

## Endométriose, une maladie trop souvent ignorée ?

**Règles douloureuses et abondantes, crampes pelviennes voire abdominales ou lombaires, fatigue... l'endométriose est l'une des maladies gynécologiques les plus mystérieuses, mais également les plus mal diagnostiquées. Origine, symptômes... Doctissimo fait le point.**

Près d'une femme sur dix concernée, dix ans entre les premières douleurs et le diagnostic, une cause encore mystérieuse... L'endométriose est une maladie gynécologique exceptionnelle à plus d'un titre.

### Une muqueuse baladeuse

Chez les femmes atteintes d'endométriose, le tissu recouvrant la cavité utérine (l'endomètre) se développe dans d'autres parties de la cavité abdominale. Il peut ainsi s'attacher sur le col utérin, les trompes, les ligaments, les ovaires, le péritoine, le vagin, la vulve... Parfois même, cette muqueuse se retrouve sur des organes non génitaux : vessie, cæcum, appendice, côlon, sigmoïde, intestins...

Ces bouts de muqueuse suivent le rythme hormonal comme s'ils se trouvaient dans l'utérus. Ainsi à la fin du cycle, les lésions d'endométrioses se congestionnent et saignent durant les règles. Mais à l'inverse des menstruations évacuées du corps, le sang du tissu "égaré" n'a pas d'issue. Les tissus proche des lésions sont ainsi enflés et douloureux, irrités par les saignements.

### Une maladie mystérieuse et fréquente

Ce trouble apparaît aujourd'hui comme une des maladies gynécologiques les plus méconnues et malgré de nombreuses hypothèses, ses causes restent à déterminer. Portant sur près de 4 000 femmes, une étude américaine<sup>1</sup> a permis d'établir que les membres d'une famille d'une femme atteinte d'endométriose sont plus souvent victimes de la même maladie. Mais la cause exacte reste mystérieuse, on dispose tout au plus d'hypothèses :

- **La métaplasie** : phénomène durant lequel un tissu se transformerait en un autre tissu. Dans le cas de l'endométriose, le tissu péritonéal se transformerait en tissu de l'endomètre à cause de facteurs qui reste à déterminer (hormones, etc.) ;
- **La transplantation de cellules endométriales** dans des régions dont elles devraient être absentes. Ce transport pourrait se faire via les voies lymphatiques, vasculaires, tubaires ou suite à un acte chirurgical gynécologique (curetage, césarienne, épisiotomie).

Quelle est la fréquence de l'endométriose ? Spécialiste du département gynécologie-obstétrique de Clermont-Ferrand, le Dr Canis déclare : "La littérature scientifique regorge ainsi d'études aux résultats très divers. On peut vraisemblablement dire qu'environ 5 % des femmes en âge d'avoir un enfant pourraient être atteintes d'endométriose. Selon les recherches, cette proportion pourrait atteindre 20 à 40 % chez les femmes stériles, 40 à 50 % chez les femmes souffrant de douleurs pelviennes... Mais plus souvent, la fourchette varie entre 5 à 60 %. On peut par ailleurs soupçonner un sous-diagnostic de cette maladie".

Soupçon confirmé par Delphine Ludzay, présidente d'Endofrance, l'association française de lutte contre l'endométriose qui déclare que "Cette méconnaissance de la maladie est très certainement à l'origine d'une sous-évaluation du nombre de cas".

### Des symptômes très variés

Cette maladie peut être à l'origine d'infertilité ou de douleurs pelviennes. Bien que quelques malades ne ressentent aucun symptôme, la plupart se plaignent de :

- Règles douloureuses et abondantes, surtout vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour du cycle. Les cycles peuvent également être perturbés ;
- Symptôme le plus souvent rencontré, la douleur peut varier dans sa date, sa durée et son apparition par rapport aux règles et même sa localisation : pelvis, abdomen, lombaires, etc. ;
- Des douleurs pendant les rapports sexuels ;
- L'apparition de kystes ;
- Une infertilité rencontrée chez 30 à 40 % des malades. L'endométriose serait ainsi l'une des causes les plus fréquentes de stérilité ;

- D'intenses crises de fatigue, de douleurs en urinant pendant les règles, de ballonnements douloureux pendant les règles, ainsi que de troubles gastro-intestinaux comme des diarrhées, constipation, nausées...

Delphine Ludzay témoigne de cette douleur physique et morale auxquelles sont confrontées les malades. Son association soutient les malades et leur entourage et tente d'informer le grand public et les professionnels sur cette maladie trop souvent ignorée. Ainsi, une étude portugaise a récemment confirmé le très grand nombre de malades victimes de symptômes dépressifs et la nécessité d'un soutien psychologique<sup>2</sup>.

