

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2018

THESE N°: 210

ENDOMETRIOSE PERINEALE
A PROPOS DE 04 CAS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mr. Hamza TOUZI
Né le 20 Mars 1993 à Casa

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Endométriose – Endométriose périnéale – Chirurgie –
Cicatrice d'épisiotomie – Glande de Bortholin.

JURY

Mr. S. AL KANDRY

Professeur de Chirurgie Générale

PRESIDENT

Mr. J. KOUACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

RAPPORTEUR

Mr. A. BOUNAIM

Professeur de Chirurgie Générale

JUGES

Mme. N. LAMALMI

Professeur d'Anatomie Pathologique

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك
أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 32



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <u>Clinique Royale</u>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed	Médecine Interne – <u>Doyen de la FMPR</u>
---------------------	---

Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation –**Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC**

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques **Doyen de la FMPO**
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**



Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha

Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - ***Directeur HMI Med V***
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie

Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*

Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie – Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- Dir. Hop. Av. Marr.
Anesthésie-Réanimation Inspecteur du SSM
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie Directeur Hop. Chekikh Zaied
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation

Pr. BENABDELJLIL Maria
 Pr. BENAMAR Loubna
 Pr. BENAMOR Jouada
 Pr. BENELBARHDADI Imane
 Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUACHANE Thami
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. DAALI Mustapha*
 Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAB Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali

Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Rhumatologie
 Anatomie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie



Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie

Pr. JAAFAR Abdelouhab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOURIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*

Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie



Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie

(mise en disponibilité)

Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine

Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie



Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie

Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*

Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation

Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed

Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-ptisiologie



Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie biologique
 Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique

Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjoub
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind

Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie



Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie biologique
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques

Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed*
Pr. RAHALI Younes
Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim*
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Généco-logie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Généco-logie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naïma	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines





Dédicaces



A Allah

*Tout puissant Qui m'a inspiré
Qui m'a guidé dans le bon chemin Je vous dois
ce que je suis devenu Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde.*

*A mon papa adoré
Monsieur Touzi Hajjaj*

*Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elles ne
sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance.*

*Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la
confiance en soi face aux difficultés de la vie.*

*Tu as toujours été mon exemple, celui qui m'a toujours poussé à me
surpasser dans tout ce que j'entreprends, qui
m'a transmis cette rage de vaincre et la faim de savoir.*

*Celui qui a été ma source de motivation, le moteur de mes ambitions,
qui m'a appris que le savoir est une richesse que nul ne peut voler.*

*Je te serai à jamais reconnaissant, pour tout le mal que tu t'es donné
pour moi à chaque étape de ma vie,
pour ta patience et ton amour.*

*Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai
toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir.*

*Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur,
quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.*

A mon exceptionnelle maman

Madame Sassi Sihame

A celle qui m'a mis au monde, qui m'a tenu la main pour apprendre à marcher, puis pour dépasser une à une les embûches de la vie.

A celle qui a supporté mes caprices et essuyé mes larmes avec douceur, qui m'a relevée à chacune de mes chutes.

A celle qui a prié pour moi en toutes circonstances, qui m'a conseillée et guidée dans les moments de doutes, et qui a pu soulager mes peines.

A celle qui m'a soutenu d'une main de fer, qui m'a aidée à repousser mes limites, à me mettre en condition et à distinguer avec lucidité le bon du mal.

A la personne la plus objective, la plus pieuse à son dévouement et son sang-froid.

Parce que pour rien au monde je ne voudrai changer, rien qu'en l'espace d'une seconde, ce que tu es, et de l'éducation que tu m'as prodigué.

Tu es mon exemple, ma bonne étoile qui je l'espère, subsistera dans mon ciel pour le restant de mes jours, éclairant ma route dans mes moments les plus sombres.

Aucune de mes phrases, aucun de mes récits ne pourra rendre justice à la femme que tu es.

Je te dédis ce travail et te remercie de tout mon être, pour ton amour inconditionnel, et pour avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

A mon cher frère

Badr Touzi

*En souvenir d'une enfance dont nous
avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments.*

*Pour tout le soutien que tu m'as apporté, et pour
toute la complicité et l'entente qui nous unissent,
Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur,
de réussite et de sérénité.*

*Ce travail est un témoignage de mon attachement
et de mon amour.*

A ma chère sœur

Sara Touzi

*Pour toute l'ambiance dont tu m'as entouré, pour toute
ta spontanéité et ton élan chaleureux, Je te souhaite la réussite,
avec tout le bonheur qu'il faut pour te combler.*

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.

Puisse Dieu le tout puissant te garder et exhausser tous tes vœux.

*A ma chère
Epouse Radia Slassi*

*Merci pour ton amour, ton soutien et tes encouragements qui ont
toujours été pour moi d'un grand réconfort.*

*Merci d'être toujours à mes côtés, par ta présence, par ton amour dévoué
et ta tendresse, pour donner du goût et du sens à notre vie*

*En témoignage de mon amour, de mon admiration et de ma grande
affection, je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime
et mon sincère attachement.*

Je prie dieu le tout puissant pour qu'il te donne bonheur et prospérité.

*A la mémoire de mes grands-parents
Que leurs âmes reposent en paix*

*A ma belle-famille :
Mr Abdelazziz Slassi, Mme Fatima Mansouri ,
Mr Chahid Slassi Mme Chaimaa Slassi et Mlle Insaf Slassi.*

Merci de m'avoir accueilli à bras ouverts

*A Mounir Lahyani , Aniss Raqui ,
Kamal Seddiki , Dergamoune Hamza,
Ismail Raqui , Am'r Nachit , Youssef Aadi ,
Yassir El Houari*

Et à mes autres amis.

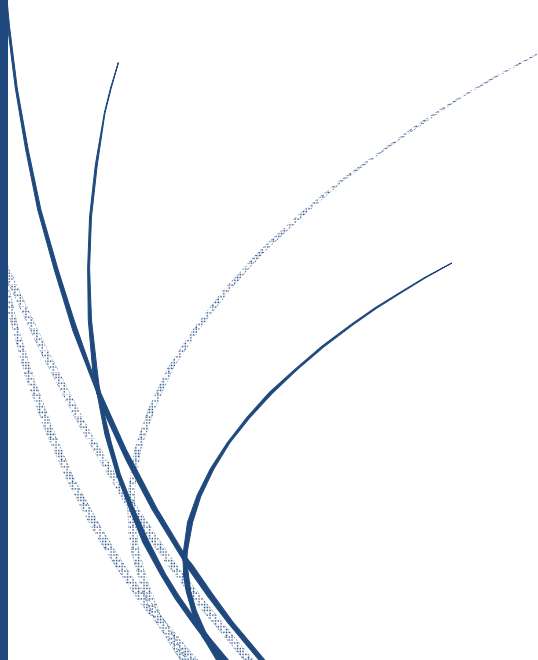
*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon
affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères
et des amis sur qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs
de tous les moments que nous avons passé ensemble,
je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine
de santé et de bonheur.*

*A toute ma promotion de l'ERSSM
A tous ceux et celles que je n'ai pas pu citer*



Remerciements



*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE Mr AL
KANDRY SIF EDDINE
PROFESSEUR DE CHIRURGIE VISCÉRALE*

Nous sommes très sensibles à l'honneur

que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

*Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines
ont suscité en nous une grande admiration,*

et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

*Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre
enseignement et d'apprécier votre sens professionnel.*

*Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre
profond respect.*

A NOTRE MAITRE ET RAPORTEUR DE THESE
Mr KOVACH JAOUAD
PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

*Plus d'une fois j'ai eu à admirer votre sagesse et simplicité,
et ce depuis le premier jour, votre rigueur et compétence constitue pour
n'importe quel étudiant un idéal,
le moteur qui nous anime.*

*Permettez-moi de vous assurer ma sincère gratitude
et haute considération, cela a été pour moi un grand honneur de
bénéficier de vos précieuses directives
qui m'ont permis de mener à bien ce travail que vous m'avez confié, je ne
saurais suffisamment vous remercier.*

THESE Mr BOUNAIM AHMED
PROFESSEUR DE CHIRURGIE VISCERALE

*C'est pour nous un immense privilège de vous voir
accepter de juger ce travail.*

*Veillez croire cher maître à notre très haute considération
et notre profond respect.*

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE
Mme LAMALMI NAJAT PROFESSEUR D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE

Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury. Nous

vous remercions de votre enseignement

et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE
Mme LAMALMI NAJAT PROFESSEUR D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE

Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury.

Nous vous remercions de votre enseignement

et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect

A NOTRE CHÈRE MAÎTRE
Mr BABA HABIB MOULAY ABDELAH
PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

*Nous sommes profondément touchés par votre
gentillesse et la spontanéité de votre accueil.*

*Nous vous remercions pour votre aide considérable et votre grande
collaboration dans la réalisation de cette thèse.*

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

LISTES DES FIGURES :

FIGURE N°1 : Echographie périnéale 2D (7,5MHTz) Nodule de 32 mm hyperéchogène hétérogène mal limité avec des zones kystiques

FIGURE N° 2 : Echographie pélvi-périnéale 4D montrant : Nodule arrivant au contact du sphincter externe de l'anوس au-dessous de la cicatrice d'épisiotomie

FIGURE N°3 : IRM du pelvis en coupe axiale : montrant un nodule hétérogène du périnée de 24/17mm implanté sur la base de la vulve droite comblant l'angle anovaginal

FIGURE N° 4 : Pièce opératoire

FIGURE N° 5 : Image histologique montrant les glandes endométriales entourées de chorion cytogène

FIGURE N°6 : Nodule endométriosique de la grande lèvre droite

FIGURE N°7 : coupe histologique du nodule endométriosique au moyen grossissement

FIGURE N°8 : Aspect bleuâtre du nodule endométriosique au-dessus de la cicatrice d'épisiotomie.

FIGURE N°9 : Aspect histologique du nodule endométriosique au moyen grossissement, coloration standard HES

FIGURE N°10 : Masse kystique de la glande de Bartholin

FIGURE N°11 : aspect macroscopique d'un nodule endométriosique rompu avec issue de liquide de teinte chocolatée

FIGURE N°12 : coupe histologique d'une glande endométriale (H&E * 100)

FIGURE N°13 : coupe histologique d'une glande endométriale et son stroma dans l'épithélium vulvaire

FIGURE N°14 : Image préopératoire d'un nodule endométriosique en regard de la cicatrice d'épisiotomie

FIGURE N°15 : Nodule endométriosique vulvaire

FIGURE N°16 : Zone fibreuse avec nodule bleuté sur cicatrice d'épisiotomie

FIGURE N° 17 : kyste endométriosique de la glande de Bartholin gauche

FIGURE N°18 : Echodoppler couleur d'une endométriose périnéale révélant un nodule sous-cutané avec des limites irrégulières et une densité complexe sous la cicatrice d'épisiotomie. Un flux sanguin périphérique à la masse a été détecté

FIGURE N°19 : patiente âgée de 30 ans présentant une masse dans le périnée antérieur droit en regard d'une cicatrice d'épisiotomie. Les deux coupes échographiques montrent une masse hétérogène contenant un kyste anéchogène dans le périnée antérieur droit

FIGURE N°20 : IRM d'endométriose périnéale. Montrant une masse irrégulière à gauche de la cicatrice d'épisiotomie avec un signal hypo-intense en T2WI (a) et hyper-intense en T1WI (b)

FIGURE N°21 : Image d'un mélanome vulvaire dans la lèvre droite mesurant moins de 04 cm avec une zone rougeâtre végétative et surélevée qui peut être observée sur la face interne de la tumeur.

FIGURE N°22 : Image d'un abcès de la marge anale.

LA LISTE ALPHABETIQUE DES ABREVIATIONS :

AFSSAPS	: Agence française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS	: Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMM	: Autorisation de mise sur le marché
CA125	: Cancer antigène 125
CHU	: Centre hospitalier universitaire
DIU	: Dispositif intra-utérin
ECBU	: Examen cytbactériologique des urines
FSH	: Hormone folliculostimulante
GNRH	: Gonadotrophine Releasing Hormone ou gonadolibérine
HMIMV	: Hôpital militaire d'instruction Mohammed V
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
LH	: Hormone lutéinisante
TDM	: Tomodensitométrie

LES UNITES DE MESURE :

Cm	: Centimètre
Mm	: Millimètre
MHz	: Mégahertz
UI	: unité internationale

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. OBJECTIFS DE L'ETUDE :	5
II. TYPE DE L'ETUDE :	5
III. METHODES DE L'ETUDE :	5
IV. METHODES DE RECEUIL :	6
V. LIMITES DE L'ETUDE :	6
VI. OBSERVATIONS :	7
RÉSULTATS	22
1) DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :	23
2) DONNEES CLINIQUES :	24
3) LES DONNEES PARACLINIQUES :	27
4) TRAITEMENT :	28
5) DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUES :	28
6) EVOLUTION :	29
DISCUSSION	31
I- DEFINITION :	32
II- EPIDEMIOLOGIE :	33
A. Prévalence :	33
B. Incidence :	34
III- PHYSIOPATHOGENIE :	37
A. Théorie de la métaplasie cœlomique	37
B. Théorie de la transplantation:	38
C. Théorie de l'induction [24] :	39
D. Théories embryoplastique :	40

IV- ANATOMOPATHOLOGIE :	42
A. Macroscopie :	42
B. Microscopie :	44
1. Typiquement :	44
2. Atypiquement :	47
C. Modifications histologiques au cours du cycle menstruel :	47
V- FACTEURS DE RISQUE :	49
VI- ETUDE CLINIQUE :	53
1. Signes fonctionnels :	53
1.1 Les dysménorrhées :	55
1.2 Les douleurs pelviennes chroniques :	55
1.3 L'infertilité.....	56
1.4 La douleur de dyspareunie :	56
1.5 Les troubles digestifs :	57
1.6 Les troubles urinaires	57
1/7 Les troubles hémorragiques du cycle :	57
1.8 Les troubles anxiodépressifs.....	58
1.9 Les autres symptômes cataméniaux	58
2. Examen physique :	58
3. Diagnostic paraclinique.....	64
4. Diagnostics différentiels :	74
VII- LES TRAITEMENTS :	76
A. Moyens thérapeutiques.....	76
1. Les traitements médicamenteux :	76
2. Traitements chirurgicaux :	80
3. La cryothérapie :	81
B. Les indications thérapeutiques :	82
C. Résultats thérapeutiques :	84

1. Traitement médical :	84
2. Le traitement chirurgical :	85
3. L'évolution :	87
D. La prise en charge globale :	88
CONCLUSION	89
RÉSUMÉS	92
BIBLIOGRAPHIE	96



Introduction

L'endométriose se définit par la présence de tissu endométrial composé de glandes et de stroma en dehors de la cavité utérine. Ainsi en situation ectopique, les cellules endométriales sont capables de s'implanter et de se développer pour former des lésions endométriosiques [Sampson, 1927].

L'endométriose est une pathologie fréquente de la femme en âge de procréer, mais reste de diagnostic difficile. Les signes cliniques les plus fréquents sont les dysménorrhées, les douleurs pelviennes chroniques, les dyspareunies, les masses pelviennes, fréquemment associés à un tableau d'infertilité.

On distingue classiquement :

L'adénomyose ou endométriose **INTERNE** : caractérisée par la présence de glandes endométriales et de stroma cytogène à l'intérieur du myomètre. C'est la plus fréquente, elle représente 75% des endométrioses. Cette forme n'est pas abordée dans ce travail.

L'endométriose **EXTERNE** : englobe toutes les localisations hors de l'utérus, atteignant les organes du petit bassin, voire des organes à distance.

Elle peut être :

- Génitale : avec des localisations intra péritonéales : ovaires, trompes, péritoine ; ou extra péritonéales localisées : col de l'utérus, vagin et cloison recto vaginale, vulve, périnée et région inguino crurale.
- Extra génitale : digestive : grêle, appendice, colon ; urinaire : vessie, uretère, rein, urètre ; autres : plèvre, poumon, bronches, ganglions, peau, foie, ombilic ...

La prévalence exacte de l'endométriose n'est pas exactement connue, mais estimée de 2 à 10 % des patientes en âge de reproduction et entre 25 à 50 % des patientes présentant un problème d'infertilité.

L'endométriose périnéale correspond à la présence de tissu endométrial au niveau du périnée. Des antécédents à type d'épisiotomie, de déchirure obstétricale ou d'intervention périnéale associée souvent à une manipulation endo utérine sont fréquemment retrouvés. L'endométriose périnéale fait souvent l'objet de quelques articles sporadiques dans la littérature sous forme de petites séries de cas ou généralement d'un seul cas clinique. La première observation d'endométriose périnéale a été rapportée en 1923 et celle d'endométriose du canal anal en 1968. [1]

Nous rapportons une série de 04 cas d'endométriose périnéale colligée au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat sur une durée allant de janvier 2009 à décembre 2017. A travers l'analyse de ces observations et les données de littérature nous mettons le point sur les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives de cette pathologie.



Matériels et méthodes

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE :

L'étude a pour objectif de repérer les différents cas d'endométriose périnéale pris en charge au Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Militaire Mohammed V de Rabat afin de préciser les caractéristiques épidémiologiques, physiopathologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette pathologie rare pour en déduire d'éventuels moyens de prévention.

II. TYPE DE L'ETUDE :

C'est une étude de cas rétrospective à propos de 04 patientes porteuses d'endométriose périnéale diagnostiquées et prises en charge au Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat.

III. METHODES DE L'ETUDE :

Les données analysées ont été extraites à partir des dossiers cliniques des patientes hospitalisées et prises en charges afin de les comparer aux données de la littérature.

L'analyse a porté sur les éléments suivants :

- Données épidémiologiques : le niveau socio-économique et l'âge
- Données cliniques : la parité, la gestation, les symptômes, le temps de latence, la localisation.
- Données paracliniques : l'échographie, l'IRM, les résultats histologiques des produits d'exérèse et les données biologiques.
- Données thérapeutiques et évolutives.

IV. METHODES DE RECEUIL :

Toutes les données ont été recueillies sur la fiche d'exploitation à partir des dossiers répertoriés.

V. LIMITES DE L'ETUDE :

Parmi les limites de notre étude :

- La rareté de cas diagnostiqué au sein du service
- Le fait que notre étude n'inclue pas d'autres milieux afin d'apporter une autre dimension à nos données

VI. OBSERVATIONS :

Observation N° 1

Patiente de 32 ans 2^{ème} geste 2^{ème} part, sans antécédents pathogéniques personnels ou familiaux notables.

Adressée par son médecin traitant pour des vulvodynies cycliques évoluant depuis 06 mois.

Elle a eu ses ménarches à 12 ans ; son cycle menstruel est régulier à raison de 5 jours tous les 30 jours ; sans moyen de contraception.

C'est une 2^{ème} geste 2^{ème} part : deux enfants vivants. Les deux accouchements ont eu lieu par les voies naturelles aidés par épisiotomie médio latérale droite. Le dernier accouchement a eu lieu 02 ans avant son admission.

Le début de la symptomatologie remonte à 06 mois par des vulvodynies cycliques en regard de la cicatrice d'épisiotomie s'aggravant progressivement en période de règles ; sans signes digestifs ou urinaires.

L'examen clinique à l'admission a retrouvé une patiente en assez bon état général, normotendu, conjonctives normo colorées.

L'examen périnéal a objectivé la cicatrice d'épisiotomie

- Au toucher vaginal : on retrouve un nodule périnéal profond environ 03 cm dure à limite irrégulière et douloureux situé au-dessous de la cicatrice d'épisiotomie.
- Au toucher rectal : l'orifice anal et la muqueuse rectal étaient libres, la tumeur était adhérente au canal anal.

Le reste de l'examen gynéco-obstétrical était sans anomalies.

L'échographie périnéale a montré un nodule faisant 32mm hyperéchogène, hétérogène avec des zones kystiques et de renforcement postérieur, arrivant au contact du sphincter externe de l'anus au-dessous de la cicatrice de l'épisiotomie. [Figure N° 1 et 2]

L'imagerie par résonance magnétique nucléaire du pelvis a objectivé un nodule hétérogène du périnée faisant 24/17mm fait de composante cicatriciel fibrotique et de spot de saignement chronique. Le nodule est implanté sur la base de la vulve droite, comble l'angle ano-vaginal, ainsi que la partie supérieure droite de la fosse ischio-anale sous-jacente au muscle pubo-rectal droit. Hypersignal suivante muscle pubo-réctal droit suggérant une infiltration par l'endométriose. La lésion est au contact avec le sphincter externe qui reste intacte. Présence d'œdème et d'adhérences autour du nodule endométriosique. L'intégrité du sphincter interne anale et l'espace inter sphinctérien. Sans lésions à gauche [Figure N° 3].

L'exploration chirurgicale sous rachianesthésie a été réalisée retrouvant une tumeur envahissant le sphincter externe de l'anus, l'exérèse était en monobloc emportant une partie du sphincter externe. La réparation du sphincter a été réalisée avec fermeture plan par plan. [Figure N° 4]

L'étude anatomopathologique : l'histologie a mis en évidence des glandes endométriales de tailles variables, bordées par un épithélium cylindrique régulier leurs lumières étaient parfois gorgées de sang et sont tapissées de chorion cytogène sans signes histologiques de malignité. Leurs limites étaient saines. [Figure N° 5]

Les suites post opératoires étaient simples la patiente est suivie en consultation avec un recul de 12 mois.



