométriome ovarien pourrait se manifester autour d'une lésion péritonéale hémorragique sur laquelle l'ovaire viendrait secondairement adhérer et autour de laquelle le parenchyme ovarien va se dédoubler.. Ces études justifient pourquoi l'exérèse chirurgicale des endométriomes ovariens peut avoir pour conséquence l'ablation d'une partie du cortex ovarien et donc des follicules, faisant courir le risque d'altération de la réserve ovarienne [11-12].

## IV. Anatomopathologie

L'endométriose extra-utérine, correspond à l'ectopie des cellules endométriales ; dans et en dehors ; de la cavité péritonéale, plusieurs formes peuvent être retrouvées : superficielle, annexielle (notamment ovarienne), et profonde au-delà de 5 mm sous le péritoine et/ou l'infiltration de la musculature d'une structure anatomique péri-utérine telle que : le ligament utéro-sacré, le rectum ou la vessie . D'autres localisations, telles que thorax, tissus mous, os, rein, cerveau, etc., ont été décrites hormis la rate.

En général, il doit y avoir la présence conjointe d'un épithélium et d'un stroma endométrial, ou chorion cytogène. L'aspect du tissu endométrial dans ces foyers ectopiques d'endométriose est très variable dépendant de la réponse du tissu ectopique aux fluctuations hormonales du cycle menstruel et de l'ancienneté de la lésion. Ainsi, l'aspect des lésions notamment profondes sous-péritonéales est plus ou moins hémorragique, fibreux, la réaction d'hyperplasie musculaire lisse et de fibrose du tissu hôte étant fondamentale (Fig.

2) et, d'ailleurs, le substratum essentiel de la traduction lésionnelle en imagerie.[12]

Pour le kyste ovarien endométriosique (ou endométriome), macroscopiquement, il a une composante typiquement dite : chocolat, due essentiellement à son aspect hémorragique, sans être pour autant pathognomonique. L'analyse microscopique met en évidence des amas de cellules endométriales, mais le plus souvent on ne trouve que des signes indirects.

Ce qui signifie que l'aspect macroscopique et même histologique ne sont pas toujours très spécifiques d'endométriose, soulignant l'importance du contexte clinique et de l'imagerie qui le plus souvent, sont spécifiques, et rend la cœlioscopie et l'anatomopathologie dans l'approche moderne secondaire dans le

diagnostic d'endométriose.[11,12]

## V. Diagnostic

Dans la littérature, les données concernat la prévalence de l'endométriose varient de façon remarquable selon le mode de diagnostic. Dans le cadre de l'infertilité de 2 à 78% , 0.7 à 43% au cours d'une ligature tubaire par coelioscopie, et chez les patientes opérées pour douleur pelvienne avec une très grande prévalence de 4.5 à 82% .

Chez les jeunes filles souffrant de dysménorrhée sévère , l'endométriose est mise en évidence par coelioscopie une fois sur deux.

Plusieurs Facteurs de risque *peuvent intervenir dans l'apparition de l'endométriose à noter:*

- **l'Age:**
  - 30-40 ans .
  - Exceptionnelle chez la jeune fille.
  - Régresse spontanément après la ménopause.
- ***Les facteurs ethniques :*** surtout chez la race blanche.
- ***Les antécédents chirurgicaux:*** la chirurgie du pelvis que ce soit sur le plan gynécologique ou obstétricale.
- ***L'adénomyose :***
  - Femme en péri ménopause
  - Facteur de risque : antécédant de traumatisme endo-utérin , les manœuvres endo-utérines et la multiparité ...
- ***Le niveau socio-économique*** élevé
- ***Les antécédants gynéco-obstétricaux :*** la ménarche précoce, le cycle menstruel court, antécédant de curetage, l'hystérectomie, la césarienne, et l'épisiotomie.
- ***Les facteurs héréditaires :*** L'incidence et la sévérité de l'endométriose sont élevées chez les femmes ayant un parent au

- premier degré présentant la pathologie, mais pas de lien HLA retrouvé.
- *L'utilisation de Contraception Orale* réduirait le risque d'endométriome surtout si prise continue.
- *Le dysfonctionnement immunitaire* : est actuellement considéré comme déterminant hypothétique de l'endométriome.
- *Les facteurs environnementaux* : Des études ont montré que l'exposition à la dioxine augmentait le risque d'endométriome

## 1. CLINIQUE:

Le polymorphisme des localisations de l'endométriome explique le polymorphisme des signes cliniques, alors que 15 à 30% des patients atteintes d'endométriome péloienne, sont asymptomatiques.

*Il existe certaines variations hormonodépendantes:*

- ✓ Oestrogéno-dépendance.
- ✓ Rémission pendant la grossesse et la ménopause.
- ✓ Réactivation par le traitement hormonal substitutif.

### 1.1. Interrogatoire :

L'interrogatoire repose sur la recherche des symptômes évocateurs de l'endométriome péloienne notamment:

- ✓ Douleur péloienne c'est le signe le plus fréquent, pendant les règles, il s'agit d'une aménorrhée le plus souvent secondaire et tardive mais parfois sans caractère particulier. En dehors des règles, la douleur est péloienne, d'intensité variable, sourde lancinante ou sous forme d'une simple sensation de pesanteur.

Cette douleur peut irradier vers les plis inguinaux , le coccyx, la région lombo-sacrée, le trajet d'irradiation dépend de la localisation de l'endométriose.

- ✓ Ces douleur s'exagèrent parfois en périod ovulatoire ou prémenstruelle et sont alors évocatrices , d'autre fois parcontre elles sont sans rythme précis.
  
- ✓ Dyspareunies profondes, augmentées en seconde partie du cycle à cause de l'atteintes des utéro-sacrés et du Douglas.
  
- ✓ Méno-métrorragies parmi les signes les moins rencontrés dans l'endométriose
  
- ✓ Infertilité : Presque 20 à 50% des patientes consultant pour une infertilité ont des lésions d'endométriose, plusieurs facteurs font que 57% des patientes diagnostiquées sont infertiles :

- *Facteurs mécaniques* comme par exemple les adhérences tubo-ovariennes, l'obstruction tubaire et l'endometriome ovarien.
- *Facteurs physiologiques* qui se résument à la sécrétion par les cellules endométriosiques de progestérone modifiant la maturation folliculaire et la motricité tubaire, LUF-Sd (Sd de follicule non rompu)

✓ **Signes urinaires** : dysuria et pollakiurie.

✓ **Signes digestifs** : se présentent sous forme de douleur lors de la défécation (dyschésie) et parfois associée à des rectorragies cycliques, et des troubles de transit digestif.

## 1.2. Examen:

L'examen Clinique doit être réalisé de préférence en période menstruelle afin d'augmenter sa sensibilité.

- L'examen est normal dans la majorité des cas.
- **Inspection abdominale** de la zone douloureuse par exemple au niveau de l'ombilic ou des cicatrices.
- **Spéculum**: possibilité de retrouver des *nodules* rouge sombre (lésions actives), bleu nuit (lésions anciennes) ou bien blanchâtres (cicatrice scléreuse) cervicaux ou au niveau des culs de sac.
- **Toucher vaginal**: retrouve parfois un utérus rétroversé fixée évocateur douloureux à la mobilisation, une induration douloureuse des utérosacrés ou de la cloison recto-vaginale, un gros kyste ovarien
- **Toucher rectal**: si lésions postérieures ou de troubles digestifs ; nodules de la cloison rectovaginale.

## **2. PARACLINIQUE :**

### **2.1. Echographie**

#### **2.1.1. pelvienne et endovaginale:**

l'échographie pelvienne est toujours considérée comme l'examen de première intention, en revanche sa normalité n'élimine pas le diagnostic d'endométriose.

L'échographie permet de différencier les kystes ovariens fonctionnels, dermoïdes, fibromes voire même les grossesses extra utérine.

Le kyste ovarien endométriosique se caractérise échographiquement par :

- ✓ Des contours externes arrondis sans zone rigide, réguliers.
- ✓ Une paroi fine.
- ✓ Un contenu homogène de faible brillance.
- ✓ L'absence de cloisonnement.
- ✓ Le renforcement postérieur qui est peu important.
- ✓ La mise en mouvement des échos intra-kystiques par mobilisation de la sonde.[13]

#### **2.1.2. Echographie des voies urinaires**

Elle est réalisée en cas des signes urinaires cycliques a fortiori avec des urines stériles. Permet de rechercher une dilatation des cavités pyélocalicielles traduisant l'atteinte des uretères.

#### **2.1.3. Echoendoscopie transrectale**

L'échoendoscopie rectale est réalisée après un simple lavement rectal. L'étude de la paroi digestive et des structures adjacentes est réalisée en mobilisant la sonde vers le haut ou vers le bas à plusieurs reprises avant et après l'instillation de liquide dans la lumière intestinale.