A ce sujet, le Dr Canis souligne "Attention à ne pas attribuer trop précocement l'étiquette "endométriose" à des patientes déboussolées par l'annonce d'une maladie dont certains praticiens dresse un tableau trop dramatique. J'aimerais insister sur ce point, il ne faut affoler les patientes par notre ignorance. Encore aujourd'hui, des femmes entendent que cette maladie va les rendre stériles, qu'elles vont souffrir continuellement et que les récurrences sont automatiques... Cette description est fautive et nuit concrètement à la qualité de vie des patientes. Nous disposons aujourd'hui de traitements (hormonaux et chirurgicaux) qui permettent de prendre en charge efficacement la majorité des endométrioses".

#### **Dix ans avant d'être diagnostiquées !**

Dans le cadre de la vaste étude organisée par l'association américaine contre l'endométriose<sup>1</sup>, 99 % souffraient de douleurs pelviennes depuis environ 10 ans avant d'être diagnostiquées.

"Cette situation n'est pas propre aux Etats-Unis. Le délai très important entre les premières douleurs et le diagnostic est une réalité rapportée par l'ensemble de nos adhérentes. La plupart des femmes rapportent que leurs douleurs sont apparues rapidement après leurs premières règles, mais qu'il y a fallu attendre entre six et dix ans avant d'en connaître l'origine" précise Delphine Ludzay.

Les chercheurs ne savent toujours pas aujourd'hui si l'endométriose se produit lors des premières règles ou se développe sur le long terme. De la même manière, ils ignorent aujourd'hui si le traitement précoce des douleurs peut prévenir l'apparition de douleurs pelviennes chroniques chez ces femmes. Autant de zones d'ombre qui doivent inciter les médecins à suspecter une endométriose face à des douleurs pelviennes - en particulier chez les adolescentes.

David Bême

1 - Human Reproduction, October 2002, vol.17, n°10, pp.2715-2724

2 - Rev Assoc Med Bras 2002 Jul-Sep;48(3):217-221

### **Le point sur l'endométriose (Interview du Dr Jean Belaisch)**

**L'endométriose est l'une des maladies gynécologiques les plus fréquentes. Règles trop abondantes, douleurs pelviennes, infertilité... ses symptômes sont variés. Pour mieux comprendre cette maladie, nous avons interrogé le Dr Jean Belaisch, gynécologue et endocrinologue. Président du groupe d'étude de l'endométriose, il est également l'auteur d'un livre sur le sujet.**

**Doctissimo : Quelle proportion de femmes est atteinte d'endométriose ?**

**Dr Jean Belaisch :** Si la question est simple, la réponse est beaucoup plus difficile. Aujourd'hui, on ne dispose d'aucune possibilité d'y répondre. Les seuls moyens de diagnostiquer une endométriose sont la cœlioscopie<sup>1</sup> ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Tant que des marqueurs sanguins spécifiques ne seront pas établis, des études sur un grand nombre de femmes ne seront pas possibles et je ne pourrai apporter de réponse à votre question. Tout au plus, peut-on dire que la proportion est plus importante chez les femmes souffrant d'infertilité et de douleurs pelviennes.

**Doctissimo : Vous semblez sous-entendre que l'endométriose n'est pas toujours pathologique ?**

**Dr Jean Belaisch :** Tout à fait, c'est pourquoi avec le Pr. Madelenat, nous avons tenu à distinguer deux types d'endométrioses :

- Les "vraies" qui ont des retombées symptomatiques, sont souvent étendues et posent problème ;
- Les "subtiles", qui sont souvent asymptomatiques et peu évoluées sur le plan lésionnel. Certains les considèrent comme un phénomène physiologique naturel.

La détection de ces dernières repose plus sur la dextérité et "l'envie" du praticien que sur le diagnostic d'un véritable état pathologique.

**Doctissimo : Quelle est l'origine de cette maladie ?**

**Dr Jean Belaisch :** Chez les femmes atteintes d'endométriose, le tissu recouvrant la cavité utérine (l'endomètre) se développe dans d'autres organes. On peut distinguer les endométrioses internes ou adénomyoses utérines (où les cellules endométriales ont migré à l'intérieur du muscle utérin lui-même) et les endométrioses externes.