Figure N°1 : Echographie périnéale 2D (7,5MHz) :

Nodule de 32 mm hyperéchogène hétérogène mal limité avec des zones kystiques

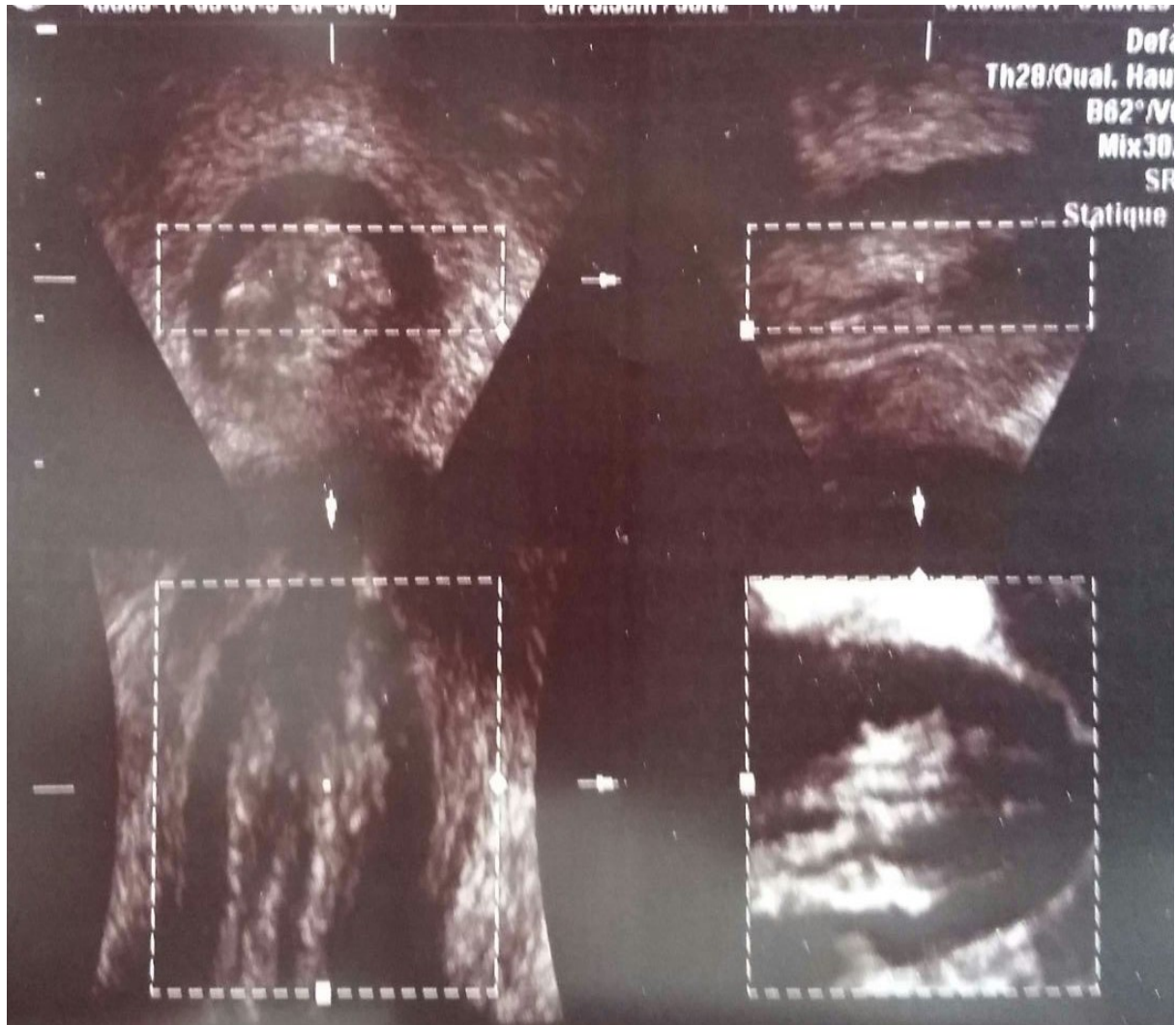


Figure N° 2 : Echographie pélvi-périnéale 4D montrant : Nodule arrivant au contact du sphincter externe de l’anus au-dessous de la cicatrice d’épisiotomie

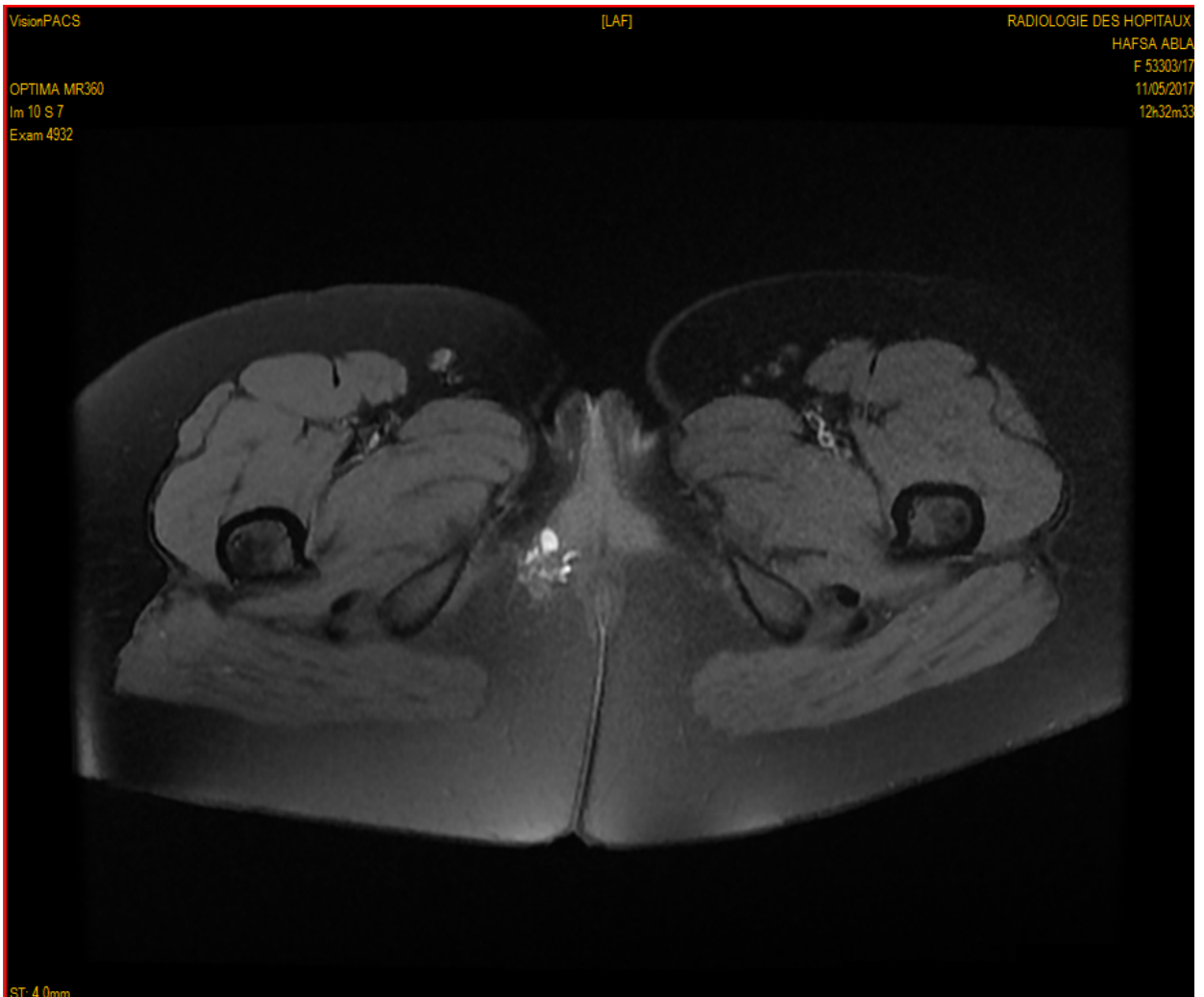


Figure N°3 : IRM du pelvis en coupe axiale : montrant un nodule hétérogène du périnée de 24/17mm implanté sur la base de la vulve droite comblant l'angle anovaginal



Figure N°4 : Pièce opératoire

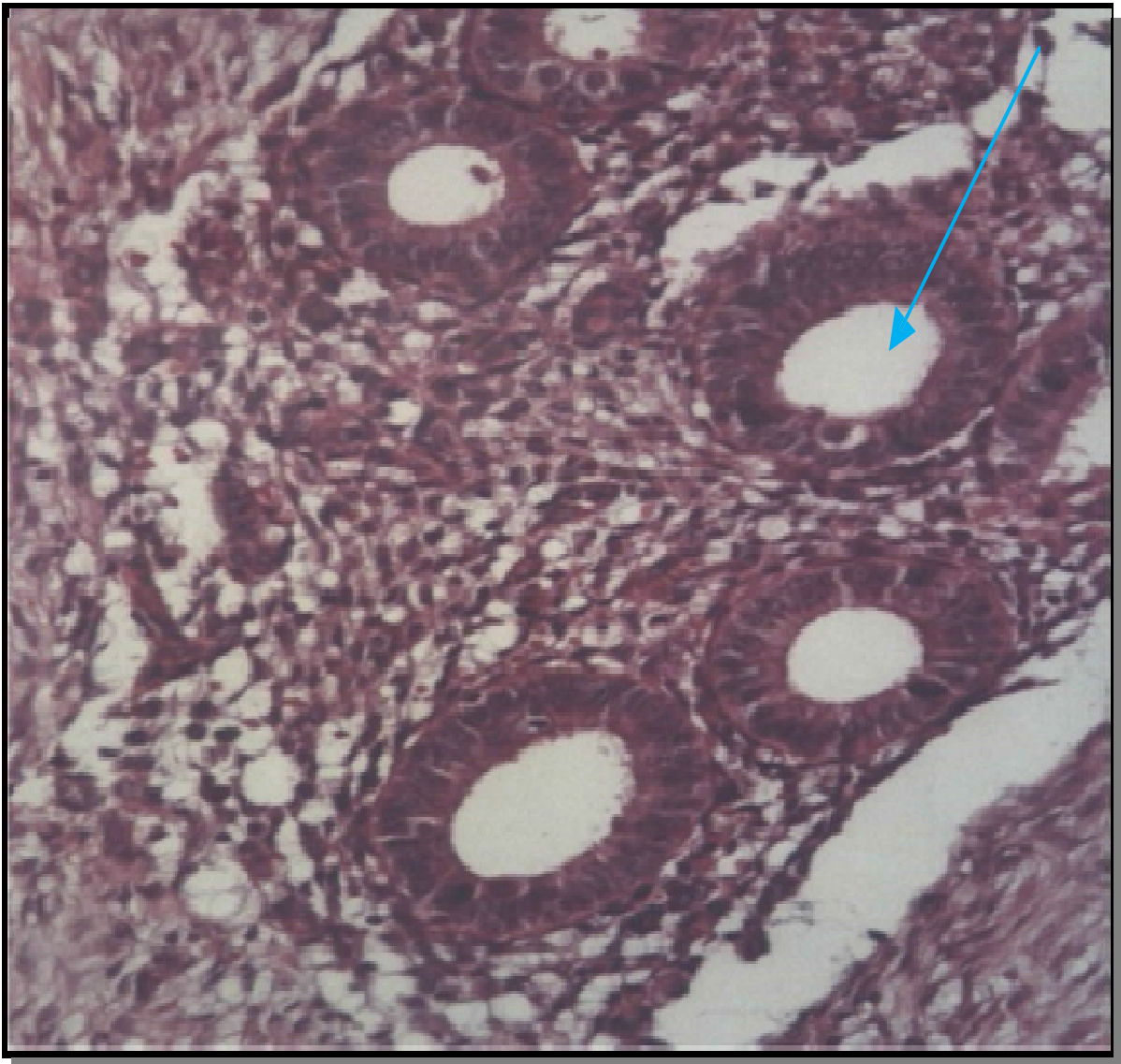


Figure N°5 : Image histologique montrant les glandes endométriales entourées de chorion cytogène

Observation N°2 :

Patiente de 37 ans, en période d'activité génitale, de milieux socioéconomiques bas sans antécédents personnels ni familiaux notables. Consultant pour des douleurs vulvaires cycliques.

Elle a eu ses ménarches à 13 ans, son cycle menstruel est régulier à raison de 6 jours tous les 30 jours, sans moyens de contraception.

C'est une 4^{ème} geste 3^{ème} part, trois enfants vivants avec un bon développement psychomoteur, les trois accouchements ont eu lieu à terme par voie basse sans aide instrumentale ni d'épisiotomie. Le dernier accouchement a eu lieu 09 mois avant son admission.

Le début de la symptomatologie remonte à 07 mois par l'installation de douleurs vulvaires cycliques à la suite de son accouchement sans autres signes accompagnateurs.

L'examen périnéal révèle la présence d'une tuméfaction vulvaire brunâtre, douloureuse à la palpation, siégeant sur la face interne de la grande lèvre droite faisant 1,5 cm, rénitente, mobile par rapport au plan profond et sensible à la mobilisation [Figure 6].

Le reste de l'examen gynéco-obstétrical était sans anomalies.

La patiente a bénéficié d'une exérèse de la masse sous anesthésie locorégionale. Les suites postopératoires chez cette patiente étaient simples.

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a objectivé un kyste endométriosique par la présence de glandes endométriales et de stroma cytogène. [Figure N° 7].

La patiente était suivie en consultation avec un recul de 5 ans, l'évolution était marquée par la disparition des signes cliniques et sans récurrence locale.



Figure N° 6 Nodule endomériotique de la grande lèvre droite

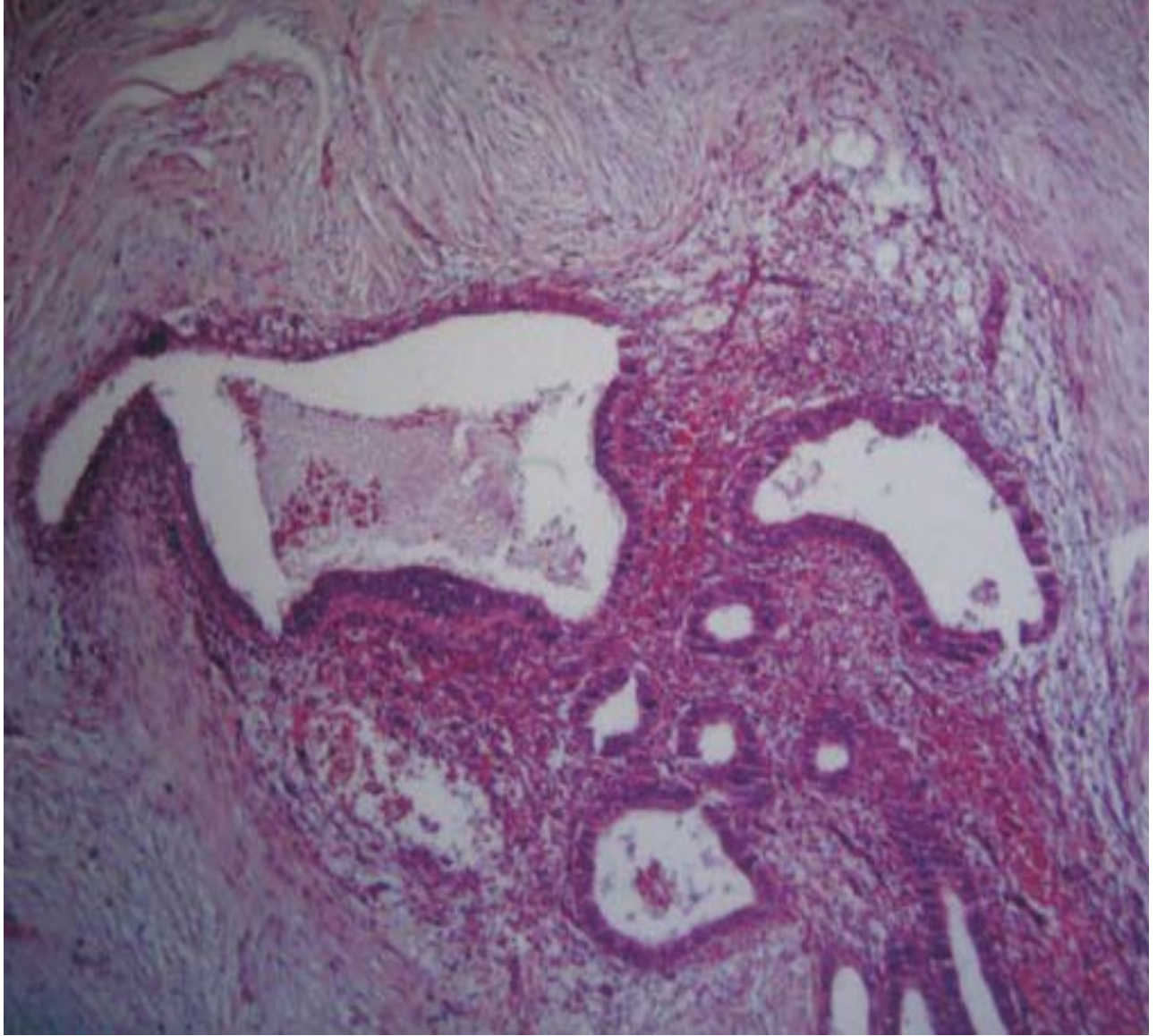


Figure 7 : Coupe histologique du nodule endométriosique au moyen grossissement

Observation N° 3

Patiente âgée de 31 ans, sans antécédents pathologiques notables.

Elle a eu ses ménarches à 13 ans avec cycles réguliers à raison 5 jours tous les 28 jours, c'est une primigeste, primipare, enfant âgé de 1 an et 6 mois. L'accouchement a eu lieu par voie naturelle aidé d'une épisiotomie et ventouse d'extraction, le postpartum immédiat était marqué par une hémorragie de délivrance, ce qui a nécessité une révision utérine avec examen sous valves et qui a ramené des débris placentaires. Les suites étaient sans anomalies.

Le début de la symptomatologie remonte à 5 mois auparavant par des douleurs vulvaires cycliques et de dyspareunies associés à un nodule périnéal qui augmentait de taille au moment des règles. A l'admission, l'examen a objectivé un nodule de 2 cm de grand axe, bleuâtre, ferme qui siège au niveau de la partie inférieure de la grande lèvre droite et fixe par rapport au plan profond. [Figure N°8].

L'échographie périnéale a objectivé une image hypoéchogène, hétérogène non vascularisée en regard de la cicatrice d'épisiotomie faisant 1,23/1cm.

La patiente a bénéficié d'une résection en monobloc de la masse kystique, réalisée sous anesthésie loco-régionale.

L'examen anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic d'endométriase périnéale en retrouvant des glandes endométriales tapissées de chorion cytogène. [Figure N°9].

Les suites postopératoires étaient simples avec une bonne évolution et un recul de 1 an sans récurrence du nodule ni de douleur.



Figure N° 8 : Aspect bleuâtre du nodule endométriosique au-dessus de la cicatrice d'épisiotomie.

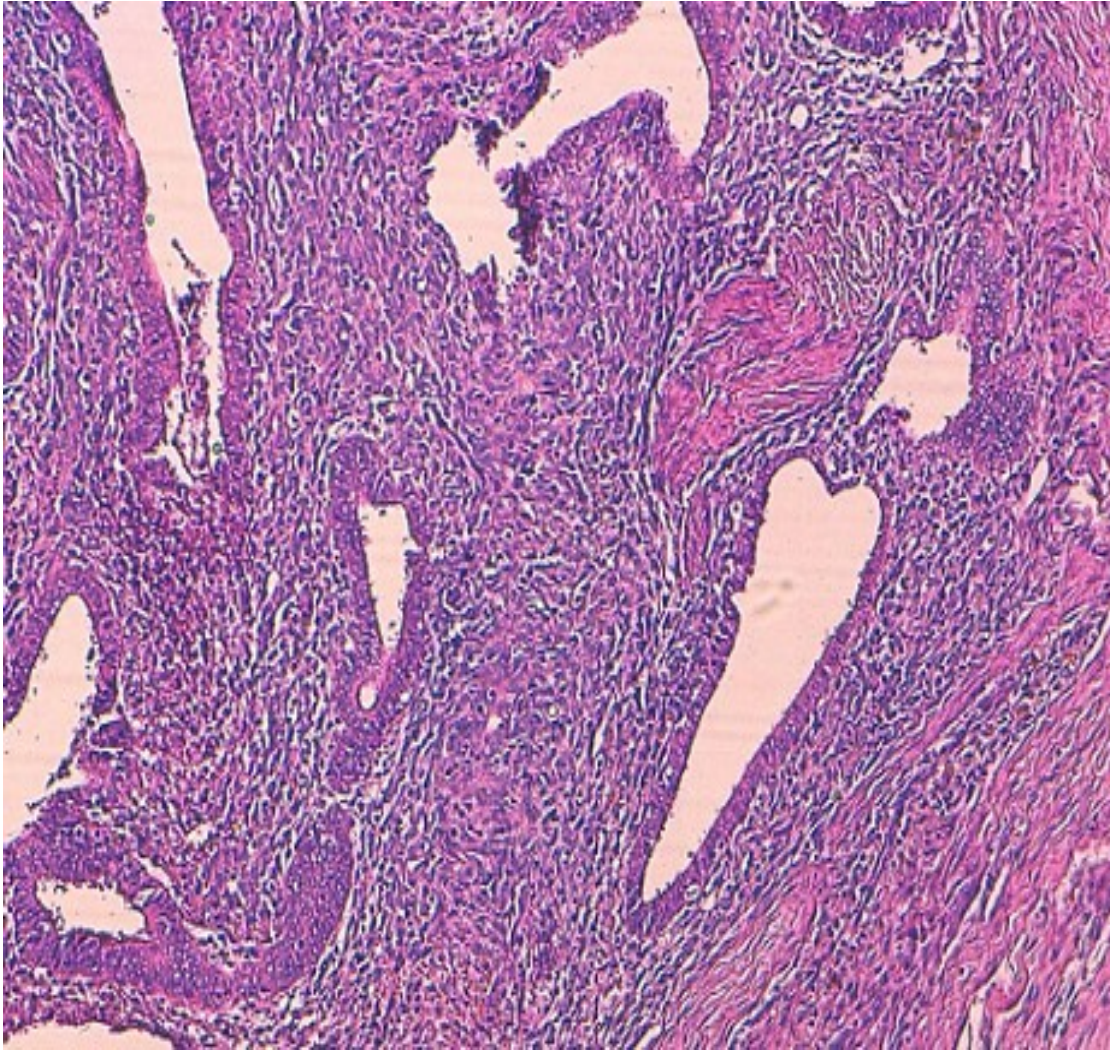


Figure N° 9 : Aspect histologique du nodule endométriosique
au moyen grossissement, coloration standard HES

Observation N°4 :

Mme RT, 28 ans mariée sans antécédents personnels ou familiaux notables, nullipare, cycles réguliers à raison de 5jrs tous les 30 jrs, sous contraception orale depuis son mariage, de niveau socio-économique élevé. Adressée par son médecin généraliste pour un nodule de la grande lèvre évoluant depuis 7mois, cette tuméfaction augmentait de taille durant les règles.