. L'endométriose pelvienne profonde est caractérisée par la présence de nodule ou de masse, avec ou sans contours irréguliers. Au niveau du rectum et/ou du sigmoïde l'atteinte de la musculature qui est hypoéchogène et fine, se différencie de la sous muqueuse qui a un aspect hyperéchogène. On note la localisation du plus grand diamètre de la lésion, par rapport à la marge anale et l'infiltration des organes pelviens adjacents.

## **2.2. Imagerie par résonance magnétique (IRM):**

Elle est considérée comme un examen performant, en particulier pour l'étude des localisations profondes. Elle met en évidence les micro-endométriomes ovariens, les lésions d'adénomyose ainsi que les lésions sous péritonéales.

Le tissu glandulaire endométrial ectopique saigne lors des menstruations et provoque une réaction stromale essentiellement fibreuse, responsable des symptômes douloureux et des signes visibles en IRM. Ce type d'imagerie a l'avantage d'une haute positivité pour tous les sites de localisation d'endométriose profonde. Alors que la présentation IRM d'un endométriome ovarien se caractérise par un hypersignal T1 et un signal variable en T2, les autres localisations sont visibles grâce à une inégalité d'épaisseur ou un nodule en hyposignal T2. Leur découverte au niveau d'une paroi vésicale ou digestive est facilitée par la distension de l'organe creux (vessie semi-pleine, gel échographique dans le rectum).[13]

L'IRM pourrait être nécessaire au suivi thérapeutique en cas de lésions résiduelles.

## **2.3. Hystérosalpingographie**

Généralement, elle est demandée dans le cadre du bilan d'hypofertilité, le diagnostic d'endométriose est fait de signes directs et indirects,

➤ *Pour les signes directs:* se présentent sous forme de diverticules pathognomoniques sur la portion proximale de la trompe en boule de gui, ou bien les trompes prennent un aspect monoliforme.

➤ En ce qui concerne les signes indirects, ils se résument généralement dans La rétroversion utérine fixée ( image en parasol sur clichés de profil), la déformation du défilé cervico-isthmique ( image en baïonnette), on trouve également un hydro/hématosalpinx qui caractérise l'obstruction tubaire. Ainsi qu'une fossette ovarienne agrandie et rétention du produit de contraste (adhérences tubo-ovariennes entravant l'écoulement du liquide).[13]

#### **2.4. Coloscanner**

Le coloscanner est un examen essentiel en cas de suspicion Clinique et ou d'atteinte digestive avérée en échographie, et ce pour faire l'inventaire complet des lésions digestives de l'endométriose qui sont nombreuses dans 20 à 60% des cas.

En effet si l'échographie est très performante pour identifier les localisations endométriosiques du rectum et du sigmoïde, elle l'est beaucoup moins pour les atteintes à droite de l'iléon et du caecum.

Le coloscanner consiste à effectuer un scanner abdomino-pelvien après remplissage du colon par l'eau grâce à la mise en place d'une canule dans le rectum. Cet examen est largement supportable et ne nécessite aucune préparation particulière. Un reflux dans la partie terminale du petit intestin est habituel, ce qui permet d'identifier les lésions de ce segment intestinal.

Pour limiter l'irradiation, qui est le seul inconvénient théorique de cet examen, il est réalisé une seule fois par un seul passage avec injection d'iode d'emblée pour optimiser la détection des lésions.[14]

## 2.5. Cœlioscopie

La certitude du diagnostic d'endométriose uniquement basée sur les symptômes cliniques est très rarement affirmée du fait de la grande variabilité de présentation de l'endométriose (4–6). En effet, de nombreuses pathologies pelviennes inflammatoires peuvent imiter l'endométriose. Ainsi, il existe un délai de plusieurs années (pouvant aller de 5 à 11 ans) entre le début des symptômes et le diagnostic de la maladie. Enfin, de nombreuses formes asymptomatiques ont pour seul point en commun l'infertilité. La symptomatologie clinique seule, ne permet pas, d'affirmer l'endométriose. Les multiples formes cliniques et paracliniques de l'endométriose conduisant à une cœlioscopie diagnostique sont :

- les symptômes douloureux, isolés ou en association, notamment s'ils sont cataméniaux ou rythmés par les règles, comme par exemple : les douleurs pelviennes chroniques, les dysménorrhées, les dyspareunies, les douleurs lors de la défécation, et les douleurs urinaires ;
- L'infertilité ;
- Les méno-métrorragies
- Le bilan d'un kyste ovarien organique aux caractéristiques d'un endométriome.

Les patients opérées à plusieurs reprises ou l'inexpérience de l'opérateur sont deux facteurs imposant une grande prudence pour indiquer une cœlioscopie. Par contre, la suspicion de lésions profondes ou la découverte d'une endométriose sous-péritonéale au cours d'une cœlioscopie indiquée pour une autre raison, sans bilan morphologique complémentaire détaillé, constituent une non-indication à un traitement chirurgical. Une prise en charge par une équipe expérimentée apparaît fondamentale puisque toutes les publications concernant ce sujet sont issues de centres référents.

Ainsi la coelioscopie permet l'exploration rigoureuse de la cavité pelvienne afin d'établir un bilan lésionnel descriptif précis d'une part, et d'autre part, l'exérèse des lésions dans un but diagnostique et thérapeutique.[15]

## **VI. Valeur diagnostique de la cœlioscopie**

En dehors de deux situations très particulières qui sont la mise en évidence des lésions nodulaires bleutées directement accessibles au spéculum dans les culs-de-sac vaginaux ou à la cystoscopie, les lésions d'endométriose ne sont accessibles visuellement que lors de l'exploration cœlioscopique (2). Une sous-estimation des lésions a été rapportée en cas de lésions endométriosiques profondes sous-péritonéales ou en cas d'exploration réalisée au cours ou juste après un traitement médical antigonadotrope . La cœlioscopie diagnostique peut méconnaître certaines lésions endométriosiques profondes (grade B) [14,15]

Afin d'apprécier le rôle majeur de la cœlioscopie diagnostique dans la mise en évidence des lésions endométriosiques pelviennes , je présente le cas d'une patiente âgée de 36 ans , sans antécédents médico-chirurgicaux notables et ayant comme antécédents gynéco-obstétricaux: deux grossesses , un enfant vivant âgée de 5 ans , accouché par voie haute pour bassin chirurgical et un avortement précoce à 7 semaines d'aménorrhée, avec un cycle régulier de 30 jours et pas de notion de prise de contraception.

la patiente accuse l'apparition depuis 3 ans d'une tuméfaction pariétale au niveau de la fosse iliaque droite en regard de la cicatrice pfannenstiel (figure 8), indolore et augmentant progressivement de volume au cours du cycle menstruel, avec notion d'hypofertilité. La patiente rapporte également la notion de dysménorrhée secondaire importante depuis 1 an associée à une dyspareunie profonde.

l'examen général de la patiente reste sans particularité sauf ce qui concerne l'examen abdominal qui objective une masse palpable, arrondie, bien limitée, mesurant 4cm sur 2cm de diamètre, mobile par rapport au plan profond et au plan cutané, et siégeant au niveau de la fosse iléaque droite en regard de la cicatrice pfannensteil. L'examen gynécologique reste tout à fait normal : utérus de taille normale , mobile , col d'aspect sain , et présence d'une masse latéro-utérine gauche mobile ne dépendant pas de l'utérus .

En première intention, une échographie pelvienne a été réalisée , ce qui a objectivé la présence d'un kyste ovarien gauche a parois fine , avec un contenu homogène sans renforcement postérieur et sans cloisons, un aspect typique d'endométriome . présence d'une formation dermo sous dermique de contours irréguliers, d'échostructure mixte avec une composante hypoechogène et une composante micro-kystique , mesurant 5cm sur 4cm, évoquant une localisation endométriosique pariétale . une IRM a été réalisé en deuxième intention mais qui n'a pas pu mettre en évidence d'autres lésions endométriosiques a part l'endométriome et la lésion endométriosique pariétale.

Dans le cadre du bilan d'infertilité et de la recherche de la cause de dyspareunie, la coélicoscopie diagnostique trouve toute sa place . Au cours de l'exploration coélicoscopie , et en plus du kyste endométriosique situé au niveau de l'ovaire gauche ( figure 5) , des lésions pigmentées, se présentant sous forme de petites granulations millimétriques ou de petits patches de couleur bleuâtre, sont mise en évidence au niveau de la trompe droite, du péritoine et même profondément au niveau du cul de sac de Douglas (figure 1 et 2) .

cet aspect macroscopique de ces lésions est considéré comme un aspect typique de l'endométriose , un autre aspect totalement différent peut être rencontrer lors d'une exploration coélicoscopie, comme par exemple des plaques fibreuse blanchâtres rétractiles ou sous forme de reliefs de couleur clair ou rougeâtre , ils sont considérés comme des aspects rares et difficilement diagnostiqués. (figure 3 et 4).