La cause de cette maladie reste aujourd'hui inconnue, mais on dispose de plusieurs hypothèses, parmi lesquelles :

- Le reflux menstruel rétrograde constitue le reflux de sang par les trompes dans la cavité abdominale lors des règles. Ce phénomène entraînerait des fragments d'endomètre qui s'implanteraient alors à l'extérieur de l'utérus ;
- **La métaplasie** : phénomène durant lequel le tissu péritonéal (qui tapisse la cavité abdominale et les viscères qu'elle contient) se transformerait en tissu de l'endomètre à cause de facteurs qui restent à déterminer (hormones, etc.) ;
- **La transplantation de cellules endométriales** dans des régions dont elles devraient être absentes. Ce transport pourrait se faire via les voies lymphatiques, vasculaires, tubaires ou suite à un acte chirurgical gynécologique (curetage, césarienne, épisiotomie).

#### **Doctissimo : Existe-t-il des facteurs de risque propres à l'endométriose ?**

**Dr Jean Belaisch** : L'hypothèse la plus souvent admise est celle du reflux menstruel rétrograde. Mais la plupart des femmes (près de 90 %) sont victimes de ce phénomène sans pour autant développer d'endométriose. Les chercheurs travaillent à déterminer pourquoi seules certaines femmes en souffrent. Selon eux, il existerait des cellules de l'immunité qui nettoieraient la cavité péritonéale. Mais chez certaines, ces "éboueurs naturels" seraient "débordés" par trop de cellules de l'endomètre à éliminer. Les facteurs de risques seraient ainsi multiples :

- Un col trop fermé ou rétréci ou trop étroit du fait de malformations congénitales. Ces phénomènes entraînant un reflux plus important ;
- Une déficience du système immunitaire génétique ou environnementale ;
- Une prédisposition génétique. Les études font généralement état d'un risque 14 fois supérieur si la sœur ou la mère sont atteintes d'endométriose. Cependant, une fois que la maladie est connue dans la famille, le dépistage est plus important, ainsi ces chiffres restent sujets à caution ;
- Une coagulation du col ou un tampon trop obturant ;
- Des règles trop abondantes.

L'action des œstrogènes sur le développement de l'endomètre a également permis de suspecter des liens entre l'endométriose et d'autres maladies liées à ces hormones, comme le cancer du sein. Mais à ce jour, ce lien est difficile à établir.

#### **Doctissimo : Comment établit-on aujourd'hui le diagnostic de cette maladie ?**

**Dr Jean Belaisch** : Bien que la coelioscopie ou laparoscopie<sup>1</sup> soit le seul outil permettant un diagnostic à 100 %, l'interrogatoire, l'examen clinique<sup>2</sup>, l'échographie (en période menstruelle lorsque les lésions sont gonflées) et l'IRM ne doivent pas être négligés. Ainsi, un ami chirurgien en confirmant à chaque fois mes fortes présomptions établies après examen et éventuellement après échographie, soulignait l'utilité de ce diagnostic clinique. Ce qu'il faut retenir également, c'est qu'il n'est pas normal que certaines femmes subissent 3 à 10 coelioscopies simplement pour réaliser un bilan.

#### **Doctissimo : Quels sont les grands types de traitements ?**

**Dr Jean Belaisch** : Face à l'endométriose, on peut distinguer deux grands types de traitements : hormonal et chirurgical. Ils peuvent être complémentaires. N'étant pas chirurgien, je me limiterai au premier. Le but est de réduire le taux d'estrogènes et ainsi empêcher les femmes de saigner. Car comme le précisait le Pr. Ivo Brossens, "l'endométriose n'est une maladie que parce que les lésions saignent". On dispose pour cela de plusieurs médicaments capables de bloquer la production d'estrogènes (certains contraceptifs oraux, des antigonadotrophines comme le danazol, des hormones progestatives, des analogues de la synthèse de Gn-RH et des inhibiteurs d'aromatase).

#### **Doctissimo : Comment se fait le choix du traitement ?**

**Dr Jean Belaisch** : Ces médicaments sont d'une très grande efficacité, dès lors que la patiente et le médecin les choisissent ensemble. Tenir compte de ses aspirations et ses choix permet d'améliorer son adhésion au traitement. Ce point est capital car pour suivre la prescription pendant plusieurs années, la patiente devra faire preuve d'une véritable opiniâtreté.

De son côté, le médecin devra accepter de modifier le traitement si ce dernier perd de son efficacité. Enfin, il ne faut pas négliger l'aspect psychologique. Le soutien d'un professionnel peut s'avérer utile. Face à cette maladie aux multiples facettes, une approche multidisciplinaire (médicale, chirurgicale et psychothérapeutique) est très certainement la plus efficace.

## **Doctissimo : Quelle est la fréquence des récurrences et comment les éviter ?**

**Dr Jean Belaisch** : Pour les raisons évoquées précédemment, il est bien difficile de pouvoir avancer un chiffre. Certaines femmes peuvent demander à être de nouveau soignées pour des douleurs pelviennes sans que cela ne soit dû à une endométriose. Mais on peut cependant insister sur le fait de ne pas interrompre un traitement qui marche tant que la femme ne désire pas d'enfant. Trop souvent, les femmes se lassent et abandonnent le traitement, ce qui augmente alors les risques de récurrences.