L'examen du périnée a révélé une masse kystique de 4 / 6 cm au dépend de la glande de Bartholin gauche [Figure N°10].

L'échographie périnéale a objectivé un kyste anécchogène finement hétérogène avec un utérus et des ovaires de taille normale. L'échographie pelvienne était sans anomalies.

Devant la symptomatologie cataméniale une endométriose de la glande de Bartholin a été suspectée. La kystectomie a été réalisée sous rachianesthésie. La dissection périkystique était laborieuse, ce qui a provoqué la rupture du kyste avec issue de contenu de couleur brun chocolaté.

L'étude histologique a démontré la présence de glande endométriosique et de stroma cytogène, ainsi que de la fibrose et des dépôts d'hémosidérine.

Le diagnostic final était une endométriose de la glande de Bartholin.

En postopératoire la patiente a reçu un traitement freinateur à base d'analogues GnRH pendant 06 mois, l'évolution était sans anomalies avec un recul de 48 mois.



Figure N° 10 : Masse kystique de la glande de Bartholin gauche



Résultats

1) DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

A- Le niveau socio-économique :

La moitié de nos patientes viennent d'un milieu socio-économique bas et l'autre moitié d'un milieu élevé.

B- L'âge :

L'âge de nos patientes varie entre 28 et 37 ans avec une moyenne d'âge de 32 ans

C- La parité :

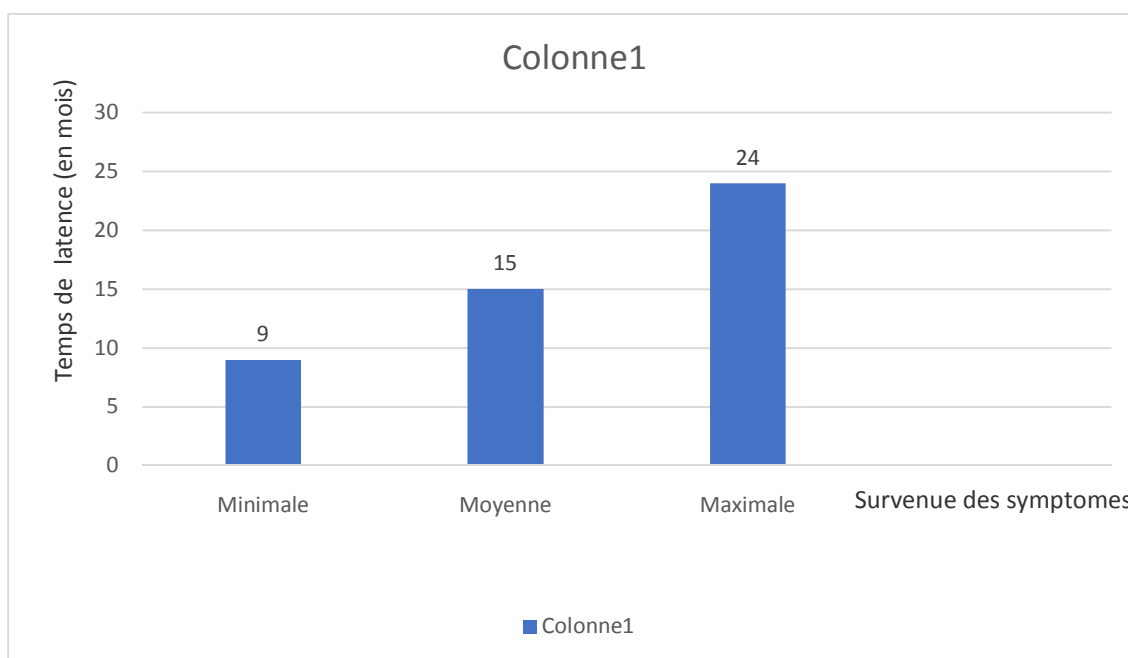
Sur les 4 patientes, une était nullipare, une était primipare, une était paucipare et la dernière était multipare.

D- Activité génitale :

Toutes les patientes étaient en période d'activité génitale 100%

E- Le temps de latence entre la symptomatologie et le dernier accouchement :

Le temps de latence entre le début de la symptomatologie et le dernier accouchement varie entre 09 mois et 02 ans avec une moyenne de 15 mois.
(Rappelons qu'une patiente était nullipare nulligeste)



2) DONNEES CLINIQUES :

A- Signes fonctionnels :

Toutes les patientes consultaient pour des douleurs pelvi-périnéale chroniques sous forme de vulvodynie augmentant d'intensité lors des cycles et évoluant depuis 05 à 07 mois.

B- Signes généraux :

Toutes les patientes étaient en assez bon état général, aucunes de nos patientes n'avaient d'antécédents pathologiques personnels, familiaux ou toxiques.

C- Signes physiques :

A l'examen gynécologique :

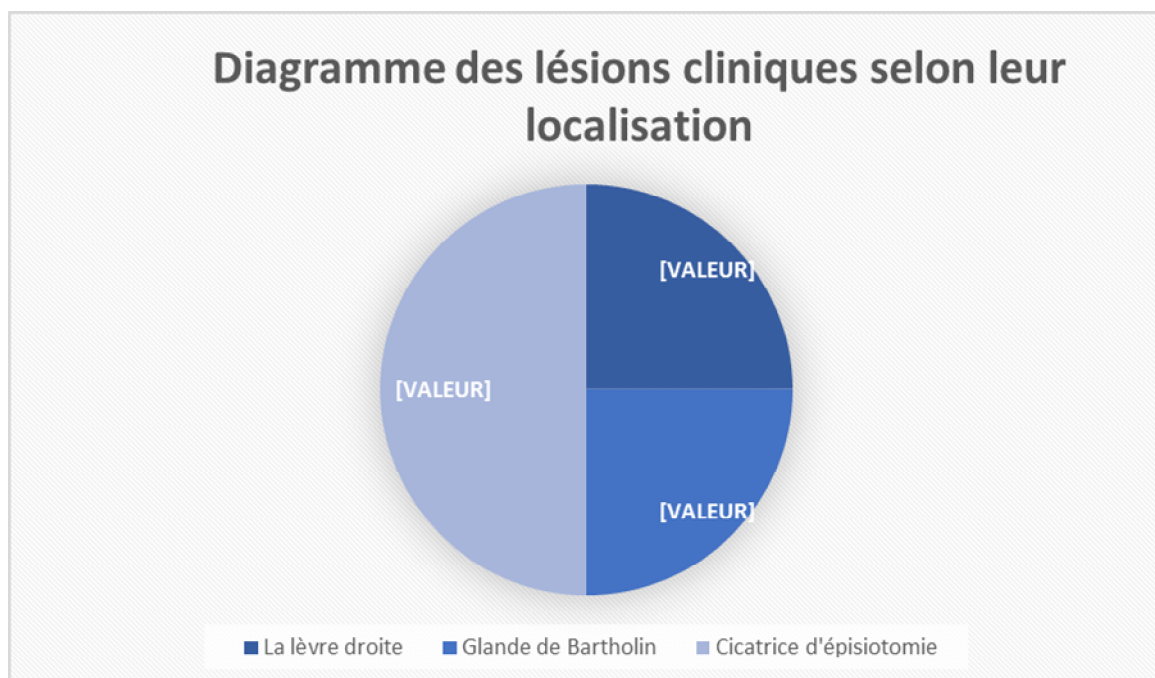
Chez les 4 patientes on a retrouvé une tuméfaction vulvaire

Selon la localisation :

Une patiente au niveau de la lèvre droite

Une patiente au niveau de la glande gauche de Bartholin

Les deux autres patientes en regard de la cicatrice d'épisiotomie



Selon l'aspect :

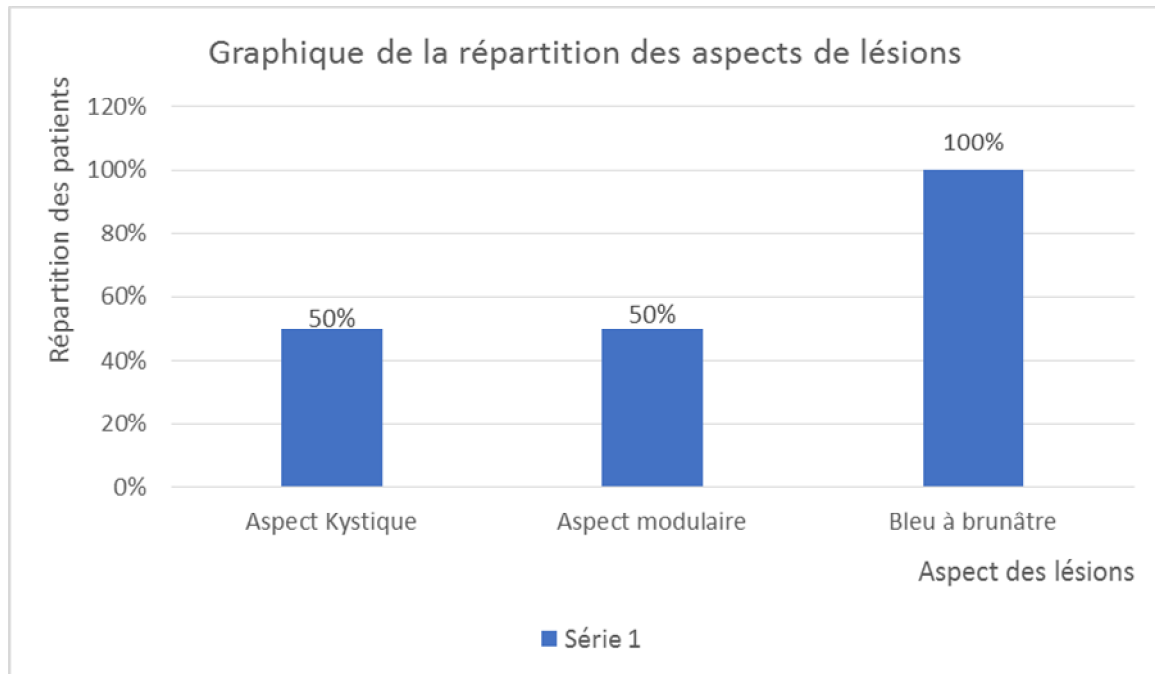
Toutes les patientes présentaient des tuméfactions douloureuses et fixées aux deux plans :

2/4 présentaient un aspect kystique

2/4 présentaient un aspect nodulaire

3/4 présentaient un aspect bleu à brunâtre

La taille moyenne des tuméfactions était de 2,25 cm

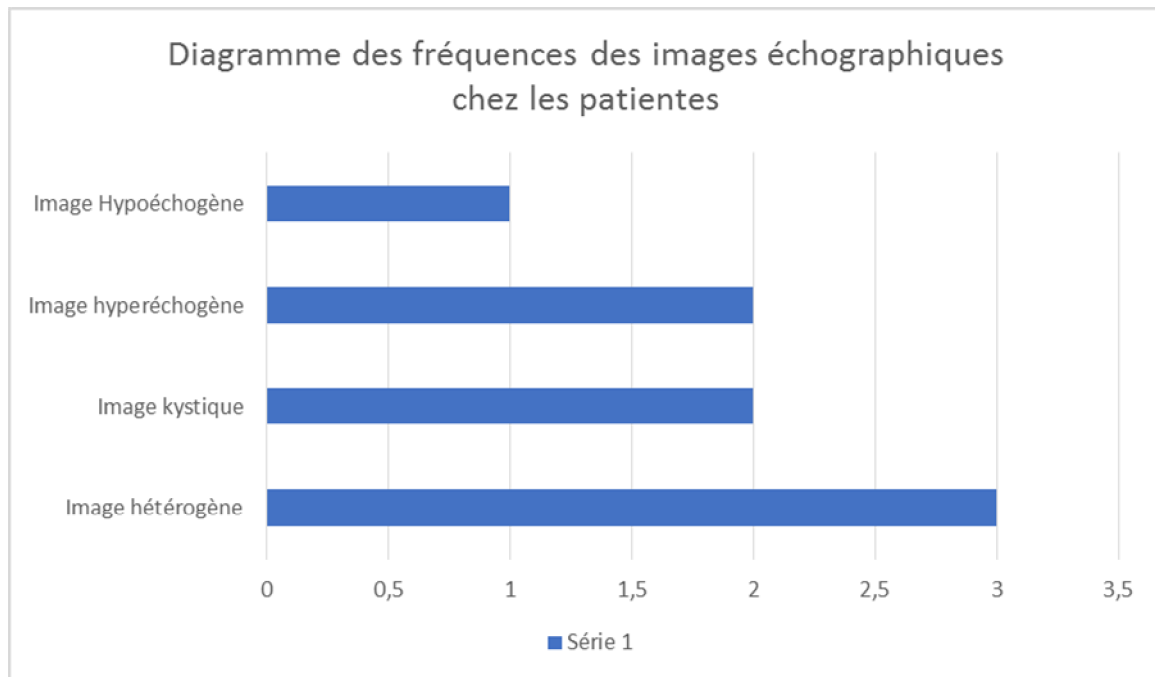


Le reste de l'examen gynéco-obstétrical était sans anomalies chez toutes les patientes

3) LES DONNEES PARACLINIQUES :

A- L'échographie pélvi-périnéale :

L'échographie a été réalisée chez 3 de nos patientes, les résultats sont décrits dans le diagramme ci-dessous :



B- L'IRM (imagerie par résonance magnétique):

Elle a été réalisée chez une seule patiente dans notre série objectivant un nodule endométriosique hétérogène du périnée faisant 24/17mm fait de composante cicatriciel fibrotique et de spot de saignement chronique. Le nodule est implanté sur la base de la vulve droite, comble l'angle ano-vaginal, ainsi que la partie supérieure droite de la fosse ischio-anale sous-jacente au muscle pubo-rectal droit. Hypersignal suivante muscle pubo-réctal droit suggérant une infiltration par l'endométriose. La lésion est au contact avec le sphincter externe qui reste intacte. Présence d'œdème et d'adhérences autour du nodule endométriosique. L'intégrité du sphincter interne anale et l'espace inter sphinctérien. Sans lésions à gauche.

4) TRAITEMENT :

La prise en charge thérapeutique de nos patientes a été constituée de deux volets :

- Les 04 patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical qui consistait en une exérèse de la tumeur sous rachianesthésie.
- Une seule patiente a présenté une tumeur envahissant le sphincter externe de l'anus, l'exérèse était en monobloc emportant une partie du sphincter. La réparation du sphincter a été réalisée avec fermeture plan par plan.
- Le traitement médical post chirurgical à base d'analogues GnRH pendant 06 mois a été administré chez la patiente porteuse d'endométriose de la glande de Bartholin.

5) DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUES :

Les données anatomopathologiques ont permis d'affirmer ou même de poser le diagnostic chez toutes nos patientes.

Les caractéristiques anatomopathologiques les plus fréquemment retrouvés sont :

A. Macroscopie:

On retrouve généralement un nodule d'allure kystique et brunâtre, de consistance ferme.

B. Microscopie :

La microscopie a mis en évidence des glandes endométriales de tailles variables, bordées par un épithélium cylindrique régulier. Leur lumière étaient parfois gorgée de sang et tapissées de chorion cétogène sans signes histologique de malignité.

6) EVOLUTION :

L'évolution chez toutes nos patientes a été favorable, sans récives et cela sur un recul moyennant 24 mois.

Tableau I : Résumé des données cliniques et traitement

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4
Age	32 ans	37 ans	31 ans	28 ans
ATCDS médicaux et chirurgicaux	R A S	R A S	R A S	R A S
ATCDS gynéco-obstétricaux	G2P2 les deux accouchements par VB aidés par épisiotomie	G4P3 les 3 accouchements par VB sans aucune aide	G1P1 accouchement par VB aidé par épisiotomie	Nullipare cycles réguliers sous contraception orale
Intervalle entre dernier acc /symptomes	24 mois	09 mois	12 mois	_____
Signes fonctionnels	Vulvodynies cycliques depuis (06mois)	Vulvodynies cycliques depuis (07mois)	Vulvodynies cycliques (05mois)	Vulvodynies cycliques (07mois)
Localisation	Nodule en regard de la cicatrice d'épisiotomie	Tuméfaction de la grande lèvre droite	Nodule en regard de la cicatrice d'épisiotomie	Kyste de la glande de Bartholin
Traitement	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse+ Analogues GnRH 6mois
Evolution et Recul	Bonne 12 mois	Bonne 60 mois	Bonne 12 mois	Bonne 48 mois



Discussion

I- DEFINITION :

- **L'endométriose : [2]**

Il s'agit de l'implantation de tissu endométrial à type de glandes endométriales, de chorion cytogène en situation ectopique.

On distingue :

- **Endométriose interne dite: adénomyose.**

- **Endométriose externe :**

- Endométriose intrapéritonéale : ovaires, péritoine, trompes.
- Endométriose sous péritonéale :
 - Ligaments utéro-sacrés
 - Cloison recto-vaginale
 - Cul de sac vésico-utérin, vessie, implants péri urétéraux Paroi digestive (sigmoïde)

Endométriose PERNIEALE : périnée superficiel, vulve, cicatrices d'épisiotomie, anal.

II- EPIDEMIOLOGIE :

A. Prévalence :

La prévalence exacte de l'endométriose dans la population féminine reste mal connue. Elle varie entre 5 et 15 % des femmes en âge de procréer. Mahmood et Templeton [5], Lu [6] de même que Koninckx [7,8] estiment la prévalence des lésions profondes dans la population générale respectivement entre 1 et 3 % ; entre 5 et 10 % et entre 3 et 10 %. Les lésions superficielles sont parfois de découverte fortuite, à la limite de la physiologie pour certains.

Ce chiffre sous-estime probablement la maladie en raison de l'absence actuelle de test diagnostique simple et spécifique. Le diagnostic reste pour de nombreux auteurs basés sur l'observation d'implants péritonéaux en cœlioscopie ou en laparotomie. Dans une étude rétrospective réalisée à la Mayo Clinic par Fallon chez 200 patientes porteuses d'endométriose, le diagnostic d'endométriose avait été suspecté seulement chez six d'entre elles avant leur arrivée dans ce centre spécialisé. Toutes les patientes avaient été examinées et explorées par des examens paracliniques [9].

Fallon soulignait dans son étude, qu'aucune pathologie à fréquence égale ne souffrait d'un index diagnostique aussi bas [10]. Cet état de fait reste encore valable à notre époque.

Une vaste étude multicentrique supportée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) au milieu des années 1980 [11] rapporte, parmi les couples infertiles, une fréquence d'endométriose plus élevée en Asie (10%) que dans l'ensemble des pays dits développés (6%). dans les pays d'Amérique latine (3%) ou d'Afrique (1 %).

La prévalence de l'endométriose varie non seulement selon la population étudiée, mais aussi selon que son estimation est faite à partir de données déjà colligées ou à partir de données collectées prospectivement, suivant un protocole défini, dans le but spécifique de décrire la prévalence dans cette population.

Concernant l'endométriose périnéale, il n'existe aucune donnée relative à la prévalence spécifique dans la population générale.

Néanmoins les rares études menées ont démontré que :

L'endométriose du périnée et de la vulve, représentent moins de 1 % des cas d'endométriose traitée chirurgicalement qui ont été signalés dans la littérature avec le site plus courant étant les cicatrices d'épisiotomie [15-16]

Les données statistiques ont montré que la fréquence de l'endométriose extra génitale suit : ovaires (30 %), organes et grands ligaments (18 – 24 %), trompes de Fallope (20 %), péritoine pelvien, pochette de Douglas et le tractus gastro-intestinal. Les emplacements extra péritonéaux comprennent la portion cervicale (0,5 %), septum vaginale et recto vaginale, ligament rond et le sac de hernie inguinale (0,3 – 0,6 %), nombril (1 %), des cicatrices abdominales après chirurgie gynécologique (1,5 %) et de césarienne (0,5 %). [17 ,18].

B. Incidence :

L'incidence de l'endométriose a été mesurée dans la population de Rochester, Minnesota (USA), plus spécifiquement chez les femmes de race blanche âgées entre 15 et 49 ans [12]. Tous les nouveaux diagnostics d'endométriose durant une période de dix ans ont été relevés à partir des dossiers médicaux des femmes de cette région, et classifiés selon le mode de diagnostic (confirmé par histologie, visualisé par chirurgie, diagnostic clinique probable ou

possible). L'estimation des personnes-temps à risque provient des données censitaires locales. L'incidence de l'endométriose visualisée, c'est-à-dire excluant les diagnostics basés uniquement sur l'histoire clinique (nombre de cas par 100 000 personnes-années), était de 27,9 parmi les femmes de 15-19 ans, augmentait graduellement jusqu'à 363,3 parmi celles de 40-44 ans, et déclinait par la suite à 21 3,9 parmi les femmes de 45-49 ans.

Dans une cohorte de 17 032 femmes mariées âgées entre 25 et 39 ans, utilisatrices de contraceptifs oraux ou porteuses d'un dispositif intra-utérin (stérilet ou diaphragme), l'incidence de l'endométriose (nombre de cas par 100 000 personnes-années) était de 13,0 parmi les femmes âgées entre 25 et 29 ans, augmentait progressivement à 81,0 pour celles dont l'âge se situait entre 40 et 44 ans, pour diminuer par la suite à 14,0 à partir de l'âge de 50 ans [13].