Suite à l'ensemble des antécédents, de l'examen clinique, des explorations para-cliniques, et cœlioscopie, le diagnostic de l'endométriose pelvienne profonde (faite de plusieurs foyers endométriosiques tubaires, péritonéale et au niveau du cul de sac de Douglas en plus d'un endométriome gauche) a été retenu chez cette patiente en association à un foyer endométriosique pariétal. Vu la symptomatologie clinique (dysménorrhée, dyspareunie et l'hypofertilité) qui ont poussé la patiente à consulter, une prise en charge complète (pelvienne et pariétale) a été proposée.

On a réalisé une laparotomie, qui a permis l'ablation de l'endométriome par kystectomie associée à une salpingectomie gauche suite à la détérioration de la qualité de la trompe, ainsi que la destruction des nodules endométriosiques les plus accessibles. Le geste chirurgical a été conclu par la résection du foyer endométriosique pariétal avec des marges de résection saines (figure 9). Les pièces opératoires ont été adressées à l'étude anatomopathologique, et la patiente mise sous traitement antalgique et hormonal, avec un suivi régulier.

Une prise de son hypofertilité a été programmée après 6 mois du traitement hormonal, par une stimulation ovarienne par des citrates de clomifène et une insémination intra-utérine des spermatozoïdes.

## VII. Gestes et méthodologie de l'exploration

Le moment idéal du cycle pour réaliser la cœlioscopie est difficile à déterminer. Il paraît que la phase lutéale tardive ou la période menstruelle soient évitées par les opérateurs, du fait d'un risque de greffe péritonéale du reflux menstruel en cas de défaut péritonéal créé lors de la chirurgie. En outre, la cœlioscopie ne doit pas être entreprise à moins de trois mois d'un traitement hormonal du fait du risque de sous-diagnostiquer les lésions. [16]

L'examen par cœlioscopie diagnostique comporte les éléments suivants :

- Examen sous AG : spéculum, touchers pelviens, palpation abdominale , sans oublier qu'un examen clinique normal n'élimine en aucun cas la présence d'endométriose.
- La patiente est installée en décubitus dorsal, ce qui permet un accès double équipe.
- L'utilisation d'une canule utérine permet de mobiliser l' utérus
- Un test au bleu de méthylène apparaît souhaitable .
- L'exploration cœlioscopique minutieuse abdominale puis pelvienne qui comprend l'examen visuel et/ou palpatoire :

- Des gouttières pariéto-coliques, les coupes diaphragmatiques, le foie, l'épiploon, le tube digestif qu'il convient de dérouler, l'appendice ;
- D cul-de-sac vésico-utérin, des ligaments utérosacrés, du Douglas ;
- De l'utérus ; des trompes, des ovaires, des fossettes ovariennes, et finalement des uretères ;
- la mobilisation des organes pour une inspection exhaustive apparaît souhaitable en s'aidant de la clarté de l'image coelioscopique
- la cytologie péritonéale est systématique en cas de kyste ovarien (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique : FIGO)

Chez les patientes souffrant de troubles de fertilité, la distribution anatomique des lésions endométriosiques doit être prise en compte, avec par ordre décroissant des fréquences. Pour les endométriomes ovariens (figure 5), le côté gauche semble le plus fréquemment atteint . Pour les lésions superficielles, une biopsie apparaît recommandée afin de confirmer le diagnostic. Pour les lésions profondes ou les endométriomes ovariens, une analyse histologique de la pièce opératoire est recommandée afin de confirmer le diagnostic et de ne pas méconnaître une lésion maligne.

Cependant, une biopsie négative ne permet pas d'éliminer formellement le diagnostic. Une confirmation histologique des lésions endométriosiques apparaît nécessaire (grade C).

Les lésions coelioscopiques diagnostiquées sont décrites dans un compte rendu opératoire, en décrivant leur extension en surface, leurs adhérences ainsi que leur étendue en profondeur.

Le compte rendu opératoire précise la localisation, la taille, le type, et l'étendu de toutes les lésions ainsi que les adhérences . A cause de la présence multifocale de l'endométriose, l'exploration permet l'examen visuel des gouttières pariéto-coliques, des coupes diaphragmatiques, du foie, de grand l'épiploon, l'intestin, l'appendice, du cul-de-sac vésico-utérin, des ligaments utérosacrés, du cul de sac de Douglas, de l'utérus, des trompes, des deux ovaires avec leurs fossettes et des uretères (CNGOF 2007). La description des lésions jugées normales est également souhaitable. Une iconographie ou un enregistrement sont conseillés voir même nécessaires (CNGOF 2007).[18,19]

### **VIII. Classification coelioscopique de l'endométriose**

En ce qui concerne les classifications coelioscopiques de l'endométriose, il n'existe aucune étude comparative permettant de favoriser une classification par rapport aux autres.

NICE indique que les systèmes de classification ne guident pas le traitement sans corrélation évidente entre le stade et les symptômes. [13]

Le CNGOF en 2007 conseille d'utiliser les classifications à disposition permettant ainsi une unification des descriptions et du langage. La classification rASRM (figure 6), évolution de la classification American Fertility Society (AFS) est la plus connue et la plus utilisée.

Elle semble peu reproductible et mal corrélée avec les symptômes et la fertilité. Uniquement les lésions péritonéales pelviennes et ovariennes et les adhérences sont décrites. Cependant la part rétro-péritonéale de l'endométriose profonde n'est pas prise en compte.

Les atteintes endométriosiques de l'intestin, du système urinaire, du vagin, du col et extra-pelviennes ne sont pas intégrées dans la classification. La classification Enzian révisée pourrait être considérée comme complément de la classification rASRM. Elle prend en compte en effet les éléments rétro-péritonéaux antérieurs (vagin et cloison recto-vaginale), latéraux (ligaments utéro-sacrés, paramètres et uretères) et postérieurs (rectum et colon sigmoïde).

Actuellement, il n'est pas possible de corréler la classification Enzian (figure 7) avec les symptômes et la fertilité. [13-14].

Il s'agit d'une classification préférée et utilisée dans les pays germaniques et peu diffusée dans la communauté internationale.

La classification CHAPRON, décrite en 2003, évaluant l'atteinte endométriosique profonde antérieure et postérieure est moins complète que la classification ENZIAN. Elle a cependant le mérite d'être plus simple et française.

## **IX. TRAITEMENT**

Il est impératif de prendre en compte les contre-indications, les effets indésirables, les traitements pris antérieurement et l'avis de la patiente pour guider le choix du traitement. Chez une femme asymptomatique, il n'y a pas d'indication à prescrire un traitement hormonal en l'absence d'envie personnelle de la femme d'une contraception.[20]

### **1. Traitement hormonal pour l'endométriose douloureuse:**

En première intention, Les traitements hormonaux recommandés dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse, sont la contraception par œstro-progestatifs et le dispositif intrautérin au Levonorgestrel à 52 mg . en deuxième intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse on peut utiliser la contraception microprogestative orale au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel, les agonistes de GnRH avec une add-back thérapie et le dienogest.

### **1.1. Contraception par œstroprogestatifs :**

Pour les patientes ayant une endométriose douloureuse, la contraception œstro-progestative en prise cyclique permet de réduire la dysménorrhée, les dyspareunies et les douleurs pelviennes chroniques. Le dosage d'Éthinylestradiol (20 versus 35 µg) n'influence pas l'efficacité sur la douleur.

Nottant que les oestro-progestatifs locaux par voie vaginale (anneau contraceptif) ont montré leur efficacité pour les dysménorrhées, les douleurs non cycliques et la dyspareunie avec nodules recto-vaginaux.

La littérature uniquement ne précise pas le bénéfice d'une administration continue (versus cyclique) de la Contraception Oestro-progestative chez les patientes non infertiles ayant une endométriose douloureuse, en dehors du contexte de chirurgie et de la dysménorrhée intense. il est recommandé de suivre les règles de bonne pratique concernant l'usage des Contraceptifs Oestro-progestatifs, en raison du risque thromboembolique non négligeable.[20]

### **1.2. Progestatifs**

Les progestatifs ont un effet anti-oestrogénique et anti-gonadotrope en même temps, en ayant un effet anti-inflammatoire par action sur la métalloprotéase. Les progestatifs comme les pregnanes et norpregnanes, sont surtout bien tolérés au long court sauf pour les molécules androgéniques qui présentent des effets secondaires comme la prise de poids, l'hirsutisme, l'hypertension artérielle, et la dyslipidémie.