Propos recueillis par David Bême, le 14 octobre 2002

1 - La coelioscopie se fait grâce à un petit tube ou laparoscope. Il est introduit au niveau du nombril et permet d'explorer les organes, voire d'y effectuer des prélèvements d'éventuelles lésions. Cette intervention peut aujourd'hui être réalisée en anesthésie locale grâce à des appareils souples.  
2 - L'examen au spéculum permet de visualiser des lésions ou une déviation marquée du col de l'utérus. De plus, le toucher vaginal permettra également de détecter des anomalies s'il est assez profond et explore bien le cul de sac postérieur.

► **Des livres pour aller plus loin** 

"L'endométriose" coordonné par le Dr Jean Belaisch, Editions Masson ;  
(Gynécologie-Obs), prix : environ 45 Euros.

### **Endométriose : sortir la maladie de l'ombre**

**En mars 2000, une dizaine de femmes se rencontraient à Paris après avoir échangé pendant plusieurs mois de nombreux messages sur un forum. Tel était le premier épisode de la création d'EndoFrance, l'association française de lutte contre l'endométriose. Pour en savoir plus, nous avons interrogé Delphine Ludzay, sa présidente.**

## **Doctissimo : Quelles sont les missions de votre association ?**

**Delphine Ludzay** : EndoFrance a été créée en mars 2000, suite à la rencontre de plusieurs jeunes femmes atteintes de cette maladie. Nous travaillons à favoriser l'information sur ce trouble, à rompre l'isolement des patientes et de leur entourage et instaurer le dialogue avec les médecins. On sait très peu de choses sur cette maladie alors qu'elle touche 5 % des femmes en âge de procréer d'après les études scientifiques. Nous espérons pouvoir demain aider la recherche dans ce domaine.

## **Doctissimo : Quels sont vos principaux moyens de communication ?**

**Delphine Ludzay** : Principalement notre site internet [www.endofrance.org](http://www.endofrance.org), et une adresse postale : Association EndoFrance, 17 allée des Eguerêts, 95280 Jouy le Moutier. Les personnes intéressées peuvent adhérer, participer au forum, diffuser la plaquette et l'affiche auprès du corps médical, devenir un contact local ou témoigner sur le site. Nous mettons actuellement en place un comité scientifique et souhaitons participer à des congrès. Ce sera le cas lors des Journées organisées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Rappelons qu'en moyenne, une femme attendra entre six et dix ans avant d'être diagnostiquée.

## **Doctissimo : Quelles sont selon vous les causes de ce retard ?**

**Delphine Ludzay** : Plusieurs raisons permettent d'expliquer cette situation. Premièrement, la douleur féminine reste encore trop souvent ignorée. Ensuite, les médecins ne reçoivent aucune formation spécifique sur cette maladie et peu la connaissent et la suspectent devant des symptômes d'appel, alors qu'elle est très fréquente. Bien que seuls le prélèvement de lésions via coelioscopie et leur analyse permettent de diagnostiquer avec certitude l'endométriose, d'autres moyens existent (échographie, IRM...). Mais ils nécessitent des équipements et des "savoir-faire" qui restent trop rares.

## **Doctissimo : Pouvez-vous nous rappeler les origines de cette maladie ?**

**Delphine Ludzay** : La muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'utérus (l'endomètre) vient à se développer dans des régions où elle devrait être absente. Ainsi, on peut la retrouver sur les organes génitaux, mais aussi parfois entre

le vagin et le rectum, sur la vessie, les intestins... Au moment des règles, l'organisme ne parvient pas à éliminer ces "lésions" qui occasionnent des inflammations et des hémorragies.

### **Doctissimo : Quels sont les principaux symptômes ?**

**Delphine Ludzay** : Cette maladie affecte la vie des femmes de façons très différentes. Les dysménorrhées sont très fréquentes mais longtemps sous-estimées et soulagées par la contraception.

La maladie peut rester masquée pendant des années et n'être diagnostiquée qu'à la suite d'un bilan de fertilité. Les manifestations sont d'intensité variable : crampes menstruelles, douleurs lors des rapports sexuels, règles abondantes, saignements en dehors des règles, etc. De nombreux témoignages font état des douleurs physiques et morales liées à cette maladie. L'altération de la qualité de vie peut entraîner chez les victimes la survenue de symptômes dépressifs.