De manière générale, les données d'incidence doivent être interprétées prudemment.

Premièrement, le moment du diagnostic ne coïncide pas nécessairement avec le moment de l'apparition de la maladie, qui, selon des données récentes recueillies auprès de femmes investiguées pour douleur, précéderait le diagnostic de 10 ans en moyenne [14].

Deuxièmement, l'une des principales menaces à la validité de ces estimés se rapporte à l'identification des cas, qui dépend d'une part de l'utilisation des services de santé par les femmes, et d'autre part de l'attitude des médecins vis-à-vis le recours à la chirurgie, une attitude possiblement plus réservée auprès des très jeunes femmes.

En résumé, parce que le diagnostic de l'endométriose repose sur la visualisation des lésions, la fréquence précise de l'endométriose dans la population est difficile à estimer. Elle variera, par exemple, selon la population étudiée et selon les protocoles d'investigation utilisés.

..

III- PHYSIOPATHOGENIE :

L'endométriase est une pathologie mystérieuse du fait de ses nombreuses localisations (extra génitale, génitale, extra péritonéale, péritonéale).

Depuis la fin du 19^{ième} siècle, de nombreuses théories se sont succédé, pour tenter d'expliquer la pathogénie de l'endométriase [19]

A. Théorie de la métaplasie cœlomique [20] :

Proposée pour la première fois par WALDEYER en 1870, elle est donc la plus ancienne.

Cette théorie évoque la potentialité du revêtement épithélial de la Cavité cœlomique de se métaplasier en tissu endométrial avec des glandes et un stroma suite à une irritation répétée (infectieuse, inflammatoire, hormonale ou par le reflux de sang menstruel lui-même).

La théorie de la métaplasie cœlomique peut expliquer la survenue de l'endométriase chez la femme ayant une agénésie mullerienne, chez celle ayant une agénésie utérine ou possédant un utérus hypoplasique non fonctionnel ou les rares cas d'endométriase chez l'homme.

Cependant des problèmes restent à éclaircir :

- Si les cellules péritonéales se métaplasient aisément en cellules endométriales, on devrait observer plus fréquemment l'endométriase chez l'homme, bien que plusieurs cas d'endométriase histologique ont été rapportés chez l'homme souffrant d'un carcinome prostatique et recevant pour son traitement une dose élevée d'œstrogène.

- La maladie est propre de la femme en période d'activité génitale et son incidence n'augmente pas avec l'âge, contrairement à ce qu'on attendait.
- La distribution non uniforme des implants endométriosiques ectopiques sur la surface péritonéale.
- Même si la membrane coelomique forme les deux cavités péritonéale et thoracique, l'endométriose touche principalement les organes pelviens.

B. Théorie de la transplantation [21,22] :

- C'est la théorie la plus largement acceptée. Plusieurs modes de dissémination sont décrits [23]
- La voie lymphatique qui peut expliquer certaines localisations de l'endométriose, à titre d'exemple : l'endométriose ombilicale et celle touchant les ganglions pelviens.
- Les voies veineuses et artérielles responsables de diverses localisations de l'endométriose qui sont cependant rares ou exceptionnelles : les poumons, la peau, l'espace vertébral, les muscles de l'avant-bras, l'appareil urinaire...
- La dissémination iatrogène au moment d'une intervention abdominale ou pelvienne à l'origine des localisations endométriosiques au niveau de la paroi abdominale, de la cicatrice d'épisiotomie. Ces voies expliquent comment des foyers d'endométriose peuvent siéger en dehors du pelvis.

- La théorie de l'extension directe attire l'attention sur la capacité du tissu endométriosique à envahir des organes de voisinage : vessie, uretère, tube digestif....
- La dissémination par voie tubaire ou la théorie de transplantation de SAMPSON : décrite dès 1921, SAMPSON avait suggéré que des cellules endométriales viables refluent, pendant la menstruation, à travers des trompes perméables pour arriver dans la cavité pelvienne où elles vont se greffer sur un organe pour proliférer et aboutir à des foyers d'endométriose.

Le reflux menstruel, évènement physiologique fréquent, est retrouvé chez 90% des femmes ayant des trompes perméables et chez qui on réalise une laparoscopie pendant la période de menstruation.

Trois conditions doivent être réunies dans cette théorie :

- La survenue du reflux menstruels.
- Le reflux menstruel doit contenir des cellules endométriales viables.
- La greffe de ces cellules et leur prolifération.

C. Théorie de l'induction [24] :

Evoquée dès 1955 par LEVANDER et NORMAN, c'est une combinaison des deux théories précédentes qui a été réactualisée par MINH. En se fondant sur des travaux d'embryogenèse, il a montré que l'endométriose se développe sur place à partir du blastème mullerien qui se trouve dans la paroi tubaire, sous l'incitation de substances de dégradation présentes dans le sang menstruel et régurgitées dans la trompe à travers l'ostium uterinum. Il

généralise ensuite cette théorie sur toutes les autres localisations de la maladie. ainsi les foyers d'endométriose, qu'ils soient internes ou externes, qu'ils siègent au niveau de l'utérus, dans les trompes ou sur le péritoine pelvien ne se développeraient pas à partir de l'implantation des produits menstruels refoulés par les trompes, mais se sont très probablement des substances chimiques ou protéiques libérées par les cellules dégénérées de l'endomètre nécrosé qui induisent la métaplasie du mésothélium péritonéal chez des femmes présentant une déficience hormonale ou de l'immunité cellulaire.

D. Théories embryoplastique :

- Théorie de RECKLINGHAUSEN (1895) : l'endométriose serait secondaire à la prolifération tissulaire des résidus du corps de Wolff.
- Théorie de CULLEN (1896) : les foyers de l'endométriose seraient des résidus du canal de Müller.

Physiopathogénie de l'endométriose périnéale :

La plupart des auteurs sont pour l'hypothèse d'une implantation possible des cellules endométriales viables dans la plaie ; qui peuvent se diviser, constituer des foyers d'endométriose et répondre aux stimulations hormonales cycliques [25]. La théorie Angio-lymphatique et mécanique de transplantation des cellules de l'endomètre au cours de l'intervention chirurgicale sont parmi les autres théories qui permettent une explication de l'étiopathogénie des autres lésions endométriales ectopiques et périnéales [26]. Cependant, les autres facteurs, tels qu'immunologiques, génétiques et familiaux, pourraient être impliqués dans la pathogenèse de cette maladie. La plupart des lésions

endométriales dans la région périnéale surviennent secondairement aux traumatismes obstétricaux et chirurgicaux et surtout sur les cicatrices épisiotomie [27].

Parmi ces théories et celles de la littérature, nous croyons que l'endométriose périnéale dans notre série de cas pourrait être le résultat de l'implantation des cellules endométriales dans la région périnéale lors de l'accouchement ou de la manipulation instrumentale, de plus que deux de nos patientes présentaient un antécédent d'épisiotomie.

Donc on peut en déduire que la théorie de l'implantation joue un rôle important dans la physiopathogénie de cette pathologie.

IV- ANATOMOPATHOLOGIE :

A. Macroscopie : [28]

L'endométriose typique apparaît comme un ensemble de lésions d'aspect :

- hémorragique
- plane
- nodulaire
- ou kystique

Polymorphes tant par leur couleur (rouge sombre, brunâtre ou bleu nuit) que par leur taille (grains de la taille d'une tête d'épingle à des kystes pouvant atteindre 15 cm de diamètre).

Elle s'accompagne d'une fibrose plus ou moins intense expliquant :

- L'aspect nacré et la sensation d'induration au contact
- Les images de rétraction stellaire péri-lésionnelle.
- Les lésions enchâssées et recouvertes d'une cicatrice fibreuse opaque.
- Les adhérences souvent importantes, étroites entre les organes, finissant par déterminer des sténoses évoquant cliniquement et radiologiquement des proliférations malignes ; d'autant plus qu'il n'existe jamais de plan de clivage, même histologique, entre l'endométriose et l'organe atteint.
- La rupture des kystes laisse s'écouler un liquide dont l'aspect caractéristique est goudron ou chocolat



Figure N°11 : Aspect macroscopique d'un nodule endométriosique rompu avec issue de liquide de teinte chocolatée [116]

B. Microscopie :

A quelques détails près, la description histologique de l'endométriase est celle d'une muqueuse utérine normale comprenant :

1. Typiquement :

- Un tissu glandulaire, uni stratifié, cylindrique, avec des cellules ciliées ou non, régulièrement orientées et disposées, formant des tubes, et reposant sur son chorion cytogène.
- Un chorion cytogène, caractérisé par de petites cellules fusiformes, à noyau ovoïde, riches en chromatine, reliées entre elles par de fins prolongements cytoplasmiques.
- A noter que la vascularisation n'y est jamais aussi systématisée que dans un endomètre normal.
- Dans les formes évoluées, d'une façon quasi constante, il existe une fibrose périphérique au sein de laquelle persistent parfois des nappes de macrophages chargés d'hémosidérine.
- D'après O'PETERSON, cette fibrose serait le résultat d'une réponse inflammatoire à l'hémorragie répétitive locale. [30][31]

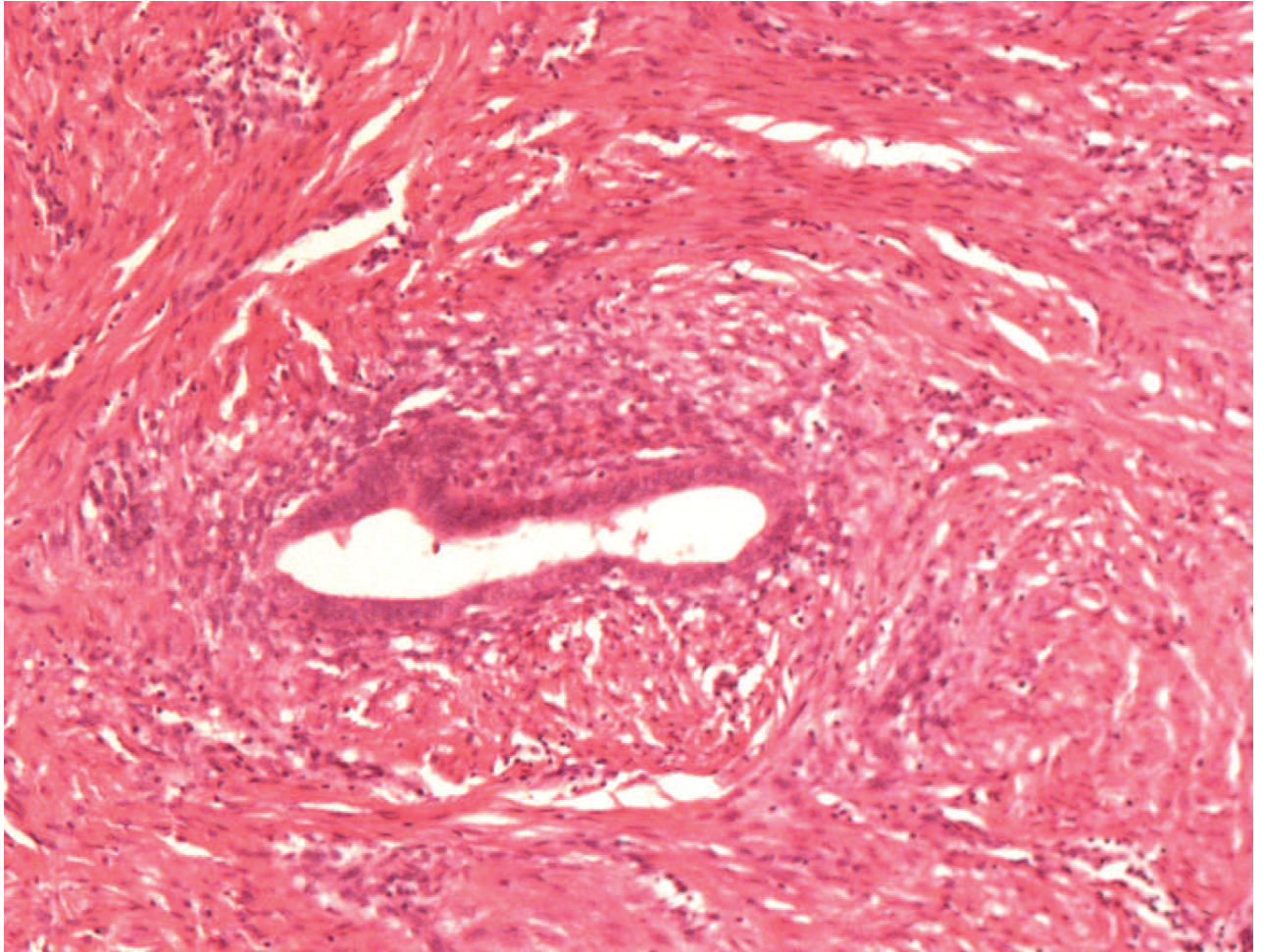


Figure N° 12 : Coupe histologique d'une glande endométriale (H&E * 100) [4]

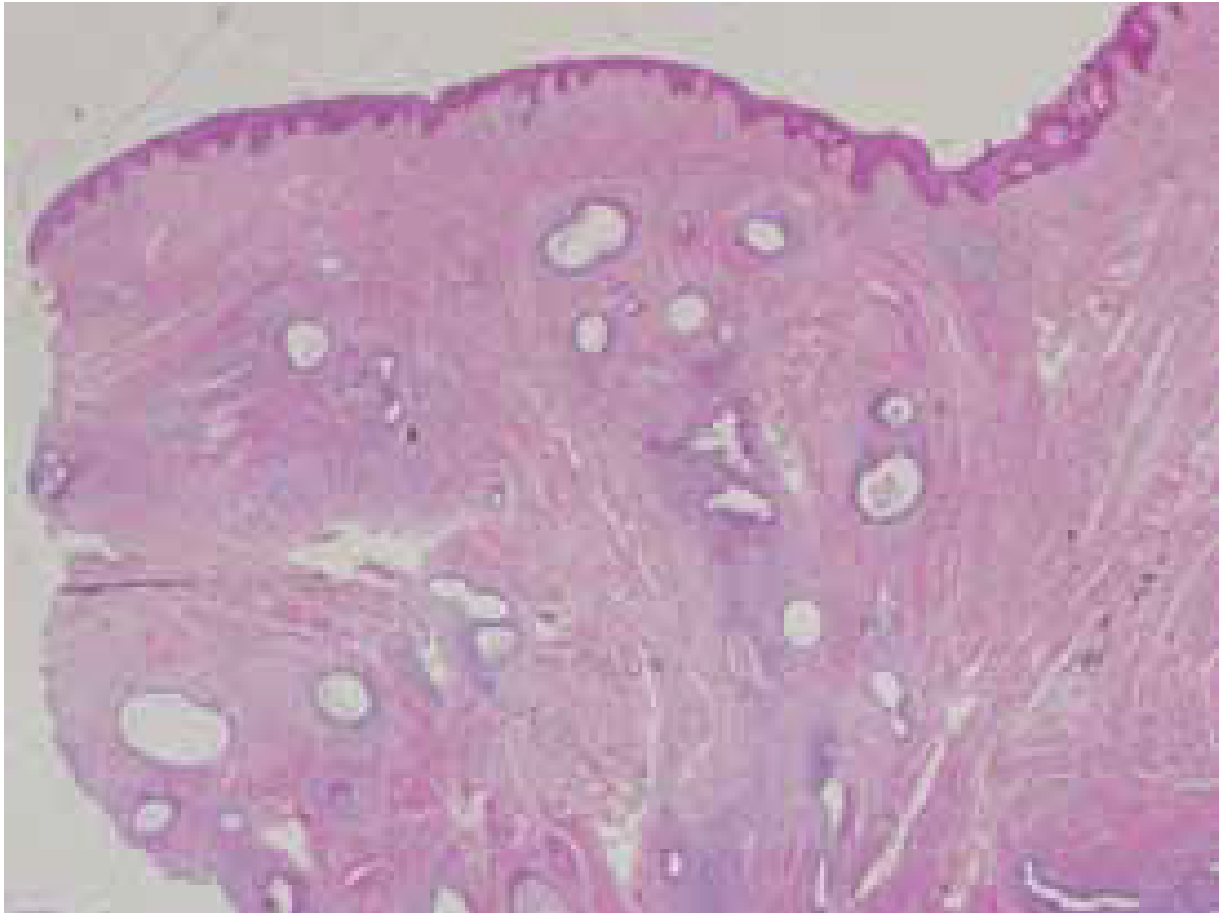


Figure N°13 : Coupe histologique d'une glande endométriale et son stroma dans l'épithélium vulvaire [119]

2. Atypiquement : [29] [30] [31]

- Le chorion peut faire défaut. On retrouve alors des formations glandulaires, évoquant l'endomètre, avec au pire une ou deux couches de cellules correspondant au chorion cytogène : ce sont les formations glandulaires pures.
- Au contraire, la répartition des tubes glandulaires peut être irrégulière au point d'être inexistante, au profit du seul chorion cytogène.

Il s'agit de formes incomplètes, dissociées, rendant le diagnostic de l'endométriose d'autant plus difficile qu'il manque un critère architectural.

Le diagnostic de la forme glandulaire repose sur la recherche de marqueurs : phosphatase alcaline, glycogène. Celui de la forme conjonctivale sur l'expression de marqueurs tissulaires spécifiques : sulfomucopolysaccharides, relaxine.

Enfin et quel que soit son siège, l'endométriose se comporte fonctionnellement comme la muqueuse utérine normale, réagit aux incitations oestrogéno-progestatives et subit les mêmes modifications cycliques.

C. Modifications histologiques au cours du cycle menstruel :

L'examen anatomopathologique peut mettre en évidence des modifications histologiques, caractéristiques des deux phases du cycle menstruel au niveau glandulaire.

➤ **A la phase folliculaire ou proliférative :**

- Augmentation des mitoses.
- Richesse des mitoses
- Stroma oedématié, avec des cellules à limites moins nettes et aux noyaux plus denses, allongés
- Dilatation capillaire.

➤ **A la phase sécrétoire ou folliculo-lutéinique :**

- Diminution de l'activité cellulaire mitotique.
- Apparition, surtout, dans les tubes d'inclusions vacuolaires, contenant du glycogène et des lipides.
- Apparition dans le stroma d'épines conjonctives, soulevant l'épithélium glandulaire, et de cellules particulières contenant des sulfomucopolysaccharides et de la relaxine (HISAW et DELLENBACH, 1969) Ce sont des précurseurs de l'héparine, pouvant être partiellement responsable de l'incoagulabilité du sang des règles
- Artérioles spiralées.

V- FACTEURS DE RISQUE :

Peu de facteurs de risque concernant l'endométriose périnéale ont été rapportés dans la littérature, par contre ceux qui ont été rapportés intéressent l'endométriose en général

1. Age :

L'endométriose externe affecte les femmes en période d'activité génitale entre 20 et 40 ans. [32][33]

Selon l'étude de Zhu et Al portant sur 36 patientes opérées pour endométriose périnéale l'âge moyen était de 30,7 ans [3], contrairement à celle de Juaqing Li sur 17 patientes l'âge moyen était de 34,35 ans. [4]

Dans notre série l'âge moyen des patientes était de 32 ans.

Il n'existe pas d'endométriose avant la puberté. El Absi et al ont rapporté un cas d'endométriose chez une femme ménopausique [34]

2. Facteurs raciaux et socio-économiques :

L'endométriose en général est plus fréquente chez la race blanche, elle n'est pas rare pour autant chez les africains (CHATMAN, 1986), elle est aussi élevée, sinon plus chez les orientales (MIYAWAZA, 1976). Elle est plus fréquente chez les femmes de haut niveau socioéconomique ayant reçu un niveau d'éducation plus élevé. Cette information peut cependant être biaisée par la plus forte tendance à consulter des femmes instruites.

3. Facteurs environnementaux et tabagisme [35] :

A côté de ces notions classiques, une place de plus en plus grande est réservée aux facteurs comportementaux comme le tabac et aux facteurs environnementaux : La pollution par la dioxine, résidu naturel des combustions de forêts et des éruptions volcaniques, artificiel de l'industrie des charbons, - aucune de nos patientes n'ayant d'antécédents de tabagisme ni éventuelle exposition aux facteurs environnementaux pouvant participer à l'éthiopathogénie de l'endométriose périméale.

4. Antécédents [36] [37]

a/Familial :

La prédisposition familiale est rapportée comme étant un facteur de risque de la maladie. L'atteinte d'une parente du premier degré multiplie par 5 selon LAM (1986), ou par 7 selon CRAMER (1986), Les études familiales ont montré que cette condition se transmet selon le mode polygénique et multifactoriel. Lamb [38] pense toutefois que ce sont les habitudes familiales de vie qui expliquent cette différence, plutôt que le facteur génétique. L'interrogatoire de nos patientes n'a pas révélé des antécédents familiaux notables

b/Personnel :

1/ Gynécologique

L'histoire menstruelle influence fortement la survenue d'endométriose. Ainsi le risque de développer cette pathologie serait double chez les femmes ayant des cycles de moins de 27 jours et des menstruations de plus de 8 jours. La survenue des premières règles avant 11 ans augmente légèrement le risque relatif à 1,3. Ceci a été constaté par CRAMER en 1986 sur une étude s'étendant de 1970 à 1980.

Toute malformation basse et obstructive du tractus génital augmente le risque d'atteinte. Selon SCHIFRIN en 1973, 6 adolescentes sur 20, présentant une endométriose, avaient de telles malformations (atrésie cervicale ou vaginale...). Ces anomalies qu'elles soient congénitales ou acquises constituent un obstacle à l'écoulement du sang menstruel qui par conséquent, va refluer dans les trompes avant d'être déversé dans la cavité péritonéale, ce sang menstruel est riche en cellules endométriales capables de s'implanter au niveau du péritoine et des viscères pelviens et même de répondre aux stimuli hormonaux.

Dans notre série de cas toutes nos patientes avaient des cycles réguliers et sans notion de malformation.