Posologie des progestatifs ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'endométriose :

- Acétate de chlormadinone, LUTERAN : 5mg x 2/jour en continu
- Acétate de noréthistérone, PRIMOLUT-NOR : 10mg/jour en continu
- Dydrogestérone, DUPHASTON : 10mg x 3/jour en continu ou du 5<sup>o</sup> au 25<sup>o</sup> du cycle

- Lynestrérol, ORGAMETRIL : 5mg x 1à2/jour en continu pendant au moins 6mois
- Médrogestone, COLPRONE : 5mg x 1à3/jour en continu ou du 5° au 25°j du cycle.

Les macroprogestatifs: acetate de nomégestrol et acetate de chlormadinone, sont indiqués quand le rapport bénéfice/risque est considéré comme étant favorable, chez une patiente en age de procréer et surtout lorsque les alternatives ont échoué ou sont contre indiqués:

Les microprogestatifs en continu semblent plus efficaces que les contraceptifs oestro-progestatifs en anneau utilisés de manière cyclique pour contrôler la douleur. L'aménorrhée induite par la contraception orale microprogestative limite de façon spectaculaire la dysménorrhée.

Le diénogest est bien évalué dans l'endométriose. Il bénéficie de l'AMM dans l'indication endométriose. Il est efficace sur la réduction des douleurs pelviennes à 12 mois après l'arrêt du traitement.[21]

### **1.3. Agonistes de la gonadotropine releasing hormone (GnRH)**

Les agonistes de la GnRH permettent une castration médicale réversible et une réduction des dysménorrhées et la douleur chez les patientes ayant une endométriose douloureuse, avec une nette amélioration à 10 mois de traitement.

Au cours d'un traitement par les agonistes de la Gonadotrophine hormone , l'association d'un macroprogestatif et d'un œstrogène réduit la baisse de densité minérale osseuse à 12 mois et elle est supérieure au résultat d'un macroprogestatif seul. La thérapie de substitution impliquant un œstrogène améliore la qualité de vie des patientes traitées par les agonistes de la GnRH.[22]

La durée du traitement par les agonistes de la GNRH est limitée à 6 mois, sauf pour L'Enantone dont la durée du traitement peut aller jusqu'a 1 an si il est associé à une hormonothérapie de substitution à partir du 3ème mois).

Généralement une seule cure est autorisée, même à distance à cause du coût élevé du traitement.

En plus de son efficacité sur la douleur et le score AFSr, les agonistes de la GNRH ont un intérêt en pré-opératoire pendant 3 mois.

Posologie des Agonistes de la GNRH ayant l'autorisation de mise sur le marché pour l' endométriose :

- Leuproréline, ENANTONE LP 3,75 : 1 injection sous-cutanée ou intramusculaire / mois
- ENANTONE LP 11, 25: 1 injection sous-cutanée ou intramusculaire/ 3 mois
- Nafaréline, SYNAREL 0, 2: 1 pulvérisation nasale x 2 / jour (400µg/jour)
- Triptoréline, DECAPEPTYL LP 3: 1 injection intramusculaire / mois
- DECAPEPTYL LP 11,25 : 1 injection intramusculaire / 3 mois

Effets indésirables sont ceux de la ménopause notamment l'ostéoporose à long terme et les réactions allergiques.

## **2. Antalgiques et thérapies alternatives et complémentaires**

Ces thérapeutiques sont prescrites en première intention à toutes les patientes ayant une endométriose douloureuse, après évaluation globale de la douleur et de son retentissement. La fréquence élevée et la récurrence des douleurs associées à l' endométriose impose leur considération comme un syndrome douloureux chronique influencé par des mécanismes physiopathologiques inflammatoires et neuropathiques . Il n y'a aucun parallélisme anatmoclinique entre l'intensité, l'importance et la localisation des lésions.

### **2.1. Les antalgiques**

Traitement conventionnel dans l'endométriose, les antalgiques se divisent en 3 paliers:

- Palier 1: le paracétamol et les anti inflammatoires non stéroïdiens quelque soit leur classe thérapeutique, sont utilisés surtout dans au cours de la crise douloureuse.
- Palier 2: les opiacés ( Tramadol, Codéine, Lamaline, Poudre d'opium..), généralement in n'ont pas de place dans les douleurs chroniques non cancéreuses . Ils ont un risqué élevé de surdosage et de dépendance .
- Palier 3: les morphiniques , les plus fortes et plus efficaces des antalgiques .

La gabapentine et les antidépresseurs tricycliques (l'amitryptiline, Laroxyl) ont un intérêt dans le traitement de douleurs pelviennes chroniques, mais pas spécifiquement dans l'endométriose douloureuse.

Si une origine neuropathique de la douleur est suspectée, la patiente doit bénéficier d'un traitement spécifique.[22]

## 2.2. Thérapies alternatives et complémentaires

Le besoin aux autres traitements alternatives est fréquent chez les patientes avec des algies pelviennes chroniques . Certains traitements ont un effet uniquement dans les douleur de menstruations ou les algies chroniques.

Plusieurs therapies alternatives peuvent etre utiliser en association avec les traitements médicaux ou chirurgicaux:

- Traitements pharmacologiques: la mélatonine utilisée dans les dysménorrhée et les dyspareunies mais pas d'AMM et le cannabis .
- Traitements physiques: acupuncture, ostéopathie, manipulation vertébrale, exercice physique, yoga.
- Régimes ou complements antioxydants: vitamins (B6, A ,C, E), le gluten-free, les sels minéraux, les ferments lactiques, les omega 3 et 6.
- Herbes médicinales: fenugrec, gingembre, valériene , zataria.
- Herbes chinoises.
- Aromathérapie .

Il n'existe pas de donnée scientifiques suffisamment solides sur l'efficacité des différents régimes alimentaires, et Les plantes médicinales et l'aromathérapie n'ont pas bénéficié d'études scientifique dans l'endométriose douloureuse..

Les tests faits sur les herbes chinoises semblent montrer, qu'ils ont une efficacité modérée dans certaines circonstances d'utilisation. Il est essentiel d'etre prudent en utilisant les herbes médicinales et chinoises à cause de leur toxicité élevée [23]

### **3. Traitement chirurgical:**

#### ***-Principalement conservateur:***

- \* Adhésiolyse
- \* Destruction de tous les implants visibles par électrocoagulation, thermocoagulation, ou bien par laser.
- \* kystectomie ovarienne ou drainage avec destruction de la paroi
- \* Reconstruction de la trompe oblitérée
- \* Annexectomie : pas de désir de grossesse

#### ***-Difficultés :***

- Implants jeunes évolutifs d'aspects atypiques
- Adhérences++
- Saignements dus à l'inflammation (intérêt d'associer un traitement médical pré-opératoire)

#### ***-Risque:***

- Fuite du liquide endométriosique dans la cavité pelvienne source d'adhérences.
- Infection annexielle
- Récidive: 30- 83% [24]

#### 4. Indications :

### THERAPEUTIQUE DES FORMES SEVERES D'ENDOMETRIOSE

#### -Devant un endométriome :

- ✓ *Si > 30 mm*: Traitement chirurgical.
- ✓ *Si < 30 mm*: Traitement médical par progestatifs à dose antigonadotrope.
- ✓ *Si < 30 mm et non symptomatique* : surveillance clinique et échographique, le traitement médical n'est pas indiqué.

#### - Cas de l'endométriose profonde avec localisations sous-péritonéales :

Deux options thérapeutiques sont possibles :

- ✓ *Traitement chirurgical.*
- ✓ *Traitement médical antigonadotrope* : Les analogues de la GnRH : 3mois (l'utilisation des agonistes de la GnRH limité à 6 mois (ENANTONE® 1 an maximum ),en raison de la perte osseuse qu'ils induisent en traitement prolongé) ; Après 3 mois de traitement :

→ *En cas d'efficacité* : le traitement par agoniste de la GnRH peut être prolongé jusqu'à 6 mois (1 an pour ENANTONE®) lorsqu'il est associé à une "add-back therapy" à partir du 3ème mois de traitement.

→*En cas d'efficacité insuffisante au delà de 6 mois* (1an pour ENANTONE®): on propose un relais par un autre traitement antigonadotrope (progestatif, contraception orale).

→*En cas d'échec* : recours au traitement chirurgical.[24]

## THERAPEUTIQUE DE L'ENDOMETRIOSE MODEREE

Il faut faire un test thérapeutique de 3 mois par un analogue de la GnRH :

→**Si échec** : coelioscopie thérapeutique afin d'enlever les lésions endométriosiques.

→**En cas de succès** :

- Le traitement par agoniste de la GnRH peut être prolongé jusqu'à 6 mois (1 an pour ENANTONE) associé à une "add-back therapy" à partir du 3ème mois de traitement.
- Au delà de 6 mois (1 an pour ENANTONE) : il est suggérer d'utiliser un autre traitement antigonadotrope (progestatif, contraception orale) jusqu'à la ménopause.

