

L'examen clinique dans le cadre de l'endométriose

Dr J. VIALARD - Dr Parawna ZAKA

Clinique Mutualiste La Sagesse – Rennes

Introduction : l'examen clinique est fondamental pour le diagnostique et l'évaluation de l'endométriose qui est une maladie aux tableaux très variés, tout particulièrement en cas d'atteinte sous-péritonéale.

- Dans les formes minimales à modérées, qui sont les plus fréquentes, il peut être normal.
- Il oriente le bilan de l'imagerie et guide son interprétation.
- Il est un élément important dans la stratégie thérapeutique.

I – Prévalence de l'endométriose

- On estime sa fréquence dans la population générale entre 3 et 5%. 90% étant des formes minimales, et pas toujours symptomatiques.
- Dans la population féminine présentant un symptôme fonctionnel à type de douleur pelvienne la fréquence croît de façon significative, estimée à 25%, surtout si cette douleur est rythmée par le cycle menstruel.
- De même dans la population féminine présentant des difficultés pour obtenir un enfant (infertilité) la fréquence de l'endométriose est estimée à 20%.

II – Le motif de consultation

- D'abord la douleur dans 70% des cas
- L'infertilité dans 30% des cas
- Urgence : le danger dans ces situations, surtout chez une patiente jeune, est la chirurgie mutilatrice. Alors qu'après un diagnostic précis, éventuellement par cœlioscopie diagnostique, un traitement médical adapté permet de garder toutes les chances de procréation ultérieure tout en soulageant la patiente.

III – L'interrogatoire

Il a 4 objectifs

- Le premier est de rechercher les facteurs de risque de la maladie
- Le deuxième est d'apprécier le type et le niveau de la douleur, qui est souvent complexe et multifactorielle
- Éventuellement la recherche des éléments d'infertilité du couple
- Autres

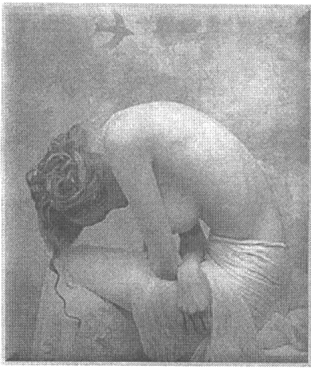
A – Facteurs de risque

- 1- Dans les facteurs socio-économiques **l'âge, vient en premier**, avec un pic à 40 ans, indépendant de la sévérité. La race ou le niveau socio-économique n'ont pas d'influence.
- 2- Pathologie gynécologique : les **malformations obstructives** comme l'imperforation hyménale, sont des facteurs favorisants importants. A l'inverse la rétroversion utérine n'est pas un facteur de risque, de même que « l'utérus Distilbène »
Par contre les **cycles courts** < 27 jours (RR* 2,3), les **règles abondantes** (RR* 2,4) ou l'âge des 1^{ère} règles avant 12 ans sont des facteurs de risque à prendre en considération.
Pour les **règles douloureuses**, que l'on appelle **dysménorrhée**, le degré de sévérité est un réel facteur de risque :
 - Si elle est légère le RR* est de 1,7.
 - Si elle est modérée le RR* est de 3,4
 - si elle est sévère et surtout récente avec une éventuelle aggravation le risque est élevé avec un RR* de 6,7*RR = risque relatif / population générale
- 3- Antécédents obstétricaux : moins la femme a mené de grossesse à terme plus le risque est élevé.
- 4- Facteurs comportementaux : la contraception orale diminue le risque par diminution de l'abondance des règles. A l'inverse les stérilets, en dehors du MIRENA (à la progestérone) augmentent le risque après 2 ans par l'augmentation du flux menstruel.
Les rapports pendant les règles augmentent également le risque. A l'inverse les facteurs d'hypo-oestrogénie le diminuent comme le sport intensif ou le tabagisme important.
- 5- Facteurs constitutionnels : la surcharge pondérale de type gynoïde (graisse fesses + cuisses)
- 6- Facteurs génétiques : le **degré de parenté de 1^{er} degré** (mère, sœur) augmente de plus de 3 fois le risque d'endométriose (RR* 3,7) Dans le même registre les jumelles homozygotes (vraies jumelles, même patrimoine chromosomique) ont plus de risque si leur sœur est atteinte que les jumelles hétérozygotes (fausses jumelles)