2/ Obstétrical :

La grossesse a toujours été considérée comme jouant un rôle prophylactique vis-à-vis de l'endométriose, il est classique de dire qu'il s'agit d'une maladie de la femme nullipare ou paucipare.

3/ Contraception :

L'endométriose est oestrogéno-dépendante et tout facteur réduisant le taux d'œstrogène diminue le risque d'endométriose. Ainsi, la pilule faiblement dosée diminue ce risque alors que le DIU l'augmente en augmentant l'abondance et la durée du flux menstruel.

Concernant nos patiente 75% suivaient une contraception orale.

4/ Chirurgical

Comme l'a constaté CONSELLER, l'incidence de la maladie est élevée chez les femmes déjà opérées pour un problème gynécologique ou obstétrical (curetage, épisiotomie, césarienne, hystérectomie avec conservation ovarienne....).

Cette incidence élevée peut s'expliquer par la dissémination iatrogène de cellules endométriales viables lors de l'acte chirurgical et qui vont se greffer sur la cicatrice pour développer des foyers endométriosiques au niveau de la cicatrice d'épisiotomie ou même au niveau de la paroi abdominale.

D'ailleurs la moitié de nos patientes ont présenté une lésion en regard de la cicatrice d'épisiotomie.

Dans l'étude de Juaqing Li et celle de Zhu et Al (2009) 100% des patientes présentaient des lésions en regard de la cicatrice d'épisiotomie.

5. Antécédents non chirurgicaux. [39]

Le principal antécédent non chirurgical à rechercher ici est évidemment celui d'endométriose.

Il convient également ici de signaler de rares cas d'endométrioses survenus en dehors de tout antécédent chirurgical ou tout geste particulier sur la paroi abdominale. STECK et COLL ont publié une série de grande envergure de cas d'endométriose cutanée sur les 82 patientes, 56 d'entre elles avaient des endométrioses sur des cicatrices chirurgicales, tandis que 21 survinrent spontanément.

VI- ETUDE CLINIQUE :

1. Signes fonctionnels :

Il est important de rappeler que les lésions asymptomatiques représentent 25% à 50% des cas [40]

La valeur prédictive de chacun des signes cliniques isolément ou non est difficile à évaluer du fait de la richesse des diagnostics différentiels associés à ces symptômes. [41] Il n'existe aucun symptôme ou signe clinique pathognomonique. La douleur abdominopelvienne est au centre de la symptomatologie de l'endométriose mais la définition de cette douleur varie en fonction des auteurs. [42] Elle peut parfois inclure sous ce nom les dysménorrhées, et les dyspareunies profondes, ce qui entraîne un biais fréquent dans les études cliniques.

Les douleurs sont dues aux microhémorragies cataméniales et à l'inflammation au niveau des implants, aux infiltrations endo et périnerveuses, et aux adhérences. De ce fait, les douleurs peuvent être cycliques et/ou chroniques. [43]

Il existe une corrélation entre les douleurs et l'importance des adhérences ou la profondeur de l'endométriose [44], entre le nombre d'implants et l'intensité des dysménorrhées ou des douleurs chroniques diffuses [45], entre la symptomatologie et la localisation de l'endométriose profonde. [46]

Concernant l'endométriose périnéale, les douleurs périnéales cycliques représentent le maître symptôme selon deux études, une regroupant 17 patientes et une autre regroupant 31 patientes toutes présentaient des douleurs pélvipérinéales chroniques. [52][53]

Selon l'étude rétrospective de Zhu et Al menée au Peking Union Medical College Hospital (PUMCH) entre 1983 et 2007 sur 36 patientes opérées pour endométriose périnéale , toutes présentaient des douleurs périnéales cycliques, progressives et augmentant d'intensité lors des cycles menstruels. Ce signe fonctionnel est retrouvé chez toutes nos patientes.

D'autres signes fonctionnels peuvent être retrouvé en relation avec une autre atteinte endométriosique (abdominale, pariétale, urinaire...). Bazot et al. [47] retrouvent, dans une étude sur 92 femmes ayant bénéficié d'une cœlioscopie pour endométriose, la proportion des signes cliniques ci-dessous.

Symptômes	% de patients
Dysménorrhée	85,9%
Dyspareunie profonde	68,5%
Douleurs à la défécation	34,8%
Antécédents intervention chirurgicale pour endométriose	33,7%
Douleurs pelviennes chroniques	28,3%
Infertilité	22,8%
Asthénie	15,3%
Dysurie	3,2%

1.1 Les dysménorrhées :

On les retrouve dans 75% à 90% des cas [48]. Il s'agit de douleurs pelviennes classiquement présentes juste avant le début des règles et persistantes pendant 12 à 72 heures. Les douleurs sont souvent décrites comme intermittentes, précises, spasmodiques, irradiant vers les fesses et les cuisses. [49] Elles sont essentiellement expliquées par la localisation utérosacrée et recto-vaginale. Elles sont secondaires aux implants endométriosiques (infiltrations nerveuses), à la réaction inflammatoire environnante et aux processus adhérentiels. Elles sont de ce fait rythmées par les variations hormonales du cycle.

La présence de dysménorrhées sévères est évocatrice d'endométriose [42]. Si la sévérité des dysménorrhées ne semble pas corrélée avec l'endométriose superficielle [50], elle peut l'être avec l'endométriose profonde. C'est le cas de l'endométriose rectale dans laquelle les dysménorrhées semblent plus sévères et plus longues. [51]

1.2 Les douleurs pelviennes chroniques :

Fauconnier et Al. les retrouvent dans 40% des patientes endométriosiques [44]. Néanmoins elles ne sont pas spécifiques de l'endométriose puisqu'il peut se voir dans d'autres pathologies gynécologiques ou non gynécologiques. Cependant HURD suggère trois critères avant d'accuser l'endométriose :

1-les douleurs pelviennes doivent être cycliques subissant les variations hormonales du cycle menstruel.

2-l'endométriose doit être diagnostiquée chirurgicalement et histologiquement.

3-le traitement médical ou chirurgical de l'endométriose doit soulager les douleurs pelviennes de façon durable.

1.3 L'infertilité

Dans l'étude de Fourquet et al. [54], 90% des femmes endométriosiques ont eu des difficultés à procréer et 48% ont eu recours à la procréation médicalement assistée (PMA). Inversement, 20 à 50% des femmes infertiles ont une endométriose. [55]

Elle s'explique par les séquelles adhérentielles et obturantes dans les lésions sévères (stades 3 et 4 de la classification ASRM). L'infertilité est d'autant plus sévère que l'endométriose est sévère en termes de classification ASRM. [55] On ne retrouve aucune donnée corrélant l'endométriose périnéale et l'infertilité dans la littérature

1.4 La douleur de dyspareunie :

On la retrouve dans 30 à 50% des cas [48] Elle s'explique par une atteinte sous péritonéale postérieure, avec en particulier une atteinte des ligaments utérosacrés [56] et de la cloison recto vaginale [57]. La douleur est retrouvée dans tous les stades de ces atteintes.

Il est important de préciser à l'interrogatoire le type de dyspareunie. Elles sont profondes et non superficielles (= orificielles) sauf dans le cas d'endométriose périnéale. Elles sont volontiers déclenchées par certaines positions lors des rapports dans lesquelles on retrouve des « zones gâchettes » douloureuses reproductibles d'un rapport à un autre. Ces dyspareunies perturbent la vie sexuelle puisque 40 à 52% des femmes endométriosiques se déclarent insatisfaites de leur vie sexuelle au cours du dernier mois. [51]

1.5 Les troubles digestifs :

Les troubles digestifs sont dus aux phénomènes hémorragiques et inflammatoires de l'atteinte rectale, aux adhérences entre le rectum et la cloison recto vaginale, et aux sténoses digestives. [58]

La symptomatologie digestive est riche et difficile à étudier dans l'endométriose du fait d'une comorbidité constatée. En effet, il a été mis en évidence que les femmes endométriosiques ont une hypersensibilité viscérale et une proportion plus élevée de troubles fonctionnels intestinaux et de syndrome du côlon irritable. [59]

Dans notre série de cas aucune de nos patientes n'a présenté de signes digestifs.

1.6 Les troubles urinaires

La localisation urinaire représenterait 2 % des cas [60]. Les symptômes urinaires sont plus fréquents en cas d'atteinte profonde de la vessie [56]. Ils se manifestent par des dysuries, des impériosités, des faux besoins, des tableaux de cystites à urines claires (ECBU négatif) mimant des infections urinaires à répétition. Elles peuvent également être responsables d'hématuries cataméniales en cas d'atteinte profonde.

1/7 Les troubles hémorragiques du cycle :

On décrit des méno/métrorragies mais elles sont surtout le fait de l'adénomyose. Il n'y a pas davantage de ménorragies, d'irrégularités du cycle ou de spotting chez les femmes endométriosiques [61]

1.8 Les troubles anxiodépressifs

De nombreuses études ont cherché à mettre en évidence un lien de cause à effet entre un terrain psychologique anxiodépressif et l'endométriose. Mais s'il est fréquent de retrouver un syndrome dépressif associé à l'endométriose, il semble que celui-ci soit davantage lié aux douleurs pelviennes et au caractère chronique de la pathologie qu'à l'endométriose elle-même. L'impact sur la qualité de vie est souvent retrouvé dans les études : altération du sentiment de bien-être, de l'intégration sociale, de la sexualité, de la vie de famille et de couple, de la vie professionnelle. [62][63]

1.9 Les autres symptômes cataméniaux

Tout symptôme cataménial cyclique doit faire évoquer l'endométriose. Ainsi, par exemple, des sciatalgies rythmées par les règles font suspecter une atteinte sur le trajet du nerf sciatique [64], une toux rythmées par les règles fait suspecter une atteinte pulmonaire [65]. Les symptômes classiquement retrouvés dans le syndrome prémenstruel (nausées, vomissements, fatigue, céphalées, fièvre, malaises) ne sont pas modifiés par la présence ou non d'une endométriose [66].

2. Examen physique :

Il est effectué au mieux en période prémenstruelle, il est pauvre mais dans certains cas on peut noter certaines anomalies lors d'examen clinique minutieux et bien conduit. Il recherchera les diagnostics différentiels.

➤ Inspection

Elle recherche des lésions périnéales de types nodulaires ou kystiques, violacées, bleutées, plus ou moins rétractiles, préférentiellement localisées au niveau de l'aire périnéale antérieure ou anorectale. Leur volume est variable selon le cycle menstruel et leurs contenus d'aspect brun noirâtre est très évocateur. [53]

Il faut toujours rechercher une cicatrice d'épisiotomie, une déchirure périnéale, ainsi que des zones fibreuses cicatricielle entre le vagin et l'anus.

On note la présence de tuméfactions périnéales nodulaires ou kystiques d'aspect bleuâtre chez toutes nos patientes. Deux d'entre eux présentaient des lésions en regard de la cicatrice d'épisiotomie.



Figure N°14 Image préopératoire d'un nodule endométrial en regard de la cicatrice d'épisiotomie [4]



Figure N° 15 Endométriose vulvaire [116]



Figure N° 16 : Zone fibreuse avec nodule bleuté
sur une cicatrice d'épisiotomie [120]



Figure N° 17 : Kyste endométriosique de la glande de Bartholin gauche [74]

➤ Toucher vaginal (TV) :

Il recherche la présence de nodules pelviens durs douloureux, ayant une localisation préférentielle sur les ligaments utérosacrés dont la mise en tension est douloureuse ; sur la face postérieure de l'isthme utérin ; et sur la cloison rectovaginale (le caractère douloureux et dur le distingue des petits myomes ou des lésions de carcinose). On retrouve ces nodules dans 43% des cas. [67] Le toucher vaginal recherche également l'existence d'indurations pelviennes douloureuses et la palpation de masses annexielles fixées (endométriome).

➤ Toucher rectal

Il est de mise dans l'endométriose périnéale car il doit rechercher une infiltration de la cloison rectovaginale, le toucher doit donc être bi manuel.

Ainsi, l'examen périnéal doit être systématique chez toute femme présentant des douleurs pelviennes chroniques d'autant plus qu'elle a eu une épisiotomie, cet examen montre généralement le nodule périnéal et doit rechercher systématiquement des localisations anorectales et de la cloison rectovaginale. Le diagnostic différentiel de l'endométriose périnéale se pose avec l'abcès anopérinéal, dans sa forme très localisée, fluctuante, récidivante. Le mélanome anal, très rare, de couleur souvent bleutée peut être également confus avec un nodule endométriosique [68] [69]

..

3. Diagnostic paraclinique

➤ Biologie :

Le CA 125 peut être augmenté dans l'endométriose mais n'a aucune valeur diagnostique ou pronostique. Aucun dosage biologique n'est recommandé dans la pratique. [70][71] Cependant, il semble licite de demander un bilan biologique « standard » lors d'un premier bilan étiologique pour éliminer les diagnostics différentiels. Une anémie ou un syndrome inflammatoire doivent faire rechercher une autre cause.

➤ Echographie périnéale :

Elle doit être pratiquée par un opérateur entraîné à l'endométriose. [72] Elle se pratique plutôt en première partie de cycle. Les lésions de l'endométriose périnéale prennent l'aspect non spécifique de nodules habituellement hypoéchogènes et hétérogènes (selon leur composante solide et/ou liquide), parfois hyperéchogènes (formes hémorragiques), à limites externes volontiers floues et irrégulières, ayant une forme et une taille variables (selon la quantité de sang et de fibrose, le moment du cycle et/ou le traitement médical en cours). Certains auteurs ont proposé l'échographie endo-anale ou l'écho endoscopie, car c'est une technique très fiable pour la visualisation de l'endométriose périnéale et surtout pour diagnostiquer l'atteinte du sphincter anal, ainsi elle permet au chirurgien de déterminer l'approche opératoire et d'expliquer des possible complications liées à la sphinctéroplastie [73].

L'exploration par voie endorectal permet l'exploration du rectosigmoïde et des ligaments utérosacrés. L'interprétation échographique seule est très difficile et elle nécessite souvent le recours à l'échoendoscopie (le plus souvent sous

anesthésie générale). Elle est très utilisée dans le bilan préopératoire des atteintes digestives pour explorer les différentes couches de la paroi du rectosigmoïde. [72]

En outre, l'échographie endo-anale peut également aider dans le diagnostic différentiel des lésions périnéales : tels que l'abcès périanale qui montre des lésions hypoéchogènes homogènes ; l'échographie de la fistule périanale montre une fistule hypoéchogène qui traverse les tissus musculaires longitudinaux ; l'échographie du carcinome anal et mélanome montrent des lésions solides.

En général, l'échographie pelvienne n'est pas suffisante pour poser diagnostic d'endométriose. Elle est indispensable pour l'endométriome ; elle explore assez bien les atteintes digestives, pariétales et urinaires, le cul de sac de Douglas ; mais elle est médiocre pour l'étude des ligaments, de la cloison rectovaginale et des localisations vaginales. L'échographie doit rester un examen à réaliser en première intention devant une femme présentant un ou plusieurs des symptômes endométriosiques car elle permet de dépister certaines lésions et permettra d'éliminer certains diagnostics différentiels. [71]

Dans notre étude, 3 patientes sur 4 ont bénéficié d'une échographie périnéale qui a permis d'objectiver des lésions hyperéchogène, hétérogène chez 2 patientes et une lésion hypoéchogène hétérogène chez une patiente.

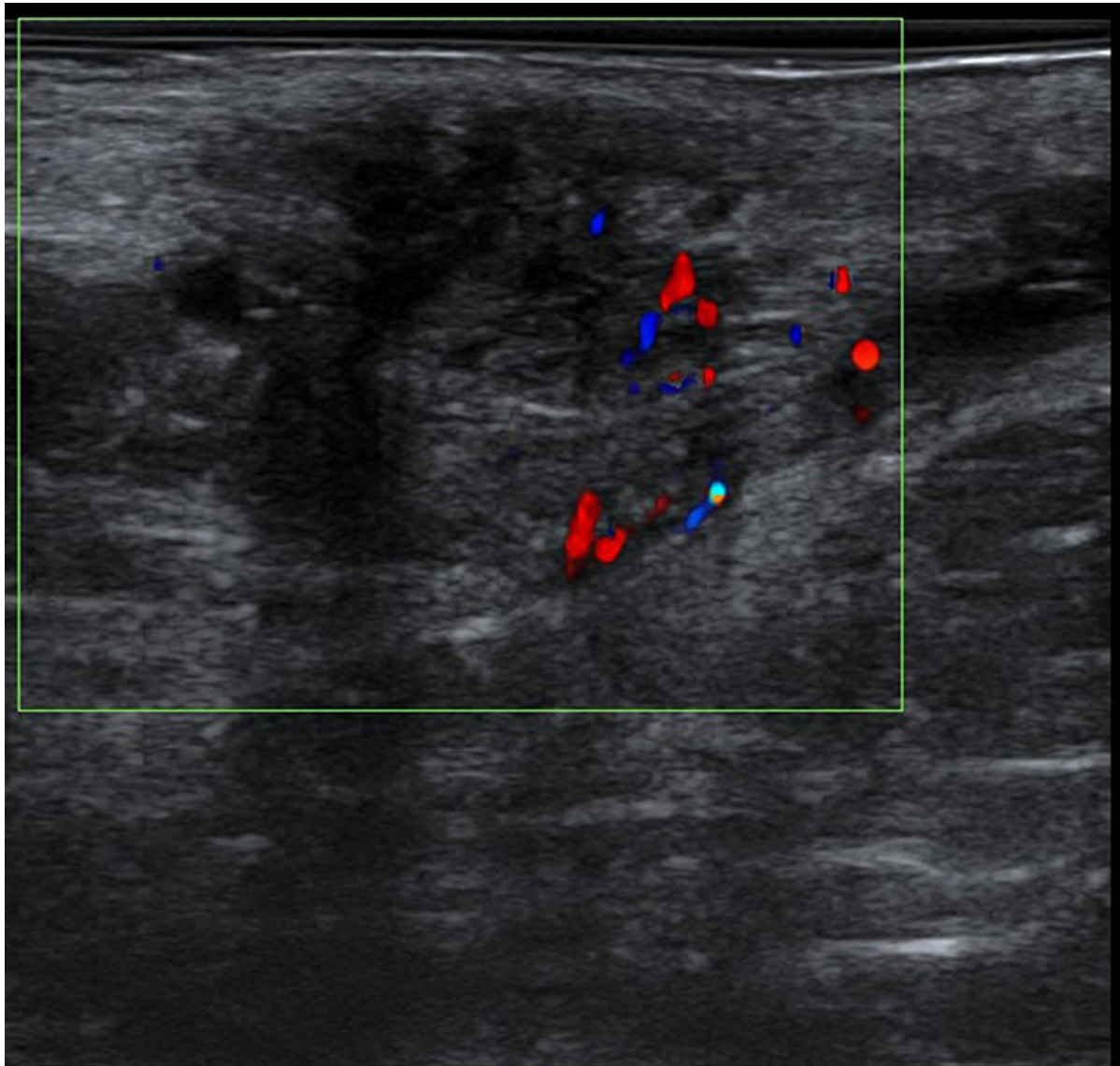


Figure N°18 : Echodoppler couleur d'une endométriose périnéale révélant un nodule sous-cutané avec des limites irrégulières et une densité complexe sous la cicatrice d'épisiotomie.

Un flux sanguin périphérique à la masse a été détecté [3]

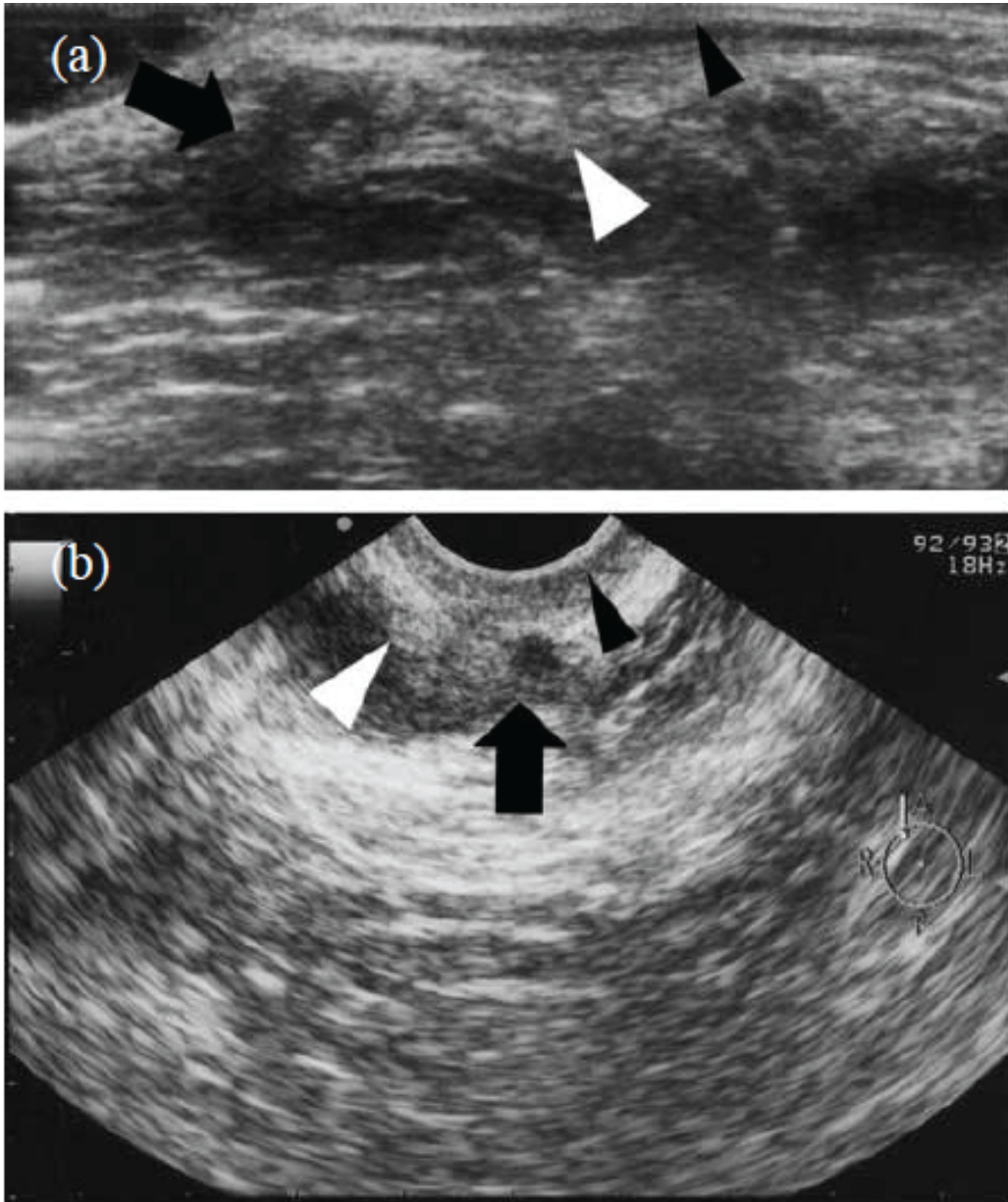


Figure N° 19 : Patiente âgée de 30 ans présentant une masse dans le périnée antérieur droit en regard d’une cicatrice d’épisiotomie. Les deux coupes échographiques montrent une masse hétérogène contenant un kyste anéchogène dans le périnée antérieur droit. [117]

➤ IRM (imagerie par résonance magnétique)

Elle doit, comme l'échographie, être pratiquée par un opérateur entraîné à l'endométriose. Elle se réalise plutôt en période per et péri menstruelle immédiate pour visualiser les implants hémorragiques (le sang étant très sensible à l'acquisition en IRM). L'IRM est l'examen indispensable au bilan diagnostique de l'endométriose car elle établit la nécessaire cartographie des lésions endométriosiques. [70] Elle permet une surveillance précise de l'évolution des lésions. Elle explore des zones peu accessibles à l'échographie, notamment la cloison rectovaginale. Elle visualise des lésions dont les plus petites sont autour de 4 à 5 mm [75] et en règle générale autour de 1 cm selon Kennedy et al [76]. Elle est performante dans la visualisation des lésions récentes, hémorragiques mais moins dans les lésions fibreuses plus anciennes, pour lesquelles il faut s'aider des signes indirects comme les rétractions, les épaissements, les désorganisations anatomiques.