### **Doctissimo : Quels sont les traitements ?**

**Delphine Ludzay** : Tout d'abord, il convient de rappeler qu'aucun traitement ne permet de guérir totalement. Ainsi, la prise en charge vise à soulager la vie quotidienne des patientes et leur permettre d'avoir cet enfant qu'elles ont souvent tant de mal à concevoir. Un traitement hormonal permet de bloquer l'ovulation et d'obtenir ainsi, dans la plupart des cas, une amélioration temporaire de l'état de la patiente. Cette "ménopause" réversible dès l'arrêt du traitement empêche évidemment toute grossesse. On peut également intervenir chirurgicalement pour traiter ou retirer les foyers d'endométrioses. Malheureusement, les récurrences sont fréquentes et pour certaines, la persistance des douleurs importantes.

### **Doctissimo : Quels sont les recours face à ces crises douloureuses ?**

**Delphine Ludzay** : La douleur gynécologique est LE symptôme le plus explicite de l'endométriose. Des traitements anti-douleurs classiques et certains anti-inflammatoires peuvent être utilisés mais bien souvent, nos témoignages rapportent les limites de la médecine traditionnelle. Ainsi, l'ostéopathie et la kinésithérapie permettent de relâcher les tensions musculaires du périnée, des hanches, du ventre et du dos. Certains régimes alimentaires sous contrôle médical strict semblent également obtenir de bons résultats pour les troubles digestifs.

Propos recueillis par David Bême, le 11 octobre 2002

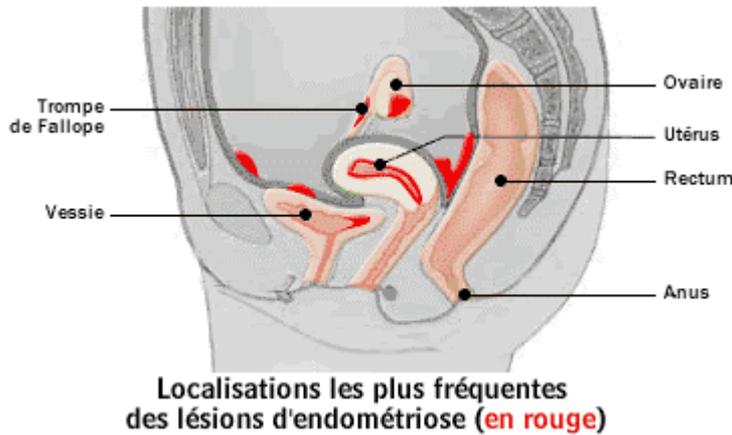
## **Du diagnostic au traitement**

**Stérilité, récurrences, douleurs persistantes... Le tableau de l'endométriose est dramatique et exagéré. Le Dr Canis du département de gynécologie-obstétrique du CHU de Clermont Ferrand tend à démystifier cette maladie. Diagnostic, traitement chirurgical, récurrences... Le point avec un spécialiste.**

Relativement fréquente, l'endométriose n'en reste pas moins très mystérieuse. Ainsi, beaucoup de mythes subsistent quant à son diagnostic, l'efficacité de son traitement et le taux de récurrences. Entouré de spécialistes, Doctissimo fait le point.

### **De la suspicion au diagnostic établi ?**

Douleurs pelviennes et lors des rapports sexuels, règles abondantes... Si vous souffrez de l'un des symptômes de l'endométriose, parlez-en à votre médecin. Après un entretien clinique et un examen gynécologique, il pourra plus précisément suspecter la maladie. Le Dr Canis précise "Le premier symptôme de l'endométriose reste la douleur. Si la femme se plaint de dysménorrhées (douleurs qui précèdent, accompagnent ou suivent les règles), le médecin ne doit pas la négliger. L'examen (spéculum et toucher vaginal) permet également de détecter des anomalies, s'il est bien exécuté. Je pense en particulier au toucher vaginal qui est trop souvent superficiel et n'explore pas la région dite du cul-de-sac de Douglas que l'on peut évaluer par la palpation du cul-de-sac vaginal postérieur. Cet examen peut permettre de repérer des nodules douloureux, une rétroversion utérine (malposition de l'utérus) ou un ovaire plus volumineux et douloureux".



D'autres examens pourront également l'aider à préciser son diagnostic :

- Une échographie pelvienne ou endovaginale permettra de localiser des kystes d'endométrioses hors de l'utérus ;
- Une hystérosalpingographie (radiographie de l'utérus et des trompes après injection d'un produit de contraste) permet éventuellement de rechercher des signes indirects de l'adénomyose (forme d'endométriose où les cellules endométriales ont migré à l'intérieur du muscle utérin lui même) ou permet d'évaluer les problèmes de perméabilité des trompes de l'utérus (qui peuvent être obstruées) ;
- Tout examen radiologique dans des localisations où l'on suspecte des lésions, comme dans les voies urinaires (urographie) ;
- L'imagerie par résonance magnétique (IRM) se révèle très fiable et même plus précis que l'échographie.