En conclusion : la prévalence de l'endométriose (le nombre de nouveau cas / an) se situe dans une fourchette de 5 à 20%

Les facteurs de risque essentiels sont :

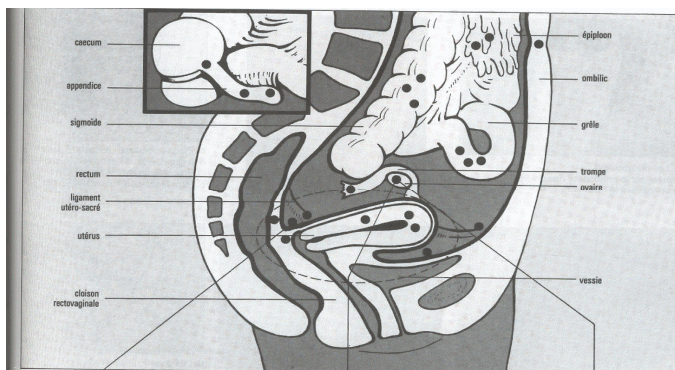
- Le profil hyperoestrogénique
- Les menstruations fréquentes et abondantes
- Le faible potentiel reproductif
- Et les antécédents d'endométriose familiaux



B – LA DOULEUR

C'est le signe le plus fréquent (75% des cas) Elle est très polymorphe, tant dans ses localisations que dans son étendue.

Les localisations les plus fréquentes sont le péritoine pelvien et les ovaires, mais elle peut toucher l'appareil digestif ou la vessie.



J.LANSAC/P.LECOMTE/H.MARRET 6ème édition MASSON

Cette douleur est d'intensité variable, et pas toujours en relation avec l'importance des lésions cliniques. Mais le plus évocateur est le caractère cyclique au moment des règles voire en période péri-ovulatoire. Ces douleurs peuvent être permanentes, mais néanmoins avec une aggravation menstruelle caractéristique.

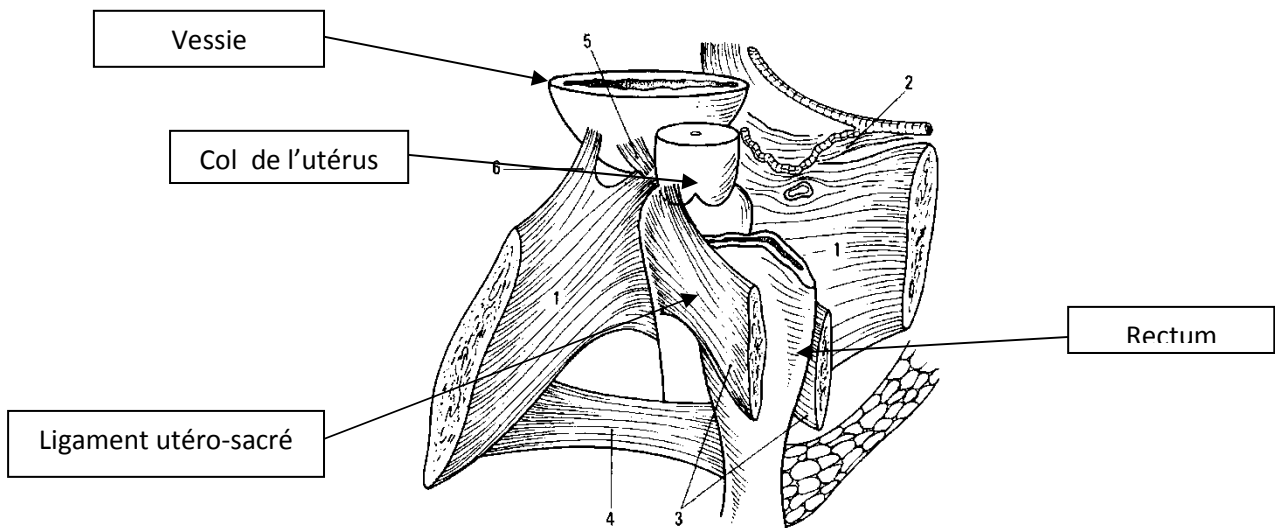
Son origine vient de la réaction inflammatoire aux foyers d'endométriose qui saignent pendant les règles. Secondairement peuvent s'y ajouter les phénomènes adhérentiels, entraînant des douleurs aux changements de position et en position assise.