➤ Le kyste endométriosique apparaît typiquement comme un ovaire élargi, présentant une pseudo-paroi hypo-intense et porteur de formations de tailles variables, coalescentes, hyper-intenses en séquence T1, séparées par des accollements fibreux (allant du noir au blanc en T2) (shading). La sensibilité et la spécificité sont respectivement de 90 et 98%. [77] L'absence de prise de gadolinium dans le kyste endométriosique permet d'éliminer des végétations malignes.

➤ Les implants endométriosiques superficiels : Les lésions péritonéales superficielles dont la plupart mesurent entre 1 et 10 mm sont difficiles à étudier. [76] La cœlioscopie reste l'examen de référence pour visualiser ces lésions.

Les lésions actives, perçues principalement sur le cul de sac de Douglas et les ligaments larges, apparaissent en hypersignal T1 et T2 focalisés. La visualisation des lésions fibreuses (hypo-intenses) est plus délicate. [78]

➤ Les localisations profondes apparaissent sous la forme d'un épaissement hétérogène (linéaire, nodulaire, ou à contours irréguliers), hypo-intense (lié à l'hyperplasie fibromusculaire) ponctuée de quelques petits signaux en hyperT1 (liés aux implants hémorragiques). L'IRM permet de voir les implants sous-péritonéaux qui ne sont pas visualisés en cœlioscopie. L'atteinte profonde la plus fréquente est celle des ligaments utérosacrés dont l'épaississement irrégulier, nodulaire et asymétrique est fortement évocateur d'endométriose. [72]

➤ Les atteintes digestives apparaissent sous forme d'épaississements des haustrations et de rétractions des plis coliques. L'infiltration de la muqueuse forme un angle obtus avec la paroi rectale réalisant une image triangulaire relativement caractéristique en coupe axiale T2. [72] La perte de prise de gadolinium par la musculature en regard d'un nodule est évocatrice d'un envahissement digestif. Mais là encore, l'examen doit souvent être complété par une echoendoscopie rectale pour mieux évaluer la profondeur des lésions. L'atteinte digestive peut également être avantageusement explorée par le coloscanner.

➤ L'IRM explore également les lésions vésicales, urétérales et pariétales. L'atteinte de la paroi vésicale présente le même aspect que l'adénomyose que l'on retrouve fréquemment associée dans le myomètre antérieur adjacent. [79] Il s'agit d'une masse en hyposignal T1 et T2 contenant là encore des spots hyper-intenses.

➤ Les lésions d'endométriose sur cicatrice d'épisiotomie se caractérisent en IRM par un épaissement fibreux en hyposignal franc sur les séquences pondérées T2. L'aspect est plus évocateur lorsqu'il s'agit d'une infiltration de forme stellaire et rétractile [80].

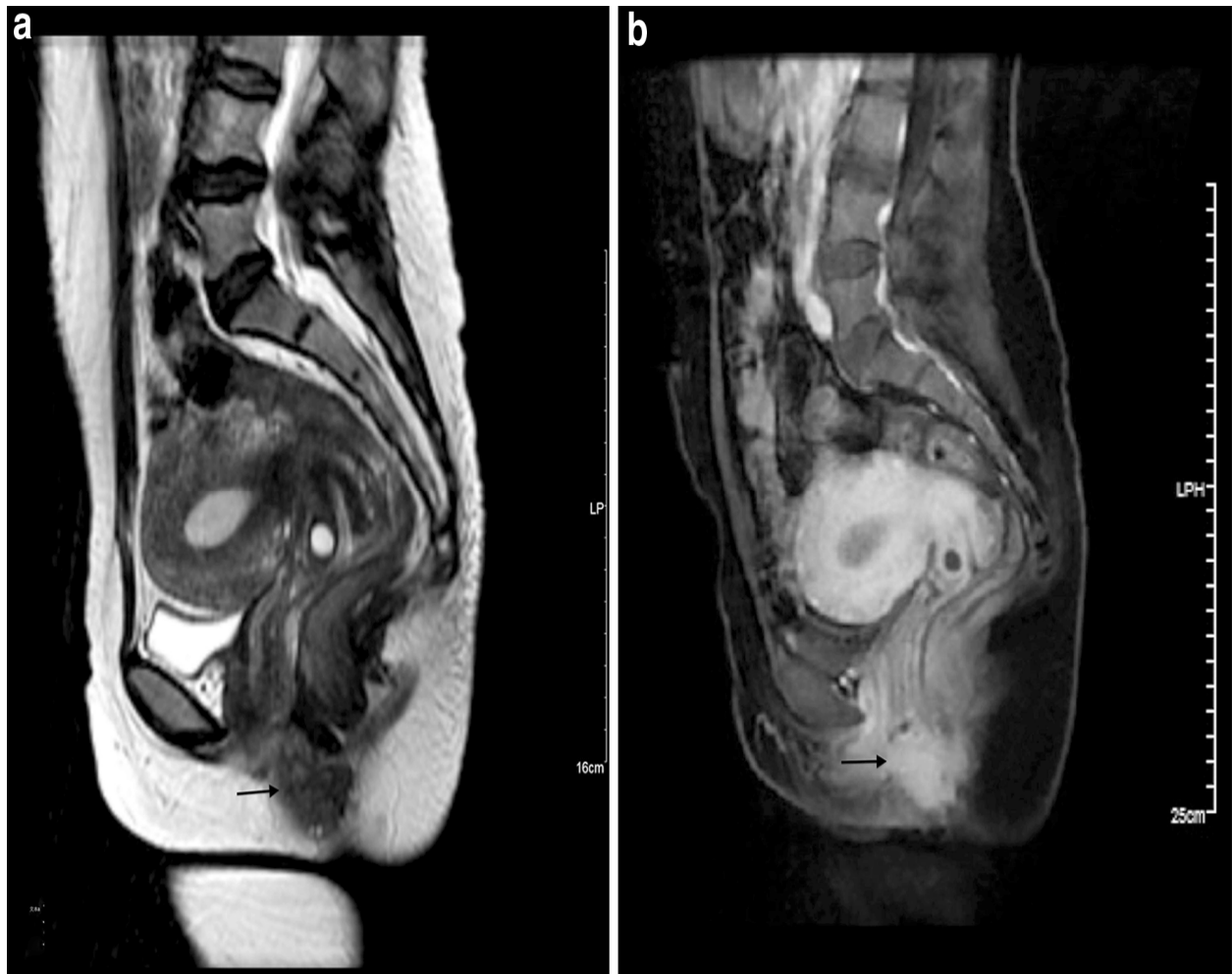
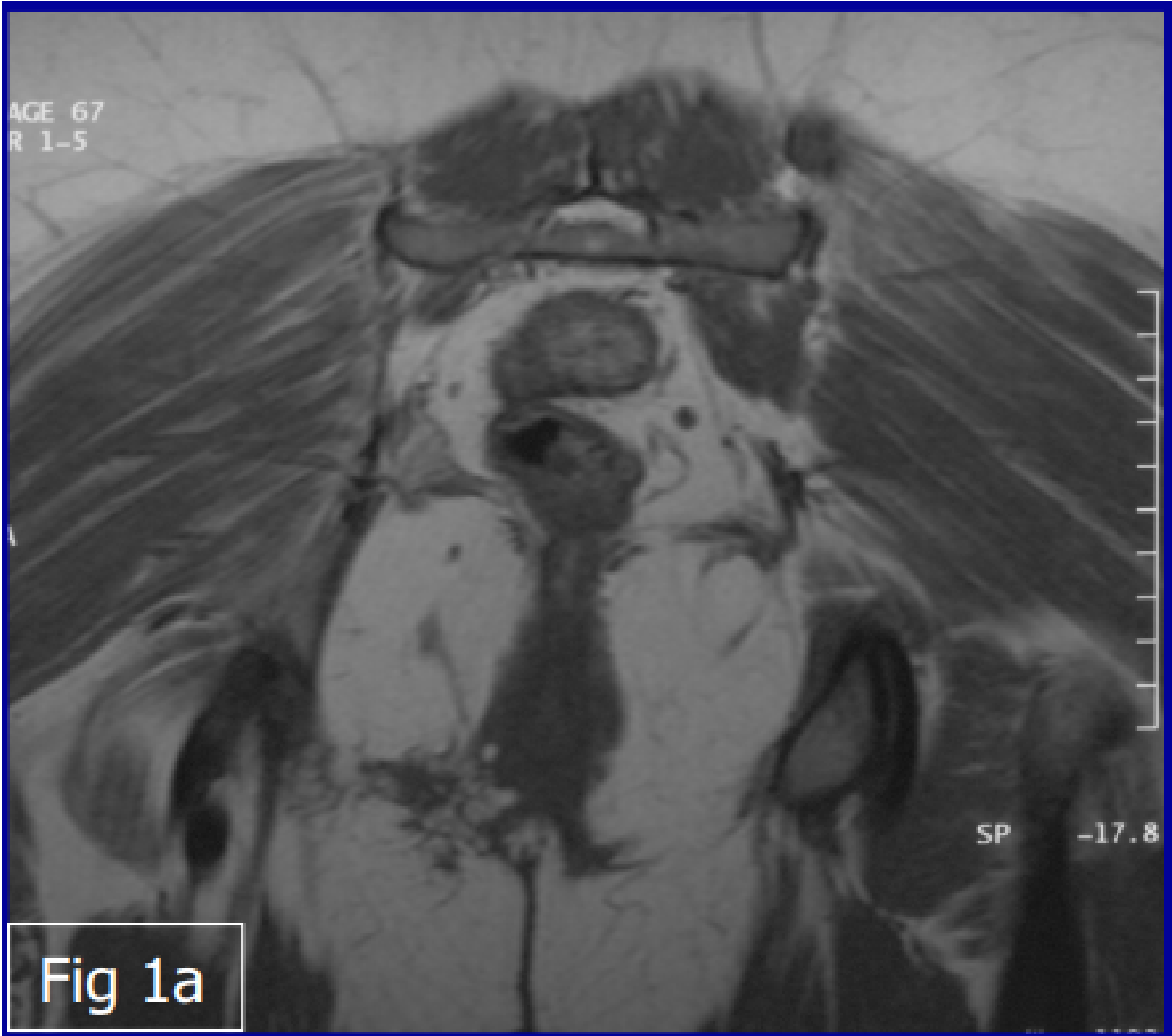


Figure 20 : IRM d'endométriose périnéale. Montrant une masse irrégulière à gauche de la cicatrice d'épisiotomie avec un signal hypointense en T2WI (a) et hyperintense en T1WI (b) [4]



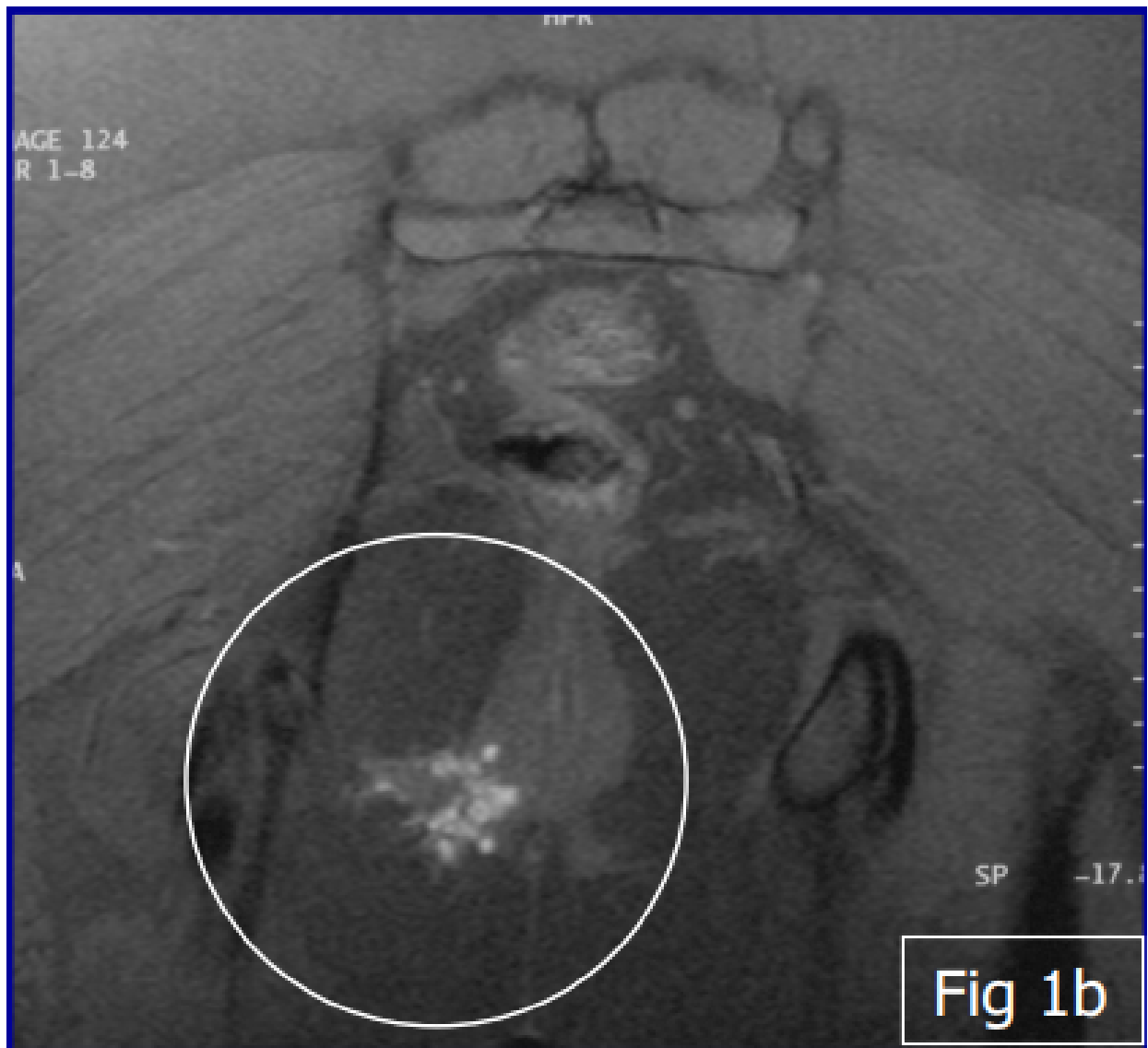


Fig 1a et 1b : IRM, coupes frontales en pondération T1 avant et après saturation de la graisse. « Spots » en hypersignal au sein d'une infiltration stellaire de la graisse périnéale droite et correspondant à la cicatrice d'épisiotomie.[118]

- TDM (tomodensitométrie) : intérêt du coloscanner avec injection d'air.

Le scanner n'apporte pas beaucoup d'éléments dans l'endométriose car c'est un examen peu performant dans la visualisation des structures du petit bassin. Cependant, le coloscanner à l'air avec coloscopie virtuelle est utilisé dans l'étude des atteintes digestives. Elle est complémentaire de l'échoendoscopie rectale qui évalue mieux la profondeur de la paroi digestive et de l'IRM qui précise mieux la structure même des lésions sténosantes. [81]

- Coelioscopie :

La coelioscopie n'a aucun intérêt dans le diagnostic de l'endométriose périnéale, elle méconnaît toutes les lésions d'endométriose sous péritonéales profondes et donc doit être précédée d'un bilan complet (notamment l'IRM).

Pour les autres localisations, l'objectif de la coelioscopie est de confirmer le diagnostic et de faire les gestes thérapeutiques si nécessaires, dans le même temps opératoire. Cependant, en cas de découverte opératoire fortuite, un bilan d'imagerie sera nécessaire avant, éventuellement, d'envisager une réintervention secondaire. [74] Les lésions observées doivent être prélevées et analysées en histologie pour étayer le diagnostic et pour éliminer une cause maligne. Walter et al révèlent que la corrélation entre l'histologie et ce qui est observé en coelioscopie est sensible à 97% mais peu spécifique (77%) et avec une valeur prédictive positive de seulement 45%. [82]

D'où l'importance d'analyser tout ce qui visuellement ressemble à une endométriose. Comme pour les autres examens d'imagerie, l'expérience de l'opérateur est importante. Un opérateur expérimenté semble obtenir une meilleure corrélation entre macroscopie et histologie [83].

4. Diagnostics différentiels :

Il existe un large éventail de diagnostics différentiels pour une tuméfaction périnéale. En effet, le diagnostic clinique de l'endométriose périnéale peut être confondu avec une tumeur desmoïde, un abcès, un lipome, un hématome, une adénopathie, un granulome, un lymphome, ou encore un cancer primitif ou des métastases. Le diagnostic différentiel de l'endométriose périnéale se pose aussi avec l'abcès anopérinéal, dans sa forme très localisée, fluctuante, récidivante. Le mélanome anal ou vulvaire, très rare, de couleur souvent bleutée peut être également confus avec un nodule endométriosique. [68][69]



Figure 21 : Image d'un mélanome vulvaire dans la lèvre droite mesurant moins de 04 cm avec une zone rougeâtre végétative et surélevée qui peut être observée sur la face interne de la tumeur. [121]



Figure 22 : Image d'un abcès de la marge anale. [122]

VII- LES TRAITEMENTS :

A. Moyens thérapeutiques

Le choix des thérapeutiques se fait au cas par cas, en fonction du degré d'atteinte, des symptômes et de leur retentissement, de l'âge et des éventuels troubles de fertilité. Le choix se fera selon le respect d'une balance bénéfiques/risques, avec une patiente éclairée dans son choix, et dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire.

1. Les traitements médicamenteux :

Les deux objectifs du traitement médical sont de bloquer la fonction gonadotrope (ce qui a un effet suspensif sur la vitalité des cellules endométriosiques des lésions constituées) et d'éviter la propagation de nouvelles cellules endométriales. Pour cela, il faut obtenir une diminution la plus complète possible des reflux menstruels et donc obtenir une aménorrhée. Le panel thérapeutique pour y arriver n'est pas dénué d'effets secondaires et se choisit en fonction de chaque contexte (âge, intensité des douleurs, troubles fertilité, balance entre l'intensité des symptômes et les effets secondaires.)

➤ Les AINS : Ils doivent être utilisés dans toutes circonstances à visée antalgique simple. Ils ont démontré leur efficacité dans le traitement des dysménorrhées. [84] Les AINS ayant l'AMM

« Dysménorrhée » sont par ordre alphabétique : acide méfénamique, acide tiaprofénique, diclofénac, flurbiprofène, ibuprofène, kétoprofène, naproxène. L'efficacité sur les douleurs pelviennes chroniques endométriosiques n'est pas clairement démontrée. [85]. Cependant, l'AFSSAPS recommande l'usage des AINS en association à un traitement antigonadotrope pour traiter les

douleurs endométriosiques. [100] Des dysménorrhées conduisant une femme à prendre des AINS à chaque période de règles doivent alerter le praticien sur le diagnostic possible d'une endométriose.

➤ La prise d'une contraception oestroprogestative : Elle n'a pas d'AMM dans l'endométriose. Cependant, dans une étude versus placebo [86], elle améliore les dysménorrhées (sans différences significatives entre les différents types de dosage ou combinaison d'oestroprogestatifs). Une contraception par 20 microgrammes d'éthinyl-œstradiol (EE) et 0,15 mg de désogestrel administrée pendant 6 mois améliore les dysménorrhées, les dyspareunies et les douleurs pelviennes intermenstruelles. [87] L'arrêt de la contraception au bout de 6 mois est suivi par la réapparition des douleurs 6 mois plus tard chez la majorité des patientes. [87] Elle présente un intérêt en prise monophasique continue puisqu'elle assure une aménorrhée complète à 2 ans dans 38% des cas (36% de spotting, 26% ménorragie) et améliore les douleurs dans 80% des cas [88].