## TRAITEMENT DE L'INFERTILITE ASSOCIEE A L'ENDOMETRIOSE

-Dans le cas où le bilan et le Dc de l'infertilité ont été effectués, le traitement médical n'a pas sa place dans cette indication, ces médicaments peuvent également retarder la fertilité :

### **- Endométriiose de stade I et II de la classification AFS revise**

- La cœlioscopie permet le diagnostic et le traitement de l'endométriiose en meme temps.

-Secondairement sera proposée une procréation médicalement assistée (PMA) le plus souvent une fécondation in vitro.

### **- Endométriiose de stade III et IV de la classification AFS revise**

- le traitement est chirurgical.
- Les agonistes de la GNRH en pré-opératoire permettent d'améliorer les conditions de l'intervention chirurgicale en diminuant les adhérences.
- En post-opératoire, leur prescription pdt 3 mois améliorent le taux de succès de grossesses.
- ***En cas d'endométriiose profonde***, l'indication thérapeutique est fonction de la présence ou pas et de la taille d'un éventuel ***endométriome*** :

✓ En l'absence d'endométriome ou s'il a une taille inférieure 3 – 4 cm : Il n'y a pas d'indication chirurgicale, ni de traitement médical et la PMA est à pratiquer en 1ere intention. En cas d'échec, il faut se référer au TT de l'endométriiose.

✓ En présence d'un endométriome de plus de 4 cm : Le traitement est l'exérèse chirurgicale en vue d'une PMA.[24,25]

## **X. Endométriose et fertilité**

Les répercussions de l'endométriose sur la fertilité spontanée d'une femme est variable. Le trouble de la fertilité est intimement lié au degré de sévérité de la maladie.

Les mécanismes pouvant expliquer la fertilité dans l'endométriose restent à discuter et dépendent du stade de la maladie. L'hypothèse la plus probable dans les endométrioses peu évoluées est celle d'une inflammation du péritoine, de la trompe et de l'endomètre, qui perturbe la maturation de l'ovule, l'ovulation et la fécondation de l'ovule. L'implantation de l'œuf peut être troublée par cette inflammation. Quelques études ont démontré que l'inflammation du liquide péritonéal altérerait la qualité du sperme, et altérerait également la fonction des cils dans les trompes. En ce qui concerne les stades plus évolués, l'infertilité est liée aux mêmes mécanismes, mais également à des contraintes mécaniques, liées à la perte des rapports anatomiques normaux. En conséquence à des adhérences dans la région de la muqueuse des trompes et de la surface des ovaires, il peut survenir qu'après l'ovulation, l'ovule ne puisse pas être capté correctement par la trompe. Le capital folliculaire nommé "réserve ovarienne", peut être altéré par la présence de kyste sur les ovaires, appelés "endométriomes".

Lors des rapports sexuels il existe une dyspareunie qui rend la conception impossible. Surtout dans les endométrioses profondes.

Le traitement de cette pathologie dans le but de concevoir une grossesse peut nécessiter une laparoscopie, un traitement médical, ou une assistance médicale à la procréation (FIV...). Dans la plupart des cas, ces trois thérapeutiques sont utilisées conjointement.

Il est impératif que la chirurgie soit réalisée par des chirurgiens qualifiés et spécialistes de cette pathologie, afin d'augmenter les chances de grossesse et préserver le capital ovarien. Chaque situation est spéciale, pour prendre une décision, le dossier de chaque patiente est discuté en

réunion afin de décider du meilleur choix thérapeutique. L'avis de la patiente est fondamental dans la décision finale .

Le diagnostic précoce et le traitement adéquat de l'endométriose peuvent permettre de préserver la fertilité des patientes.[11,25]

## **XI) EVOLUTION**

L'endométriose est considérée comme une affection bénigne hormonodépendante .Sous l'effet des variations hormonales , on peut avoir une :

- Aggravation progressive au cours de la vie génitale.
- Amélioration transitoire au cours de la grossesse.
- Guérison après la ménopause.

L'endométriose peut par ses facultés de dissémination engendrer plusieurs complications, notamment:

**1- COMPLICATIONS GYNECOLOGIQUES** : sous forme de douleurs pélviennes chroniques, d'hémorragies génitales (ménometrorragie), l'infertilité, et une rupture de kystes hémorragiques.

**2- COMPLICATIONS DIGESTIVES** : la localisation au niveau du rectum, du sigmoïde, du coecum, et de l'appendice peut causer une sténose et/ou une occlusion digestive.

**3- AUTRES COMPLICATIONS** :

- Des complications urinaires surtout vésicale par une hématurie cyclique,
- Des complications pulmonaire sous forme d' hémoptysie
- Une dégénérescence maligne qui est rare et exceptionnelle

# Conclusion

Lacœlioscopie est encore considérée comme l'examen de référence pour le diagnostic de l'endométriose .Elle est l'examen diagnostique de référence permettant de visualiser les lésions endométriosique. Cependant,elle méconnait les lésions d'endométrioses ou péritonéales profondes et donc doit être précédée d'un bilan complet(notamment l'IRM). Ce bilan permet d'établir une cartographie la plus détaillée possible des lésions, à la manière d'un bilan d'extension.

La coelioscopie a double intérêt: confirmer le diagnostic et faire le geste thérapeutique, dans le même temps opératoire . Cependant , en cas de découverte fortuite opératoire, un bilan d'imagerie sera nécessaire avant , éventuellement , de réintervenir secondairement . Les lésions observées doivent être prélevées et analysées en histologie pour confirmer le diagnostic et pour éliminer une cause maligne.

L'expérience de l'opérateur reste très importante, car un opérateur expérimenté semble obtenir une meilleure corrélation entre macroscopie et histologie.

Différentes lésions endométriosiques sont retrouvées lors de la cœlioscopie :

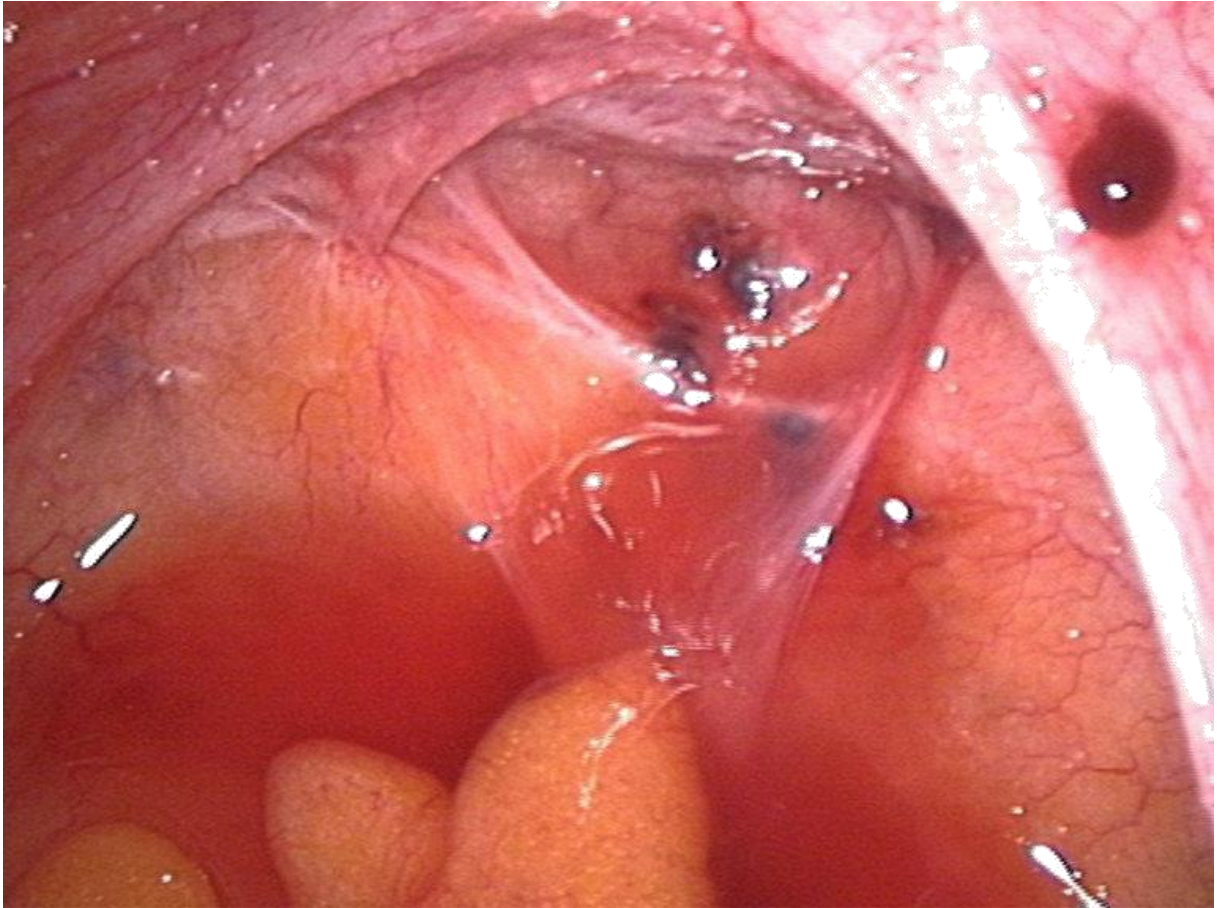
- Lésions vésiculeuses noirâtres soit micro ou macronodulaires entourées d'un péritoine rétracté.
- Lésions blanches indiquants une fibrose péritonéale.
- Kystes ovariens endométriosiques (endométriomes)laissant échapper un liquide épais couleur chocolat quand on les incise.
- Des adhérences.
- Des nodules des ligaments utéro-sacrés.
- Des nodules de la cloison recto-vaginale.