Selon le Dr Canis, "Ces techniques d'imagerie (échographie et IRM) permettent une localisation des kystes d'endométriose. Mais les résultats dépendent là-encore des talents de l'opérateur. S'il s'agit de kystes ovariens, la détection reste aisée mais s'il s'agit des lésions péritonéales ou des lésions infiltrant la région rectovaginale, cela devient plus difficile. Attention cependant, ces techniques ne peuvent repérer que des lésions supérieures à 5-10 mm".

- Seule une laparoscopie ou coelioscopie diagnostique (avec prélèvement et analyse d'éventuelles lésions) permettra de déterminer avec certitude s'il s'agit d'une endométriose. L'exploration des organes se fait via un petit tube ou laparoscope introduit au niveau du nombril, sous anesthésie locale. Sous anesthésie générale, le prélèvement d'échantillon pour examen au microscope permet de confirmer le diagnostic et de distinguer les lésions d'endométriose des kystes péritonéaux ou des angiomes.

Le dosage d'une glycoprotéine, le CA 125, a suscité des espoirs de diagnostic, mais selon le Dr Canis, "ce dosage n'est absolument pas spécifique de l'endométriose. Son utilité aujourd'hui n'est pas jugée utile pour ce diagnostic". Outre-Atlantique, le Métrio-test® mis au point par un laboratoire canadien semble constituer une alternative. Mais le Dr Canis préfère tempérer : "à ma connaissance, il n'a pas bénéficié d'évaluation autre que les tests initiaux de mise sur le marché et semble inclure un protocole assez lourd. Est-ce qu'il permet de détecter des endométrioses quand le médecin n'y pense pas ou conduit-il à des coelioscopies inutiles ? Des études sur large échantillon devront répondre à ces questions".

### **Le point sur les traitements**

On distingue deux grandes stratégies thérapeutiques :

- **Le traitement hormonal** consiste à bloquer l'ovulation, provoquant une ménopause temporaire artificielle accompagnée cependant d'effets secondaires (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale...). La diminution des menstruations va de concert avec une diminution des lésions d'endométriose. Les médicaments disponibles incluent certains contraceptifs oraux, les antigonadotrophines comme le danazol, les hormones progestatives et les analogues de la synthèse de Gn-RH et depuis peu, des inhibiteurs d'aromatase ;
- **Le traitement chirurgical** permet de retirer ou de détruire par électrocoagulation ou laser les implants d'endométriose. Cette intervention peut se faire par coelioscopie le même jour que la laparoscopie diagnostique (sans ouverture donc). Mais parfois, l'étendue des lésions nécessite l'ouverture de l'abdomen, on parle alors de laparotomie. Dans des cas très sévères, une hystérectomie (ablation de l'utérus) peut être pratiquée, mais les chirurgiens essaient au maximum de procéder à une chirurgie conservatrice, en particulier chez les femmes de moins de 40 ans.

Le Dr Canis apporte une autre classification : "On peut également distinguer les traitements chirurgicaux selon leur finalité :

- Combattre l'infertilité en "reconstruisant" l'anatomie et retrouvant sa fonctionnalité. Les plus fortes proportions de grossesse ont été obtenues tout de suite après l'acte chirurgical ;
- Lutter contre la douleur en enlevant ou traitant les lésions profondes rétropéritonéales (situées en arrière du péritoine, membrane qui enveloppe des organes de l'abdomen) avec un geste aussi complet que possible pour éviter les récurrences".

Des traitements spécifiques de la douleur peuvent également être conseillés par votre médecin. Enfin, sachez que pendant la grossesse, l'endométriose est "au repos" et ne se réveille parfois jamais après l'accouchement.

### **Quel taux de récurrence ?**

Selon les études<sup>1,2</sup>, le taux de récurrences apparaît très variable de 10 à 45 %. Le Dr Canis explique en partie cette incertitude : "Cette large fourchette s'explique par la variabilité des techniques chirurgicales, et par la définition même d'une récurrence. Parle-t-on d'endométrioses douloureuses ou de petites lésions asymptomatiques ?".

Pour éviter les récurrences, le geste chirurgical doit avoir enlever la totalité de la lésion. De plus, si la femme n'a pas de projet d'enfant, elle devra suivre un traitement hormonal.

Mais contrairement au tableau souvent alarmiste dressé par certains, le Dr Canis se veut rassurant : "Il ne faut pas dramatiser le nombre de récurrences, notre expérience au CHU de Clermont-Ferrand fait état d'un taux n'excédant pas 10 % de nouvelle opération".