➤ Les macroprogestatifs = progestatifs à dose antigonadotrope : Ils sont largement utilisés dans le traitement de l'endométriose pour leur fonction antigonadotrope et leur fonction atrophiante sur les cellules endométriales. [85] Ils sont efficaces sur les douleurs endométriosiques au sens large. [89] Tous les macroprogestatifs ne disposent pas de l'AMM « endométriose ». [100]

Ils sont parfois utilisés hors AMM. L'acétate de nomégestrol et l'acétate de cyprotérone (hors AMM) ont montré une amélioration des douleurs ainsi qu'une régression partielle des lésions coelioscopiques péritonéales. [85] Ils sont responsables d'effets secondaires liés à l'hypo-oestrogénie. Une perte osseuse réversible est observée lors d'une prise prolongée (5ans) [90]

- Les microprogestatifs (hors AMM) : Une étude sur l'implant sous-cutané au désogestrel (Implanon*) montre un bénéfice à 1 an dans 80% des cas avec une aménorrhée dans 42% des cas et des spotting dans 28%. [91]
- Le dispositif intra-utérin avec libération quotidienne de levonorgestrel (Mirena*) : Il a montré un bénéfice sur les dysménorrhées, les douleurs chroniques [92] et la récurrence post opératoire dans le traitement chirurgical conservateur. [93]
- Le danazol : Il a longtemps été le traitement de référence, par son action antigonadotrope, mais il est de plus en plus délaissé en raison des effets secondaires androgéniques, métaboliques et hépatiques (acné, prise de poids, crampes...). Les agonistes de la GnRH possèdent une efficacité au moins équivalente au Danazol qu'ils ont remplacé du fait d'effets secondaires moindres. [94]
- Les agonistes de la GnRH : Ils inhibent la sécrétion hypophysaire de FSH et LH. Ils sont efficaces sur les douleurs de façon relativement prolongée jusqu'à 6 mois après l'arrêt du traitement. [95] En cas de récurrences douloureuses, une reprise de la thérapie par agonistes permet une nouvelle amélioration. [96] Cela se pratique alors hors AMM puisque les agonistes de la GnRH ont l'AMM pour une durée maximale de 6 mois en raison de la perte osseuse qu'ils produisent. Cette perte osseuse est prévenue à partir du 2-3^e mois de traitement par une hormonothérapie de substitution oestroprogestative appelée (add back therapy) [100]

Elle améliore de surcroît la qualité de vie des patientes (diminution des bouffées de chaleurs, préservation de la libido, diminution des sécheresses des muqueuses...), sans réduire l'efficacité du traitement. [97]

Ils sont utilisés en pré-opératoires pour diminuer l'activité et l'extension des lésions endométriosiques, facilitant ainsi les interventions chirurgicales. [85]

Ils sont utilisés également en postopératoire. Une prise postopératoire pendant 3 à 6 mois permet de réduire le taux de récurrence des douleurs de 12 et 24 mois. Ils réduisent l'allongement de l'intervalle post-opératoire sans symptômes. [98]

Les agonistes de la GnRH ayant l'AMM « endométriose » sont par ordre alphabétique : leuproréline (Enantone*), nafaréline (Synarel*), triptoréline (Décapeptyl*)

➤ Efficacité des traitements médicamenteux [85] : L'efficacité des analogues de la GnRH, danazol et des progestatifs en continu est prouvée sur les douleurs abdominopelviennes et sur les dysménorrhées mais l'effet est plus modeste sur les dyspareunies. Les traitements hormonaux utilisés visant à obtenir une aménorrhée améliorent les douleurs de l'endométriose mais seulement de façon suspensive et non curative. En effet, les douleurs récidivent le plus dans les 6 à 12 mois qui suivent l'arrêt du traitement. Ils peuvent cependant être pris de façon prolongée. Ces traitements n'apportent pas de bénéfices sur la fertilité [99] et sont par ailleurs « contraceptifs ».

2. Traitements chirurgicaux :

Le but du traitement chirurgical est la disparition de la symptomatologie clinique, l'amélioration de la qualité de vie et la restauration de l'anatomie normale de la patiente.

Le traitement de choix est la résection chirurgicale à adapter dans ses modalités selon l'âge des patientes [101]. Elle peut être réalisée sous anesthésie locale [102], locorégionale ou générale [101], selon la taille du nodule.

C'est le traitement à visée curative de l'endométriose périnéale. Il intègre plusieurs notions :

- L'affection est bénigne et peu récidivante en cas de traitement chirurgical.
- La localisation périnéale traitée chirurgicalement n'est pas invalidante comme cela est le cas pour la forme intra-pelvienne.
- La responsabilité dans les symptômes est claire et parfaitement établie.
- L'évaluation du traitement est aisée.
- On traite à la fois la maladie et les symptômes.
- En l'absence de diagnostic préopératoire, le traitement chirurgical permet la confirmation de l'endométriose.
- En l'absence de ce traitement chirurgical, le risque de cancérisation est présent.

3. La cryothérapie :

La cryothérapie consiste à détruire les cellules tumorales par le froid, en introduisant par voie percutanée ou chirurgicale une sonde de cryothérapie, ou cryosonde, au sein de la tumeur.

Pour la phase de congélation, les appareils de cryothérapie actuels utilisent l'argon. Ce gaz peut atteindre des températures équivalentes à celles de l'azote liquide (-185°C) mais présente plus d'avantages que ce dernier.

La cryothérapie engendre la mort cellulaire par deux phénomènes : des lésions cellulaires directes et des lésions vasculaires. L'importance de chacun de ces deux mécanismes lésionnels dépend de la température de congélation, de la vitesse à laquelle les tissus sont refroidis puis réchauffés, ainsi que du nombre de cycles de « congélation - décongélation »

A puissance maximale l'argon est relâché à 100% du temps. A puissance minimale, l'argon est relâché à 20% du temps. Ainsi, par paliers intermédiaires, l'opérateur peut contrôler en temps réel la formation du glaçon. Ces éléments sont retranscrits sur un écran de contrôle de la machine.

Différentes modalités d'imagerie sont utilisables pour la réalisation d'une cryoablation percutanée, tout d'abord pour guider la mise en place des cryosondes au sein de la lésion puis pour visualiser l'étendue de la boule de glace en formation lors de la phase de congélation.

C'est une technique en cours d'évaluation, nous n'avons pas trouvé d'étude avec un grand nombre de patientes et un grand recul.

B. Les indications thérapeutiques : [103]

a. Abstention thérapeutique :

Elle est de règle dans les formes asymptomatiques (30 % des endométrioses).

b. Traitement médical :

- soit prescrit seul, il est efficace sur les douleurs et consiste en l'arrêt des menstruations par des progestatifs (Danazol) ou analogues de la GnRH,
- soit en complément d'un traitement chirurgical limité ou incomplet par l'importance de la résection musculaire à effectuer.

c. Traitement chirurgical :

Il dépend de plusieurs paramètres, expliqués à la patiente :

- le caractère nodulaire ou fistuleux de l'endométriose périnéale,
- l'existence de localisations sphinctériennes [104], authentifiées par l'échographie endo-anale, leur taille, leurs rapports avec les sphincters anaux, interne et externe, [105] et le faisceau puborectal du releveur de l'anus,
- l'âge « génital » de la patiente,
- le désir de future(s) grossesse(s),
- les lésions génitales ou digestives associées.

❖ **Forme nodulaire**

En l'absence de localisation intrasphinctérienne

Le traitement de choix est la résection chirurgicale à adapter dans ses modalités selon l'âge des patientes [105]. Elle peut être réalisée sous anesthésie locale [105], locorégionale ou générale [106], selon la taille du nodule.

En présence de localisation(s) intrasphinctérienne(s)

Sous anesthésie générale [104], deux attitudes ont été adoptées selon l'âge de la patiente [107] :

- excision large avec sphinctéroplastie dans le même temps. Cette technique s'adresse plutôt aux femmes jeunes afin d'éviter le recours aux thérapeutiques additionnelles ;
- excision réduite ou incomplète avec thérapeutique hormonale complémentaire.

Cette option est plutôt destinée aux femmes plus âgées en période ménopausique ou si risque de fistule anovaginale.

❖ **Forme fistuleuse**

En cas de fistule anovaginale ou anopérinéale, une exérèse de tout le tissu endométriosique s'impose dans un premier temps avec drainage et réparation secondaire par lambeau d'avancement, sphinctéroplastie voire injection de colle biologique.

d. Traitement des récurrences :

- surveillance simple si patiente asymptomatique
- nouvelle exérèse
- traitement hormonal

C. Résultats thérapeutiques :

1. Traitement médical :

Prentice [108] note lors d'une revue clinique que lorsque le traitement médical est entrepris, il apporte un soulagement des symptômes dans 80% à 85% des cas.

L'obtention du but recherché par un traitement médical (réduction de la taille de l'endométriome, soulagement des symptômes) est souvent acquise mais éphémère, avec recrudescence de la symptomatologie après l'arrêt du traitement et effets secondaires potentiels. Les résultats thérapeutiques des différentes molécules, publiés au niveau de la littérature concernent surtout l'endométriose intra-pelvienne [109].

Une de nos patientes qui présentait l'endométriose de la glande de Bartholin était sous analogues GnRH pendant 06 mois après cystectomie ; on a noté une bonne évolution après le traitement.

Concernant Zhu et Al. , l'étude anatomopathologique des pièces opératoires des patientes ayant reçues un traitement hormonal avant la chirurgie a démontré une atrophie des glandes endométriosiques ainsi qu'une hyperplasie interstitielle. Ce qui confirme l'efficacité du traitement hormonal. Cependant ce traitement fourni un succès à court terme dans l'atténuation des symptômes et les récurrences étaient fréquentes après l'arrêt de l'hormonothérapie, de sorte que l'hormone pouvait être utilisée seulement comme thérapie adjuvante.

2. Le traitement chirurgical :

La majorité des auteurs estiment également que le traitement chirurgical représente le traitement de choix concernant l'endométriose périnéale.

La revue de littérature note un recours quasi-exclusif au traitement chirurgical lors de la prise en charge de l'endométriose périnéale, comme le démontrent les tableaux ci-dessous

	Age	Suivi (mois)	Excision	Récidives	Complications
Prince and Abrams (1957)	25	6	EM	Oui	Aucune
Beischer (1966)	22	-	*	Non	Aucune
Gordon et al. (1976)	37	5	EM	Oui	Aucune
	36	30	EM	Non	Aucune
	37	5	EL avec SP	Non	Aucune
Hambrick et al. (1979)	32	12	Incomplète	Oui	Aucune
Sayfan et al. (1991)	28	3	LE avec SP	Non	Aucune
Rakotomalala et al. (1998)	44	10	EM	Oui	Aucune
Dougherty et al. (2000)	47	-	EM	-	Aucune
Kanellos et al. (2001)	39	12	LE	Non	Aucune
Watanabe et al. (2003)	39	-	EM	-	Aucune

EM = excision minimale ; LE = large excision ; SP = sphinctéroplastie primaire

Dans l'étude de Juaqing Li sur 17 patientes porteuses d'endométriose périméale, toutes ont été traitées par excision chirurgicale. 04 patientes sur 17 ont reçu un traitement hormonal post chirurgical dont une seule a récidivé [4]

Patient	Age (ans)	Parité	gestation	Période de latence (mois)	Durée des symptômes (mois)	Localisation des lésions	Diamètre (cm)	CA125 (IU/L)	Suivi (mois)
1	33	1	2	36	60	Cicatrice d'épisiotomie	1	Non détecté	151
2	29	1	6	36	48	Cicatrice d'épisiotomie	2	Non détecté	Perdue
3	35	2	3	44	4	Cicatrice d'épisiotomie	3	17.3	Perdue
4	28	1	2	48	46	Cicatrice d'épisiotomie	1	25.9	120
5	37	1	1	3	132	Cicatrice d'épisiotomie	1.5	17.5	119
6	57	2	3	60	8	Cicatrice d'épisiotomie	5	8.8	107
7	29	1	1	3	45	Cicatrice d'épisiotomie	1.5	30.6	102
8	28	1	1	2	24	Cicatrice d'épisiotomie	2	60.2	100
9	29	2	3	42	18	Cicatrice d'épisiotomie	1.5	35.8	90
10	46	2	4	36	108	Cicatrice d'épisiotomie	1	19	87
11	26	1	2	4	36	Cicatrice d'épisiotomie	2	27.6	Perdue
12	33	1	1	48	36	Cicatrice d'épisiotomie	4	53.7	52
13	34	1	2	96	24	Cicatrice d'épisiotomie	2	32.9	Perdue
14	34	1	4	92	16	Cicatrice d'épisiotomie	3	48.5	12
15	31	1	1	12	26	Cicatrice d'épisiotomie	2	62	14
16	32	2	2	30	6	Cicatrice d'épisiotomie	4	61.6	6
17	43	1	3	204	6	Cicatrice d'épisiotomie	4	52.3	5

3. L'évolution :

Les récurrences observées ainsi que les délais de leur survenue ne respectent aucune notion particulière. Dans notre série de cas aucune patiente n'a présenté de récurrence.

Par contre il y a un risque de récurrence maligne pour chaque lésion endométriosique, cela est tellement rare car l'endométriose cutanée avec dégénérescence maligne ne représente que 0,3 à 1% des cicatrices chirurgicales de l'endométriose. C'est difficile de distinguer l'endométriose périnéale bénigne ou maligne à partir des symptômes et des signes cliniques, l'étude anatomopathologique est nécessaire pour poser le diagnostic. [110]

D. La prise en charge globale :

Roman et al. rappellent qu'il n'existe pas d'étude randomisée comparant le traitement médical au traitement chirurgical (ni les différentes techniques chirurgicales entre elles) et que les stratégies de prise en charge sont très variables selon les praticiens. [85] Cependant, en France, l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) a émis des recommandations à ce sujet en 2005. [100] Elle recommande notamment un traitement médical d'épreuve de 3 mois (macroprogestatifs en première intention) en cas d'examen clinique et échographie peu contributifs. En cas d'échec, un avis spécialisé doit être demandé avec réalisation d'une IRM. Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) a également établi des recommandations en 2006. Les deux institutions rappellent que toute femme ayant une endométriose douloureuse doit se voir proposer un traitement médical ou chirurgical. [85][100].

La prise en charge de l'endométriose doit être multidisciplinaire : médecin généraliste, gynécologue, viscéraliste, urologue, psychothérapeute... Rappelons que l'impact de l'endométriose sur la qualité de vie, la qualité de l'humeur (troubles anxieux et dépressifs), la vie sociale, familiale, sexuelle, professionnelle, est considérable. [111][112][113] Tous ces paramètres doivent être pris en considération. Le manque d'écoute est souvent reproché aux médecins qui ne prennent pas en compte les dimensions psychosociales de la maladie. Il s'agit alors pour les médecins d'instaurer un climat de confiance basé sur l'écoute, l'accompagnement et l'explication de la maladie (c'est ce que Audebert et al. appellent le « coaching »). [114] La prise en charge psychologique est donc essentielle. Elle a fait preuve de son efficacité, comme dans la prise en charge de toutes les douleurs chroniques. Parmi les femmes atteintes, 60% ont déclaré un bénéfice dans les traitements alternatifs comme le soutien psychologique, l'exercice physique, l'acupuncture... [115]



Conclusion

L'endométriose périnéale est une pathologie relativement rare, souffrant le plus souvent d'un grand retard diagnostic. Ses mécanismes de survenu sont relativement bien cernés.

Etablir le diagnostic de cette pathologie reste très équivoque. En effet, il est relativement aisé devant une symptomatologie cyclique évoluant au rythme des menstruations, d'une masse douloureuse, quasi pathognomonique. Il peut être au contraire, beaucoup plus délicat en l'absence de ses caractéristiques, et peut retarder la mise en évidence du diagnostic à l'étape anatomopathologique.

L'échographie périnéale reste un examen morphologique indispensable et peu coûteux pour poser le diagnostic de l'endométriose périnéale, et éliminer tout diagnostic différentiel et ceci en mettant en évidence le plus souvent l'aspect non spécifique de nodules habituellement hypoéchogènes et hétérogènes, parfois hyperéchogènes (formes hémorragiques), à limites externes volontiers floues et irrégulières, ayant une forme et une taille variables.

En cas de doute sur le diagnostic avant la chirurgie l'IRM reste l'examen de choix concernant l'endométriose périnéale, elle montre le plus souvent un épaississement fibreux en hyposignal franc sur les séquences pondérées T2 mais l'aspect est plus évocateur lorsqu'il s'agit d'une infiltration de forme stellaire et rétractile.

Cependant, le diagnostic de certitude n'est confirmé que par l'étude histologique.

Contrairement aux autres localisations dont la prise en charge repose essentiellement sur le traitement médical associé à la chirurgie, en fonction du stade évolutif de la maladie ; l'endométriose périnéale nécessite un traitement curatif basé sur l'exérèse chirurgicale de la masse qui peut être accompagné d'un traitement médical. Les récurrences dans ces conditions et en absence d'une autre association sont rares.

Aucun des moyens étudiés n'a démontré un bénéfice dans la prévention de cette pathologie.

En définitive et au regard des procédures incriminées dans les mécanismes de survenue de l'endométriose périnéale, l'on devrait s'attendre à une augmentation de la fréquence de cette dernière et prendre les mesures qui s'imposent à son encontre malgré la rareté relative actuelle de cette forme de la maladie endométriosique.



Résumés

RESUME :

Titre : L'endométriose périnéale à propos de 04 cas.

Auteur : TOUZI Hamza

Mots clés : Endométriose – Endométriose périnéale – chirurgie-cicatrice d'épisiotomie-glande de Bartholin

Introduction :

L'endométriose se définit par la présence de tissu endométrial en situation ectopique en dehors de la cavité utérine, la localisation périnéale est très rare et le plus souvent secondaire à des cicatrices d'épisiotomie, tout comme elle peut être primitive.

Objectifs :

Notre étude a pour objectif de discuter l'étiopathogénie de la maladie, sa fréquence, ses facteurs de risques, d'étayer ses présentations cliniques, d'appuyer les explorations paracliniques et de discuter des diverses modalités thérapeutiques.

Matériels et méthodes :

Nous proposons une étude rétrospective portant sur 04 cas de femmes présentant une endométriose périnéale, colligée au service de gynécologie obstétrique de l'HMIMV de Rabat sur un intervalle allant de janvier 2009 à décembre 2017.

Résultats et discussion :

Il s'agit de 04 femmes, dont l'âge varie de 28 à 37 ans, primipare, multipare, et même nullipare ; 2 ayant un antécédent d'accouchement par voie basse aidé par épisiotomie. La symptomatologie clinique a constaté un nodule vulvaire accompagné de douleurs périnéales cycliques. L'échographie a été réalisée chez 75 % de nos patientes. Tandis que l'IRM a objectivé chez une de nos patiente un nodule endométriosique hétérogène du périnée faisant 24/17mm fait de composante cicatriciel fibrotique et de spot de saignement chronique. La prise en charge thérapeutique était chirurgicale chez toutes nos patientes dont une seule a bénéficié d'un traitement freinateur post chirurgical (analogues GnRH) pendant 06 mois. L'évolution était bonne chez toutes nos patientes.

Conclusion :

L'endométriose périnéale reste une pathologie peu fréquente, et dont le diagnostic est le plus souvent tardif. La symptomatologie spécifique par la douleur périnéale cyclique représente des éléments capitaux pour évoquer le diagnostic. Le traitement est chirurgical avec une bonne évolution.

ABSTRACT :

Title : Perineal endometriosis about 04 cases.

Author: TOUZI Hamza

Key words : Endometriosis - Perineal endometriosis – surgery-episiotomy scar-Bartholin gland

Introduction:

Endometriosis is defined by the presence of endometrial tissue in a heterotopic situation outside the uterine cavity; the perineal localization is very rare and most often secondary to episiotomy scars, just as it can be primitive outside any surgery.

Objectives :

Our study aims to discuss the etiopathogenesis of the disease, its frequency, its risk factors, to support its clinical presentations, to support the place of paraclinical explorations and to discuss various therapeutic modalities.

Materials and methods :

We propose a retrospective study on 04 cases of women with perineal endometriosis, collected at the obstetrics and gynecology department of the HMIMV Rabat over a period from January 2009 to December 2017.

Results and discussion :

It is about 04 women, whose age varies from 28 to 37 years old, primi, multiparous, and even nulliparous; 2 with a history of vaginal delivery assisted by episiotomy. The clinical symptomatology was made of a vulvar nodule accompanied by cyclical perineal pain. Ultrasonography was performed in 75% of our patients. While the MRI showed in one of our patients a heterogeneous endometriotic nodule of the perineum doing 24 / 17mm made of fibrotic scar component and spot of chronic bleeding. Therapeutic management was surgical in all patients, only one of whom received post-surgical braking treatment (GnRH analogues) for 6 months. The evolution was good for all our patients.

Conclusion:

Perineal endometriosis remains an uncommon pathology, the diagnosis of which is usually late. The specific symptomatology by cyclical perineal pain represents crucial elements to evoke the diagnosis. The treatment is surgical with a good evolution.

الملخص

العنوان: الانتباز البطني الرحمي العجاني بصدد أربع حالات

المؤلف: التوزي حمزة

الكلمات المفتاحية: الانتباز البطني الرحمي – الانتباز البطني الرحمي العجاني – الجراحة-ندبة بضع الفرج .

المقدمة:

يعرف الانتباز البطني الرحمي بوجود نسيج بطانة الرحم في موضع مغاير خارج جوف الرحم، ويعد التموضع العجاني نادرا جدا ينتج خاصة عن ندبة بضع الفرج، كما يمكن أن يكون أوليا خارج أي جراحة.

الأهداف:

تهدف دراستنا إلى مناقشة إمرضية وتردد وعوامل خطر المرض، وتحديد أشكاله السريرية، والتأكيد على مكانة الاستقصاءات اللاسريرية، ومناقشة مختلق الأنماط العلاجية.