La corrélation entre l'histologie et ce qui est observé en coelioscopie est sensible à 96% mais peu spécifique (77%) et avec une valeur prédictive positive de seulement 46%. D'où l'importance d'analyser tous ce qui ressemble visuellement à de l'endométriose.

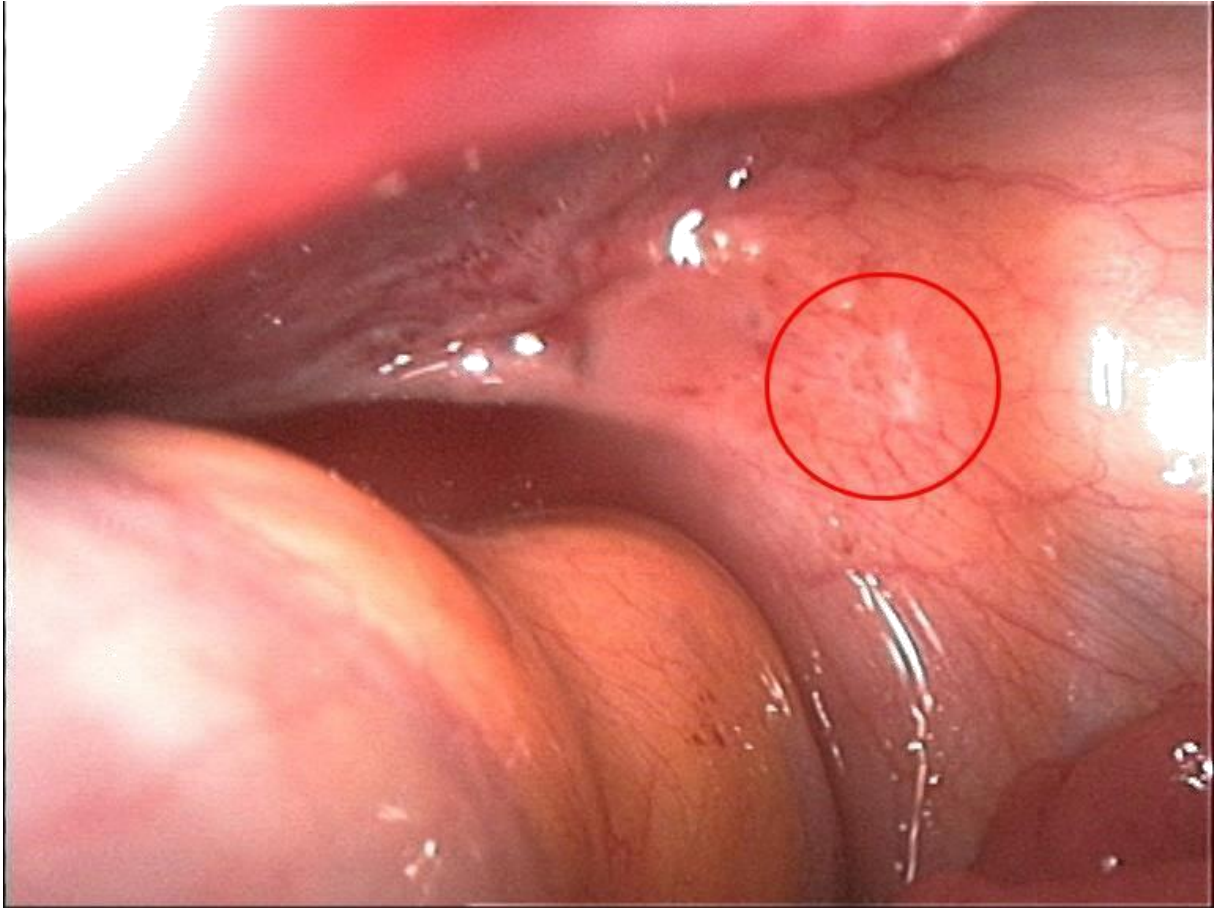
**ANNEXES**



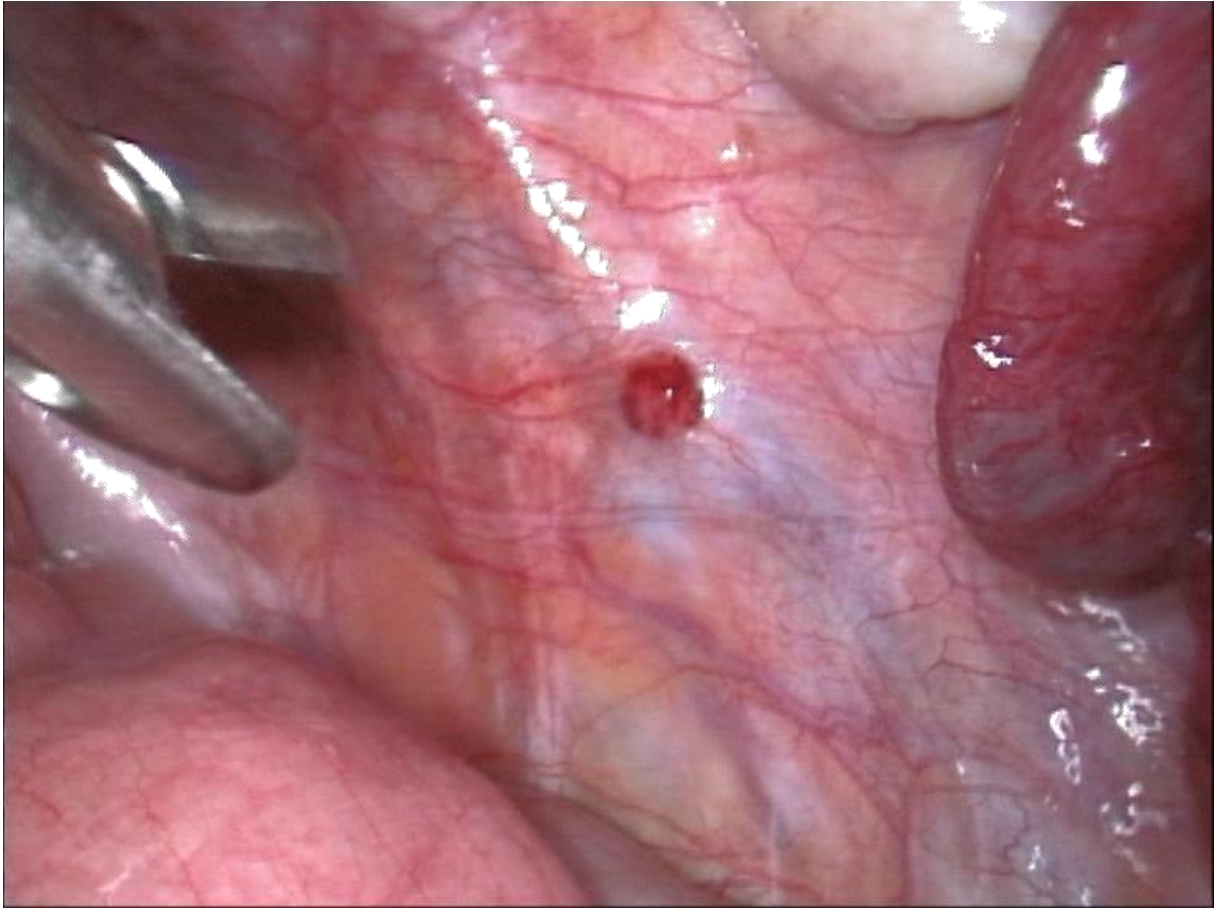
**Figure I : image cœlioscopique de granulations péritoneale couleur bleue, avec quelques implants hémorragiques .[26]**