David Bême

1 - Fertil Steril 1991 Oct ;56(4) :628-34

2 - Fertil Steril. 1993 Mar;59(3):511-5

### **L'endométriose liée à d'autres maladies**

**Maladie gynécologique très douloureuse, l'endométriose aurait le désavantage d'être associée à d'autres troubles : polyarthrite rhumatoïde, allergie ou fatigue chronique. Cette découverte issue d'une vaste étude américaine conduite sur près de 4 000 femmes pourrait permettre d'élucider les causes de cette affection qui toucherait une femme sur dix.**

Encore très mystérieuse, l'endométriose est à l'origine de violentes douleurs pelviennes et de nombreuses infertilités. Pour en savoir plus sur cette maladie qui toucherait 10 % des femmes, une large étude<sup>1</sup> a été réalisée auprès des membres de l'association de malades américaines ([Endometriosis Association](#)).

### **La plus grande étude sur le sujet**

Chez les femmes victimes d'endométrioses, le tissu recouvrant la cavité utérine (l'endomètre) se développe dans d'autres parties de la cavité abdominale. Sur le col utérin, les trompes, les ligaments, les ovaires, le péritoine, le vagin ou la vulve, ces fragments de tissu suivent le même rythme hormonal et forment des lésions ou des kystes. Ce phénomène est à l'origine de vives douleurs pendant les règles et l'ovulation.

L'équipe du Pr. Sinai a recherché chez 3 680 femmes victimes d'endométrioses la fréquence de différentes affections en comparaison avec des femmes de la population générale. Parmi les maladies étudiées :

- Des maladies auto-immunes, c'est-à-dire résultantes d'un dysfonctionnement du système immunitaire qui attaque les tissus normaux de l'organisme ;
- Des maladies endocriniennes, des désordres des tissus glandulaires comme des désordres de la thyroïde ;
- Des maladies atopiques comme des allergies ou de l'asthme ;
- Le syndrome de fatigue chronique, une forte sensation de fatigue qui dure au moins six mois sans discontinuer ;
- La fibromyalgie, une douleur récurrente dans les muscles, les tendons et les ligaments.

Par son ampleur, cette étude permet d'en savoir un peu plus sur cette maladie dont la cause reste mystérieuse.

### **Un cortège de maladies associées**

Les soupçons ont quasiment tous été confirmés par les chiffres. Les victimes d'endométrioses ont plus de risques de souffrir de maladies auto-immunes comme le syndrome de Sjögren<sup>2</sup>, la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques ou le lupus systémique.

Elles sont cent fois plus susceptibles de souffrir de fatigue chronique et deux fois plus de fibromyalgie (qui s'accompagne elle aussi de fatigue durable intense et se caractérise par la présence de douleurs multiples diffuses sur le corps).

L'hypothyroïdie (qui traduit une sous-activité de la thyroïde et un ralentissement mental et physique) est sept fois plus fréquente chez ces femmes

Parmi les maladies plus souvent rencontrées, on note aussi les allergies (rapportées chez 61 % des malades contre seulement 18 % de la population générale) et l'asthme (12 % contre 5 %).

Si l'endométriose survient avant ces autres maladies, il pourrait demain être possible d'empêcher les femmes de développer ces troubles.

Une femme atteinte d'endométriose sur cinq est victime de plus d'une de ces autres maladies.

### **Faire évoluer la prise en charge**

Les auteurs précisent malgré tout que cette étude ne peut être considérée comme une image représentative de toutes les patientes. Membres de l'association américaine contre l'endométriose, ces femmes ont pu rejoindre cet organisme parce qu'elles souffraient de leur condition, ce qui peut ne pas être aussi évident chez toutes les malades. De plus, ce type d'étude basé sur des auto-questionnaires peut être l'objet d'erreurs à cause de mauvaises interprétations, d'une mauvaise compréhension...

Cependant, ces chiffres ont permis d'identifier des facteurs communs à toutes ces maladies. Au premier rang : un désordre du système immunitaire dont les cytokines pourraient être la clé. Ces protéines sont des messagers entre les cellules de notre organisme. Synthétisées par les lymphocytes ou les macrophages, les cytokines sont impliquées dans l'immunité mais aussi dans la croissance et la maturation des cellules sanguines.

"Ces découvertes suggèrent un lien fort entre l'endométriose et les maladies auto-immunes, le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie" déclare le Pr. Sinaii. "Les professionnels de santé devraient suspecter une endométriose chez les patientes diagnostiquées pour l'une de ces maladies".