الوسائل والمنهجيات:

نقترح دراسة استعادية حول أربع نساء يعانين من انتباز بطني رحمي عجاني جمعت بمصلحة أمراض النساء والتوليد بالمستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس بالرباط خلال مدة تمتد من يناير 2009 إلى دجنبر 2017.

النتائج والمناقشة:

يتعلق الأمر بأربع نساء تراوحت أعمارهن بين 28 و 37 سنة: بركرية (حامل للمرة الأولى بجنين حي) ومتكررتي الولادة وعديمة الولادة، كان لاثنتين سوابق وضع طبيعي مساعد ببضع الفرج. تمثلت العلامات السريرية بعقيدة فرجية مصاحبة بالآلام عجانية دورية. لجأنا للفحص بالصدى عند 75% من المريضات، بينما كشف الرنين المغناطيسي عند واحدة عقيدة انتبازية عجانية متغايرة الشكل يبلغ بعديها 27/17 ملمتر مكونة من ندبة ليفية وبقع نزف مزمن. تم التكفل بجميع المريضات عن طريق الجراحة، ولقد استفادت واحدة منهن بعلاج كابح تال للجراحة (مضاهي الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية) لمدة ستة أشهر، ولقد كان التطور جيدا عند جميع المريضات.

الخلاصة:

يظل الانتباز البطني الرحمي العجاني اعتلالا نادر التردد حيث لا يُشخص إلا متأخرا. يمثل الألم العجاني الدوري عنصرا هاما لاستحضار التشخيص. يظهر العلاج الجراحي نتائج جيدة.



Bibliographie

- [1] **P .Atienza** .Prise en charge des endométrioses complexes, l'endométriose anopérinéale. JTA - 2005
- [2] **AUDEBERT AJM.** Endométriose. J. Gynécologie Paris Flammarion (1990) ; 435-458.
- [3] **Zhu Lan, Lang Jinghe & Wang Hanbi, et al..** Presentation and management of perineal endometriosis. Int J Gynaecol Obstet 2009; 105: 230-232.
- [4] **Juaqing Li, Yifu Shi, Juan Lin.** Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015
- [5] **Mahmood TA, Templeton A.** Prevalence and genesis of endometriosis.
Hum Reprod 1991 ; 6(4):544–9.
- [6] **Lu, P.Y. and S.J. Ory,** Endometriosis: current management. Mayo Clin Proc, 1995; 70(5): p. 453-63.
- [7] **Koninckx PR,** et al. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. Fertil Steril 1991; 55(4):759–65.
- [8] **Koninckx PR.** Biases in the endometriosis literature. Illustrated by 20 years of endometriosis research in Leuven. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998 ; 81(2):259–71.
- [9] **AFSSAPS.** Les traitements médicamenteux de l'endométriose génitale : Argumentaire. 2005.

- [10] **Fallon, J. and B. JT**, *Endometriosis*. New England Journal of Medicine, 2010; 235(19): p. 669-673.
- [11] **Cates W, Farley TMM, Rowe KJ**. Worldwide pattern of infertility: is Africa different? *Lancet* 1985 ; 596-598.
- [12] **Houston DE, Noller KL, Melton J**, Incidence of pelvic endometriosis in Rochester, Minnesota. *Am J Epidemiol* 1987; 125:959-969
- [13] **Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Painter R**. Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics. *Br Med J* 1993; 306:182-184.
- [14] **Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S**. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Hum Reprod* 1996 ; 11 :878-880
- [15] **CHAPRON C et al**. Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*, 2009; 92: 453-7.
- [16] **Chapron C, Bourret A, Chopin N, et al**. Surgery for bladder endometriosis: long-term results and concomitant management of associated posterior deep lesions. *Hum. Reprod.* 2010 avr; 25(4):884–9.
- [17] **Chapron C, Pansini V, Fauconnier A, Barakat H, et al**. Routine clinical examination is not sufficient for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002 mai ; 9(2):115–9.

- [18] **Fauconnier A, Fritel X, Chapron C.** [Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009 janv ; 37(1):57–69.
- [19] **M. Piketty et al.** Endométriose vésicale et infertilité : Modalités de prise en charge diagnostique et thérapeutique/ *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 36 (2008) 914 913–919
- [20] **Somigliana E, M. Infantino, M. Candiani, M. Vignali.** Association rate between deep peritoneal endometriosis and other forms of the disease: pathogenetic implications. *Hum. Reprod* (2004);19: 168-171.
- [21] **V. Veillat, A. Akoum.** Thèse : Régulation et mécanisme d'action du facteur inhibiteur de la migration des macrophages (MIF) dans l'endométriose 2010. Faculté de médecine. Université LAVAL. Québec
- [22] **Liu DT, Hitchcock A.** Endometriosis: its association with retrograde menstruation, dysmenorrhoea and tubal pathology. *Br J Obstet Gynaecol* 1986 ; 93:859–62.
- [23] **A. AUDEBERT.** L'ENDOMETRIOSE DE L'ADOLESCENTE. *EndoFrance – www.endofrance.org.* Novembre 2002.
- [24] **D. Hooghe TM, Debrock S, Meuleman C, Hill JA, Mwenda JM.** Future directions in endometriosis research. *Obstet Gynecol North Am* 2003 ; 30:221-44.
- [25] **Liang C-C, Tsai C-C, Chen T-C, Song Y-K.** Management of peritoneal endometriosis. *Int J of Gynecology and Obstetrics.* 1996; 53:261–265.

- [26] **Zhu L, Lang J, Wang H, Liu Z, Cui Q, Wong F** Presentation and management of perineal endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* (2009);105:230–232
- [27] **Watanabe M, Kamiyama G, Yamazaki K, Hiratsuka K, Takata M, Tsunoda A, et al.** Anal endosonography in the diagnosis and management of perineal endometriosis: report of a case. *Surg Today* 2003; 33(8):630–2.
- [28] **DE BRUX J.** Histologie gynécologique. *Prat. Méd* 33 (1985) ; 35-37.
- [29] **Chapron C, Boucher E, Fauconier A, Vieira M, Dubuisson JB.** Anatomopathological lesions of bladder endometriosis are heterogeneous. *Fertil Steril* 2002 ; 78:740–2.
- [30] **Chrobak A, Soza'nski R, Jerzak M.** Ectopic and eutopic stromal endometriotic cells have a damaged ceramide signaling pathway to apoptosis. *Fertil Steril* 2008 [in press].
- [31] **May K, Becker CM. Endometriosis and angiogenesis. Minerva Ginecol**
- [32] **Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA.** Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003 ; 185:596-8
- [33] **Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L.** Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;90:218-22
- [34] **Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, et al.** L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale. *Ann Chir* 2002 ; 127:65-756

- [35] **Vincent LM, Mittelstrad ET CA.** Sonographic demonstration of endometrioma arising in a cesarean section scar. *J Ultrasound med* 1985 ; 4 ; 437-8 3
- [36] **Ferrari BT, Shollenbarger DR** Abdominal wall endometriosis following hypertonic saline abortion. *Jama* 1977; 238; 56-57.
- [37] **Micowitz M; Baraty ; Slavonosky.** Endometriosis of the umbilicus *Dermatological*, 1983,167;326-330
- [38] **Lamb GM, Jode MG, Gould SW, et al.** *BR J Radiol* (2000) ;73 ;152-5
- [39] **Steck WD, Helwig EB .** Cutaneous Endometriosis. *Clin Obstet gynecol* 1966 ; 9:373-83
- [40] **Luisi S, Lazzeri L, Ciani V, Petraglia F. Endometriosis in Italy:** from cost estimates to new medical treatment. *Gynecol. Endocrinol.* 2009; 25(11):734–40.
- [41] **Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, Greb R, et al.** ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum. Reprod.* 2005 oct;20(10):2698–704
- [42] **Panel P, Renouvel F.** [Management of endometriosis: clinical and biological assessment]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007 avr ; 36(2):119–28.
- [43] **Brosens IA, Puttemans PJ, Deprest J.** The endoscopic localization of endometrial implants in the ovarian chocolate cyst. *Fertil. Steril.* 1994 juin ; 61(6):1034–8.

- [44] **Fauconnier A, Fritel X, Chapron C.** [Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009 janv ; 37(1):57–69.
- [45] **Perper MM, Goldstein H, Nezhat C.** Dysmenorrhea is related to the number of implants in endometriosis patients. *Fertil. Steril.* 1995 mars;63(3):500–3
- [46] **Vercellini P, Parazzini F, Crosignani PG.** Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil. Steril.* 1996 ; 38(2) :102-106
- [47] **Bazot M, Thomassin-Naggara I, Daraï E.** Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. *Fertil. Steril.* 2009 déc;92(6):1825–33.
- [48] **J Belaisch; A Audebert; I-A Brosens; M Canis.** *L'Endométrie, précis de gynécologieobstétrique.* 2e éd. Masson ; 2003.
- [49] **Nasir L, Bope ET.** Management of pelvic pain from dysmenorrhea or endometriosis. *J Am Board Fam Pract.* 2004 déc ; 17 Suppl : S43–47.
- [50] **Muzii L, Marana R, Mancuso S.** Correlation between endometriosis-associated dysmenorrhea and the presence of typical or atypical lesions. *Fertil. Steril.* 1997 juill; 68(1):19–22.
- [51] **Roman H, al.** Digestive symptoms in women presenting with pelvic endometriosis and their low specificity for the localisation of the lesions: a preliminary prospective study. Hollywood, FL, USA; 2011.

- [52] **Roman H, al.** Hollywood, FL, USA; 2011. Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases
- [53] **Na Chen, Lan Zhu, Zhufeng Liu, Dawei Sun,** The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases *Human Reproduction*,(2012); Vol.27, No.6 pp. 1624–1627.
- [54] **Fourquet J, Gao X, Zavala D, et al.** Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil. Steril.* 2010 mai 1;93(7):2424–8
- [55] **Ozkan S, Murk W, Arici A.** Endometriosis and infertility: epidemiology and evidencebased treatments. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2008 avr ; 1127:92–100.
- [56] **Fauconnier A, Chapron C, Dousset B, Bréart G.** Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil. Steril.* 2002 oct; 78(4):719–26.
- [57] **Chapron C, Dubuisson J-B, Fauconnier A.** Presurgical diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis based on a standardized questionnaire. *Hum. Reprod.* 2005 févr; 20(2):507–13.
- [58] **Roman H, Leroi AM, Marpeau L, et al.** Surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum: pleading for a symptom-guided approach. *Hum. Reprod.* 2011 févr;26(2):274–81
- [59] **Issa B, Onon TS, Hamdy S, et al.** Visceral hypersensitivity in endometriosis: a new target for treatment? *Gut.* 2012 mars; 61(3):367–72.

- [60] **Chapron C, Bourret A, Chopin N, et al.** Surgery for bladder endometriosis: long-term results and concomitant management of associated posterior deep lesions. *Hum. Reprod.* 2010 avr ; 25(4):884–9.
- [61] **Mahmood TA, Templeton AA, Fraser C.** Menstrual symptoms in women with pelvic endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol.* 1991 juin;98(6):558–63.
- [62] **Denny E.** Women’s experience of endometriosis. *J Adv Nurs.* 2004 juin ; 46(6):641–8.
- [63] **Fagervold B, Jenssen M, Moen MH.** Life after a diagnosis with endometriosis - a 15 years follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010 mai
- [64] **Possover M, Chiantera V.** Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve: a report of three patients. *Fertil. Steril.* 2007 févr ; 87(2):417.e17–19.
- [65] **Channabasavaiah AD, Joseph JV.** Thoracic endometriosis: revisiting the association between clinical presentation and thoracic pathology based on thoracoscopic findings in 110 patients. *Medicine (Baltimore).* 2010 mai ; 89(3):183–8.
- [66] **Mao AJ, Anastasi JK.** Diagnosis and management of endometriosis: the role of the advanced practice nurse in primary care. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010 févr ; 22(2):109–16.

- [67] **Chapron C, Pansini V, Fauconnier A, et al.** Routine clinical examination is not sufficient for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002 mai ; 9(2):115–9.
- [68] **Gordon PH, Schottler JL, Balcos EG, et al.** Perianal endométrioma: report of five cases. *Dis Colon Rectum.* 1976; 19:260–5.
- [69] **Cheng DL, Heller DS, Oh C.** Endometriosis of the perineum: report of two new cases and a review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1991;42(1):81–84.
- [70] **M.Canis, A. Fauconnier.** recommandations pour la pratique clinique : prise en charge de l'endométriose. CNGOF (collège National des gynécologues obstétriciens français); 2006.
- [71] **Kennedy S, Bergqvist A, et al.** ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum. Reprod.* 2005 oct; 20(10):2698–704.
- [72] **Maubon A, Bazot M.** [Endometriosis imaging]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2007 avr ; 36(2):129–34.
- [73] **Robert Akbari, Deborah E, Philip Caushaj.** Occult perineal endometriosis and the use of transanal ultrasound. *AJG.* 2002;(Suppl 9):s151
- [74] **Shing et Al . Endometriotic Foci in Bartholin's Cyst** *JOURNAL OF GYNECOLOGIC SURGERY* Volume 33, Number 3, 2017
- [75] **Takahashi K, Okada M, Imaoka I, Sugimura K.** Studies on the detection of small endometrial implants by magnetic resonance imaging using a fat saturation technique. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1996;41(3):203–6.

- [76] **Kennedy S, Hadfield R, Laird E, Golding S.** Use of MRI in genetic studies of endometriosis. *Am. J. Med. Genet.* 1997 août 22;71(3):371–2.
- [77] **Togashi K, Nishimura K, Shibata T, et al.** Endometrial cysts: diagnosis with MR imaging. *Radiology.* 1991 juill; 180(1):73–8.
- [78] **Bazot M, Darai E, Uzan S, et al.** Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology.* (2004) août; 232(2):379–89.
- [79] **Fedele L, Piazzola E, Raffaelli R, Bianchi S.** Bladder endometriosis: deep infiltrating endometriosis or adenomyosis, *Fertil. Steril.* 1998 mai; 69(5):972–5.
- [80] **Robert Y, Launay S, Mestdagh P.** IRM en gynécologie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002 ; 31(5):417–439.
- [81] **Vassilieff M, Suaud O, Collet-Savoie C, Da Costa, et al.** [Computed tomography-based virtual colonoscopy: an examination useful for the choice of the surgical management of colorectal endometriosis]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2011 juin;39(6):339–45.
- [82] **Walter AJ, Hentz JG, Magrina JF.** Endometriosis: correlation between histologic and visual findings at laparoscopy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2001 juin ; 184(7):1407–1411.
- [83] **Martin DC, Hubert GD, el-Zeky FA.** Laparoscopic appearances of peritoneal endometriosis. *Fertil. Steril.* 1989 janv ; 51(1):63–7.

- [84] **Marjoribanks J, Proctor M, Derks RS.** Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 ;(1):CD001751.
- [85] **Roman H.** [Guidelines for the management of painful endometriosis]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2007 avr ; 36(2):141–50.
- [86] **Milsom I, Sundell G, Andersch B.** The influence of different combined oral contraceptives on the prevalence and severity of dysmenorrhea. *Contraception.* 1990 nov ; 42(5):497–506.
- [87] **Vercellini P, Trespidi L, Colombo A, Crosignani PG.** A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil. Steril.* 1993 juill ; 60(1):75–9.
- [88] **Vercellini P, Frontino G, Pasin R, Crosignani PG.** Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil. Steril.* 2003 sept ; 80(3):560–3.
- [89] **Prentice A, Deary AJ, Bland E.** Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000 ;(2):CD002122.
- [90] **Cundy T, Cornish J, Roberts H, Reid IR.** Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ.* 1994 janv 22 ; 308(6923):247–8.

- [91] **Ponpuckdee J, Taneepanichskul S.** The effects of implanon in the symptomatic treatment of endometriosis. *J Med Assoc Thai.* 2005 oct ; 88 Suppl 2:S7–10.
- [92] **Lockhat FB, Emembolu JO, Konje JC.** The evaluation of the effectiveness of an intrauterine-administered progestogen (levonorgestrel) in the symptomatic treatment of endometriosis and in the staging of the disease. *Hum. Reprod.* 2004 janv ; 19(1):179–84.
- [93] **Vercellini P, Zaina B, Crosignani PG.** Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study. *Fertil. Steril.* 2003 août ; 80(2):305–9.
- [94] **Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A.** Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 ;(4):CD000068.
- [95] **Bergqvist A, Bergh T, Hogström L, Rasmussen C.** Effects of triptorelin versus placebo on the symptoms of endometriosis. *Fertil. Steril.* 1998 avr;69(4):702–8.
- [96] **Hornstein MD, Surrey ES, Casino LA.** Leuprolide acetate depot and hormonal add-back in endometriosis: a 12-month study. *Lupron Add-Back Study Group. Obstet Gynecol.* 1998 janv ; 91(1):16–24.
- [97] **Sagsveen M, Farmer JE, Prentice A, Breeze A.** Gonadotrophin-releasing hormone analogues for endometriosis: bone mineral density. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003 ;(4):CD001297.

- [98] **Vercellini P, Crosignani PG, Belloni C, Sismondi P.** A gonadotrophin-releasing hormone agonist compared with expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999 juill; 106(7):672–7.
- [99] **Hughes E, Brown J, Fedorkow DM, Vandekerckhove P.** Ovulation suppression for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 ;(3):CD000155.
- [100] **E Daraï, C Azoulay, Dr JF Becker, G Rostoker.** recommandations de bonne pratique : les traitements médicamenteux de l'endométriose génitale. AFSSAPS ; 2005.
- [101] **Rakotomalala L, De Parades V, Parisot C.** Ano-perineal endometriosis with external sphincter involvement: a rare disorder. *Gastroenterol Clin Biol.* 1998 ; 22(4):476–7.
- [102] **Watanabe M, Kaliyama G, Yamazaki K, et al.** Anal endosonography in the diagnosis and management of perianal endometriosis: report of a case. *Surg Today.* 2003;33(8):630–2.
- [103] **P. Atienza ;** Prise en charge des endométrioses complexes. L'endométriose de localisations anopérinéales ; 2005 http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1012
- [104] **Kanellos I, Zaraboukas T, Betsis D:** Perineal endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement. *Tech Coloproctol.* 2001;5(2):107-8.

- [105] **Watanabe M, Kaliyama G, Kusano M:** Anal endosonography in the diagnosis and management of perianal endometriosis: report of a case. *Surg Today*. 2003; 33(8):630-2.
- [106] **Rakotomalala L, De Parades V, Hofmann-Guilaine C, :** Ano-perineal endometriosis with external sphincter involvement: a rare disorder. *Gastroenterol Clin Biol*. 1998; 22(4):476-7.
- [107] **Dougherty LS, Hull T :** Perineal endometriosis with anal sphincter involvement: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2000 ; 43(8):1157-60.
- [108] **Prentice A,** Endometriosis .Clinical review. *BMJ* (2001) ; 32:93-5.
- [109] **GALLARD F., COMBY F., DESMOULIÈRE A.** Quelle prise en charge pour l'endométriose ? *Actualités pharmaceutiques* septembre 2014 ;20 • n° 538 •
- [110] **Chene G, Darcha C, Dechelotte P, Canis M** Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*(2007) 17:709–714
- [111] **Jones G, Jenkinson C, Kennedy S.** The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004 juin ; 25(2):123–33.
- [112] **Denny E.** Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs*. 2004 juin ; 46(6):641–8.
- [113] **Fagervold B, Jenssen M, Moen MH.** Life after a diagnosis with endometriosis - a 15 years follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 mai

- [114] **Audebert A.** [Endometriosis coaching]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2006 avr ; 34(4):329–36.
- [115] **Ballweg ML.** Impact of endometriosis on women’s health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004 avr; 18(2):201–18.
- [116] **Coşkun ÜMİT1, Mahmut Kuntay KOKANALI1** Spontaneous Vulvar Endometriosis: Report of A Case. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2014;20:119-121
- [117] **T. Toyonaga, M. Matsushima & Y.Tanaka, et al.** Endoanal ultrasonography in the diagnosis and operative management of perianal endometriosis: report of two cases. *Tech Coloproctol, Vol.10, (2006), pp. 357-360.*
- [118] **ENDOMETRIOSE PERINEALE PROFONDE SUR CICATRICE D’EPISIOTOMIE : A PROPOS D’UN CAS DIAGNOSTIQUE PAR IRM** Service de gynécologie obstétrique « A » Centre de maternité et de néonatalogie. Service de Radiologie Institut National M T Kassab d’orthopédie. Tunis. Tunisie
- [119] **Mustafa Demir1, Askin Yildiz1, Irfan Ocal2,** Endometriosis in episiotomy scar: a case report. *J Cases Obstet Gynecol,* 2014;1(1):8-10
- [120] **M.A.Bigard,** La Lettre de l’Hépatogastroentérologue 1999 - n° 6 - vol. II
- [121] **Campaner AB, Fernandes GL, Cardoso FA,** Vulvar melanoma: relevant aspects in therapeutic management.. 2017 May-Jun; 92(3):398-400.
- [122] **L’abcès anale par Francois Pigot.**
<https://www.snfcg.org/informations-maladies/fistules-anales-suppurations/drainage-dun-abces-anal-suites-operatoires/#content>

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
 - < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
 - < وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جا علاصحة مريض هدي في الأول .
 - < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
 - < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
 - < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
 - < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
 - < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
 - < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
 - < بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بالله .
- والله على ما أقول شهيد .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإنتداب البطاني الرحمي العجاني

بصدد أربع حالات

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيد: حمزة التوزي

المزاد في: 20 مارس 1993 بالدار البيضاء

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الإنتداب البطاني - الإنتداب البطاني الرحمي العجاني - الجراحة - ندبة بضع الفرج - غدة بورتولين.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: سيف الدين الكندري

أستاذ في الجراحة العامة

مشرف

السيد: جواد الكواش

أستاذ في طب النساء والتوليد

أعضاء

السيد: أحمد بونعيم

أستاذ في الجراحة العامة

السيدة: نجاة لمعلمي

أستاذة في علم التشريح الدقيق