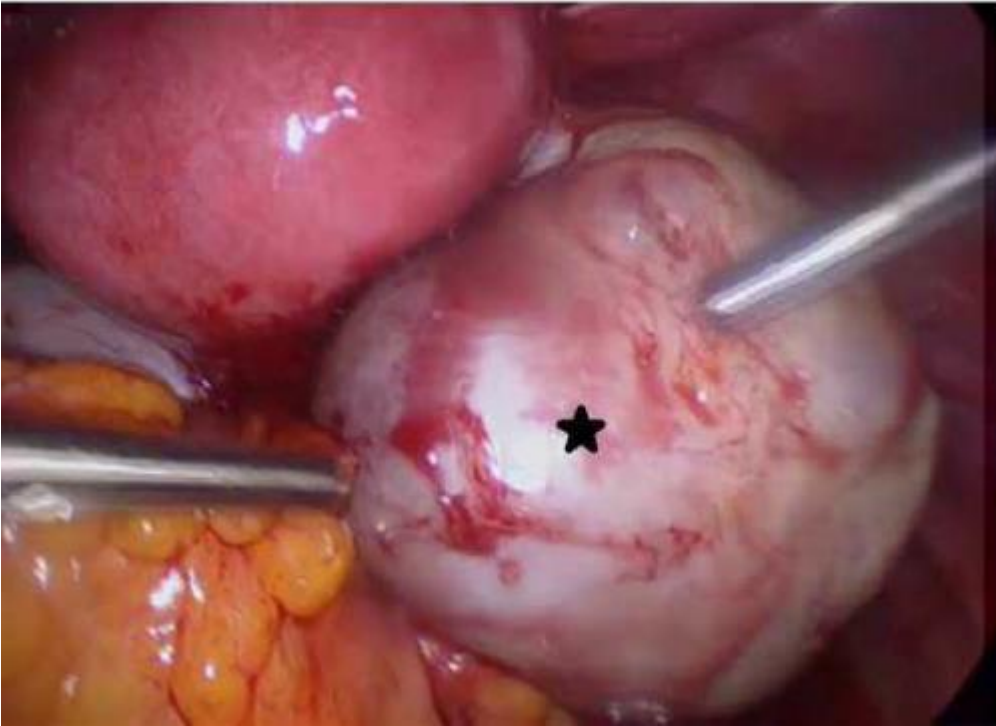
**Figure II : Endométriose du cul de sac du Douglas[26]**



**Figure III : Tache blachatre aspect atypique d'endométriose.[26]**



**Figure IV : Lésion en relief de couleur rouge.[26]**



**Figure V : Endométriome ovarien.[26]**



**AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE  
REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS**

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Stage I (Minimal) - 1-5      Laparoscopy \_\_\_\_\_ Laparotomy \_\_\_\_\_ Photography \_\_\_\_\_

Stage II (Mild) - 6-15      Recommended Treatment \_\_\_\_\_

Stage III (Moderate) - 16-40

Stage IV (Severe) - > 40

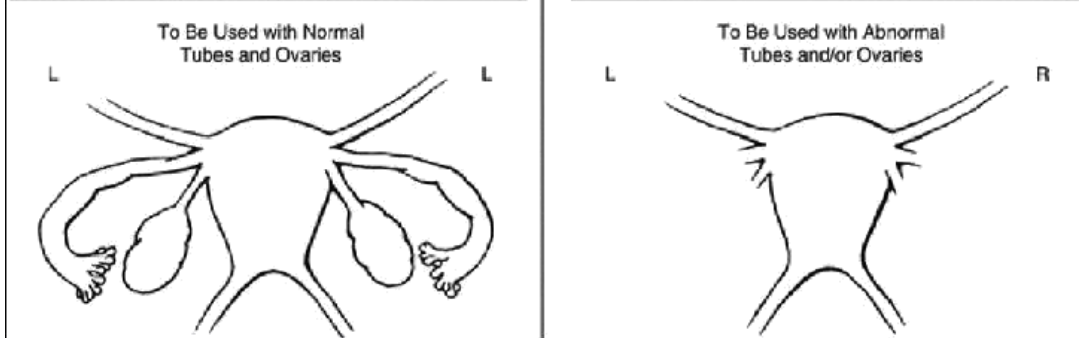
Total \_\_\_\_\_ Prognosis \_\_\_\_\_

PERITONEUM	ENDOMETRIOSIS	< 1cm	1-3cm	> 3cm
	Superficial	1	2	4
	Deep	2	4	6
OVARY	R Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
	L Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
	POSTERIOR CULDESAC OBLITERATION	Partial 4		Complete 40
OVARY	ADHESIONS	< 1/3 Enclosure	1/3-2/3 Enclosure	> 2/3 Enclosure
	R Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	L Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	TUBE	R Filmy	1	2
Dense		4	8	16
L Filmy		1	2	4
Dense		4	8	16


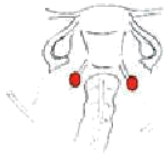


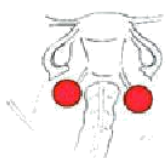


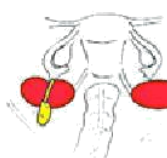

If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.  
Denote appearance of superficial implant types as red [(R), red, red-pink, flamelike, vesicular blobs, clear vesicles], white [(w), opacifications, peritoneal defects, yellow-brown], or black [(B) black, hemosiderin deposits, blue]. Denote percent of total described as R \_\_%, W \_\_% and B \_\_%. Total should equal 100%.

Additional Endometriosis: \_\_\_\_\_

Associated Pathology: \_\_\_\_\_



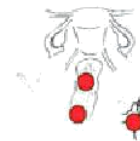
**Figure VI : Classification rASRM.[9]**

Pelvic compartment Level	A	B	C
	rectovaginal space vagina	sacrouterine ligaments cardinal ligaments, pelvic sidewall external ureter compression	lower bowel rectum / sigmoid
1 <1cm	 A 1	 B 1	 C 1
2 1-3 cm	 A 2	 B 2	 C 2
3 >3cm	 A 3	 B 3	 C 3

**FA**  
uterine adenomyosis



**FI**  
intestine  
sigma, coecum,  
term. ileum



**FB**  
bladder



**FO**  
other localisations  
Diaphragma,....



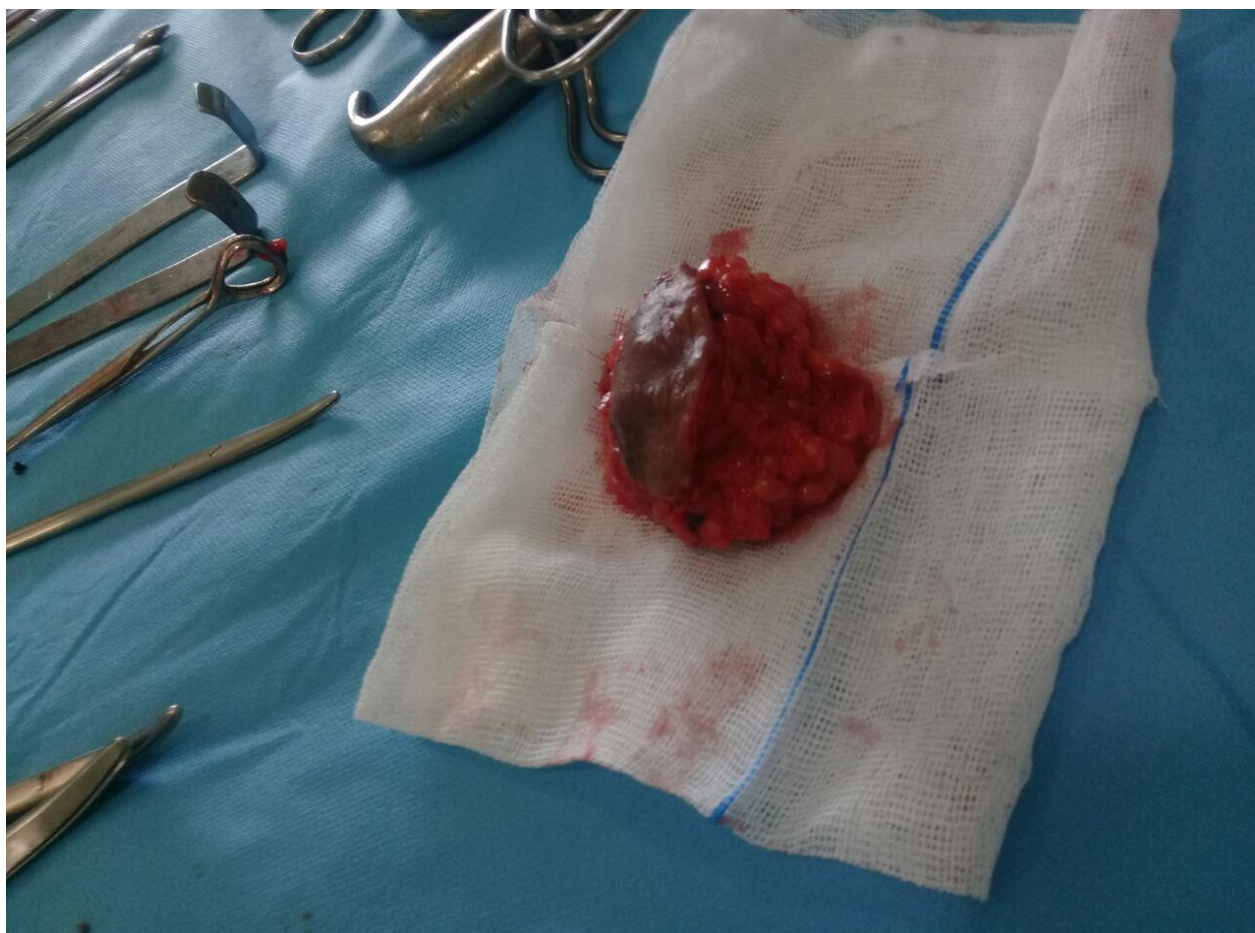
**FU**  
intrinsic ureter



Figure VII : Classification Enzian.[13]