Autre point non négligeable souligné par cette étude, le très long délai entre les premières douleurs et le diagnostic. En moyenne, les femmes ont attendu dix ans avant de savoir de quoi elles étaient atteintes. Il semblerait que cette situation ne soit pas propre aux Etats-Unis. "Les malades attendent entre six et dix ans avant d'être diagnostiquées" précise Delphine Ludzay, Présidente d'Endofrance, l'association française de lutte contre l'endométriose "C'est pourquoi nous tentons de sensibiliser les professionnels à cette maladie. Dans ce cadre, nous aimerions qu'un enseignement soit inclus dans les études de médecine".

David Bême

1 - Human Reproduction, October 2002, vol.17, n°10, pp.2715-2724  
2 - Le Syndrome de Sjögren est une anomalie du système immunitaire qui entraîne la destruction de certaines glandes productrices de sécrétions, notamment les glandes salivaires et lacrymales.

### **Endométriose et infertilité : des liaisons coupables**

**Outre les douleurs, l'endométriose est liée à des problèmes d'infertilité. Mais jusqu'alors, les mécanismes en jeu restaient inconnus. De nouvelles recherches permettent aujourd'hui d'y voir plus clair. Concernant le traitement de cette infertilité, une récente étude américaine plaide en faveur de la fécondation in vitro en première intention.**

Chez les femmes atteintes d'endométriose, la muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'utérus (l'endomètre) se développe dans des régions où elle devrait être absente : organes génitaux, mais aussi parfois entre le vagin et le rectum, sur la vessie, les intestins... Au moment des règles, l'organisme ne parvient pas à éliminer ces "lésions" qui occasionnent des inflammations et des hémorragies. Cette affection entraîne des douleurs importantes et de fréquentes infertilités.

## **Pourquoi l'endométriose affecte la fertilité ?**

Mais les mécanismes à l'origine de la relation entre endométriose et infertilité restaient encore inconnus. Une équipe de chercheurs londoniens<sup>1</sup> pourrait bien avoir élucidé ce mystère.

Ils ont ainsi extrait le liquide péritonéal de l'abdomen de six femmes diagnostiquées comme malades d'endométriose et de six femmes indemnes. Ce liquide est en contact avec les trompes de Fallope. Ces "tubes" contiennent à leur surface des cils épithéliaux qui vont amener délicatement l'ovule le long des trompes, jusqu'à sa rencontre avec un spermatozoïde.

En observant l'effet du liquide sur des trompes de Fallope prélevées chez des patientes ayant subi une hystérectomie pour fibromes, ils ont pu constater que la fréquence des vibrations ciliaires de l'épithélium des trompes était inférieure (de 24 %) avec le liquide émanant des femmes malades.

Cette inhibition de la motilité des cils épithéliaux pourrait expliquer les problèmes d'infertilité des femmes atteintes d'endométriose. On ne sait toutefois pas s'il s'agit de l'unique cause ou simplement de l'une d'elles. Cette expérience devra néanmoins être confirmée in vivo. Si les substances inhibitrices sont identifiées, on peut espérer demain un traitement spécifique.

## **La FIV en première intention**

Mais comment permettre aux femmes atteintes d'endométriose d'avoir un enfant ? Différentes stratégies sont possibles. Pour connaître la meilleure option, l'équipe du Dr Paul Dmowski de l'institut pour l'étude et le traitement de l'endométriose de l'Illinois (Etats-Unis) ont comparé chez 313 patientes trois démarches :

- La stimulation ovarienne et insémination artificielle (202 patientes) ;
- La fécondation in vitro avec transfert d'embryons (FIVETE) en première intention (111 patientes) ;
- Ou la FIVETE après échec de l'insémination artificielle (56 patientes).

Résultats : le taux de grossesse par cycle a été de 11 % avec l'insémination artificielle, 47 % avec FIVETE et 44 % avec FIVETE après échec de l'insémination artificielle. Après six cycles d'insémination artificielle, la fécondation cumulative n'excédait pas 41 %, soit moins qu'un seul cycle de FIVETE.

Les auteurs précisent que le bénéfice de la fécondation in vitro s'est avéré plus important que l'insémination artificielle chez les femmes victimes d'une endométriose importante (stade IV) et âgées de plus de 38 ans.

Les auteurs concluent que "compte-tenu des effets indésirables des stimulations ovariennes prolongées sur l'endométriose, la FIVETE devrait être indiquée en première intention dans le traitement de l'infertilité des femmes atteintes de cette maladie. Si la stimulation ovarienne est tentée, elle ne devrait pas excéder trois ou quatre cycles".

David Bême

1 - Lancet 19 october 2002, vol.360, n°9341 : 1221-1222

2 - Fertil Steril 2002 Oct;78(4):750-6