**FIGURE VII: tuméfaction au niveau de la fosse iliaque droite en regard de la cicatrice de pfannensteil, évoquant une endométriose pariétale.**



**FIGURE IX: piece opératoire de l'endométriose pariétale**

## Listes des figures

Figure I : image cœlioscopique d'implants péritonéaux d'endométriose sous forme de granulations bleutées, avec quelques implants actifs hémorragiques au cours des règles.[26].....	44
Figure II : Endométriose du cul de sac du Douglas[26] .....	45
Figure III : Tache blachatre aspect atypique d'endométriose.[26] .....	46
Figure IV : Lésion en relief de couleur rouge.[26] .....	47
Figure V : Endométriome ovarien.[26] .....	47
Figure VI : Classification rASRM.[9].....	48
Figure VII : Classification Enzian.[13] .....	49
FIGURE VII: tuméfaction au niveau de la fosse iliaque droite en regard de la cicatrice de pfannensteil, évoquant une endométriose pariétale.....	50
FIGURE IX: piece opératoire de l'endométriose pariétale.....	51



# Résumés

**-Titre:** interet de la coelioscopie dans le diagnostic de l'endométriose pelvienne

**-Docteur Bouhache sara**

**-Mots clés :** Coelioscopie, Endométriose , Histologie

### Résumé

L'endométriose se caractérise par l'extravagation en dehors de la cavité utérine de tissus possédant les caractères morphologiques et fonctionnels de l'endomètre.

Bien que cette affection soit connue depuis plus d'un siècle , son processus pathogénique n'est pas encore clairement élucidé et reste controversé, cependant son origine parait multifactorielle.

L'endométriose est une affection fréquente et chronique atteignant environ 10% des femmes en âge de procréer.

La cœlioscopie diagnostique a prouvé son efficacité dans la mise en évidence et le diagnostic de l'endométriose pélvienne. Elle est indiquée devant plusieurs symptômes : la douleur pelvienne chronique, une infertilité, des ménorrhagies et une masse ovarienne organique.

Plusieurs types de lésions ont été décrits, « typiques » et « atypiques », qu'il faut savoir reconnaître et localiser. Une histologie apparaît hautement souhaitable pour confirmer le diagnostic.

Ce travail issu de revu de littérature , permet une mise au point sur le bénéfice qu'apporte la coelioscopie , dans la confirmation diagnostique d'une endométriose pelvienne.



**Title:** value of laparoscopy in the diagnosis of pelvic endometriosis

**Docteur Bouhache sara**

**Keywords:** Laparoscopy, Endometriosis, Histology

### Summary

Endometriosis is defined by the presence outside the uterine cavity of tissues with the morphological and functional characteristics of the endometrium. Although this condition has been known for over a century, its pathogenesis is not yet clearly understood and remains controversial, yet its origin appears to be multifactorial. Endometriosis is a common and chronic condition affecting about 10% of women of childbearing age. Diagnostic laparoscopy has proven to be effective in identifying and diagnosing pelvic endometriosis. It is indicated for several symptoms: chronic pelvic pain, infertility, meno-metrorrhagia and an organic ovarian mass. Several types of lesions have been described, including "typical" and "atypical" lesions that must be recognized. Histology appears highly desirable to confirm the diagnosis. This work, resulting from a review of the literature, allows an update on the benefit of laparoscopy in the diagnostic confirmation of pelvic endometriosis.



## المخلص

العنوان: قيمة تنظيف البطن في تشخيص الانتباذ البطاني الرحمي الحوضي  
الكلمات المفتاحية: تنظيف البطن ، بطانة الرحم ، علم النسجة

يتم تعريف الغدد الصماء عن طريق وجود خارج تجويف الرحم من الأنسجة التي تمتلك الخصائص المورفولوجية والوظيفية للغدد الصماء.

وعلى الرغم من أن هذه الحالة معروفة منذ أكثر من قرن من الزمان ، فإن عمليتها المسببة للمرض ليست واضحة بعد وال تزال مثيرة للجدل ، إلا أن أصلها يبدو متعدد العناصر.

تصلب الأوعية الدموية هو حالة شائعة ومزمنة تصل إلى حوالي 10 ٪ من النساء في سن الإنجاب.

وقد أثبتت عملية التنظيف التشخيصي فعاليته في إبراز وتشخيص التهاب البلعوم البطني. ويشار إليه أمام العديد من الأعراض: ألم الحوض المزمن ، والعمق ، والميتوهيريتي ، وكتلة المبيض العضوية.

وقد وُصفت عدة أنواع من اللفات ، بما في ذلك اللفات "النمطية" و "غير النمطية" التي يلزم الاعتراف بها.

يبدو أن علم الأحياء مرغوب فيه للغاية لتأكيد التشخيص

ويسمح هذا العمل ، الذي يستند إلى مراجعة الأدب ، بالتركيز على الفائدة التي يجلبها التنظيف

النمائي في التأكيد التشخيصي لمرض تصلب الحوض .

# REFERENCES

- 1- Tardieu A, et al. les capacités des endoscopies diagnostiques en cas d'endométriose, et RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018)
- 2- Abreger de gynécologie, Masson 4ème édition 2002
- 3- Fauconnier A, et al. Epidémiologie et la stratégie diagnostique, de RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018)
- 4- Ponceleta et Ducarme . l'endométriose et la pratiques de la cœlioscopie diagnostique (2007)
- 5- Benthami M: ENDOMÉTRIOSE PAR REFLUX DE la MENSTRUATION (A PROPOS DE 30 CAS) (2018)
- 6- Nisenblat , Prentice , Bossuyt M, Farquhar , Hull L, Johnson N. the diagnosis of pelvic endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2016;7:CD012281
- 7- Endometriosis for diagnosis and management.; 2017.
- 8- Poncelet C, Ducarme G. [Endometriosis and good practice rules for diagnostic laparoscopy]. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007;36:135-40
- 9-EMC gynécologie 2020, édition SBA-medecine.com 2020
- 10- Enkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis and the distribution of Obstet Gynecol 1986;67:335-338.
- 11- ScarselliG, GinocchiniL, Coccia ME RizzelloF, Cammilli F . Diagnosis and treatment of pelvic endometriosis. Minerva Ginecol 2005;57:55-78.
- 12- Vercellini , Vigano` , Somigliana , Fedele . Endometriosis: pathogenesis and treatment of endometriosis. Nat Rev Endocrinol 2014;10(5):261-75

- 13-** Adamson GD. Endometriosis classification the update. Curr Opin Obstet Gynecol 2011;23:213–20
- 14-** Protocoles en gynécologie obstétrique , CNGOF, 3ème édition, 2013
- 15-** Belaisch , Audebert , Brosens IA, al. L' endométrieuse pelvienne. Masson; 2003. P  
329
- 16-** Tsankov , Zlatkov . BOWEL ENDOMETRIOSIS - CASE OF RECTAL LOCALISATION. Akush Ginekol (Sofia). 2016; 55(4):56-58. [7].
- 17-** BREF HISTORIQUE DE L' ETUDE DE L' ENDOMETRIOSE pelvienne [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <http://endometriosemaladie.e-monsite.com/blog/brefhistorique-de-l-etude-de-l-endometriose.html> [8].
- 18-** Sadoul , Beuret-Sadoul , BeniflaL, Madelenat P. Chapitre 27. In: Atlas de gynécologie. Masson. p. 285-302. [9].
- 19-** Masson E. l'endométrieuse annexielle . EM-Consulte. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.emconsulte.com/article/224561/chirurgie-pour-endometriose-annexielle> [10].
- 20-** CNGOF – les RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE de l'ENDOMÉTRIOSE. [11].