Les irradiations de ces douleurs et leurs types sont également très variables. L'irradiation lombaire étant la plus fréquente.

Trois types de douleur doivent être individualisés :

- La dysménorrhée (règles douloureuses) invalidante et sévère

- La dyspareunie profonde (rapports douloureux) isolée est rare (10%) Le plus souvent inscrite dans une atteinte sous-péritonéale, de la face postérieure de l'isthme utérin, des ligaments utéro-sacrés ou encore de la cloison recto-vaginale.
- La défécation douloureuse (dyskésie) évoque une localisation recto-sigmoïdienne et/ou de la cloison recto-vaginale.
- Cette douleur doit être quantifiée (EVA)



C – L'infertilité

La maladie est parfois diagnostiquée à l'occasion d'un bilan d'infertilité.

L'endométriose est retrouvée chez 25 à 40% des patientes infertiles, mais 80% sont des formes légères à modérées.

Le risque d'infertilité est multiplié par 10 en cas d'endométriose.

Dans les formes minimales à modérées l'origine de l'infertilité est multifactorielle : conditions biologiques délétères à la fécondation, trouble de l'implantation, voire trouble de la sexualité par la dyspareunie.

Dans les formes sévères, outre les facteurs sus-décrits s'y ajoutent des facteurs mécaniques (adhérences) et parfois déjà une insuffisance ovarienne. L'intensité de la douleur est également un facteur important et limitant. Sans oublier l'aspect psychologique qui est toujours très lourd dans ce double contexte.

D – Les hémorragies

Les ménorragies (règles très abondantes) doivent faire rechercher une adénomyose (endométriose du muscle utérin) . D'autres types de saignements existent avant les règles, pendant les rapports etc...

E – Autres signes (hors sphère gynécologique) sont toujours à rechercher

1 – Digestifs

Peu fréquents, le plus souvent associés à des signes gynécologiques

Douleur souvent de type spasmodique. Diarrhée cyclique plus que constipation. Douleur anale, rectorragie cyclique. Au maximum syndrome sub-occlusif voire occlusif.

Les syndromes de colon irritable sont très fréquemment associé à l'endométriose sévère, et seront à prendre en charge de façon spécifique (douleur, constipation et ballonnement intestinal)

2 – Urinaires

Hématurie pendant les règles. (saignement venant de la vessie) Douleur vésicale ou pendant les mictions. Pollakiurie. (mictions fréquentes) Mais toujours à caractère cyclique ou à recrudescence prémenstruelle.

F - Contexte psychologique

Cet aspect est également à prendre en considération. Il s'agit de femmes algiques chroniques avec souvent un long passé de douleur, frustrées tant dans leur vie de femme, de couple et sur plan professionnel. Une écoute et une prise en charge active sont essentielles. Des questionnaires sont actuellement disponibles pour apprécier objectivement l'altération de la qualité de vie.

IV – L'examen clinique

Il doit être méthodique. Systématique lors d'une cœlioscopie pour infertilité ou douleurs pelviennes. Si possible en période menstruelle.

Il est essentiel, en particulier pour le bilan de l'endométriose sous-péritonéale que l'on ne voit pas lors de la cœlioscopie.

Outre la sphère gynécologique, il portera aussi sur les organes de voisinage : vessie, rectum.

1 – l'examen périnéo-vulvaire est très souvent normal. Rares atteintes suite à des accouchements

2 – Au spéculum on recherche :

- Au niveau vaginal des lésions du cul-de-sac vaginal postérieur bleutées, responsables de dyspareunie.
- Au niveau du col de l'utérus une déviation, le plus souvent à gauche. De petites lésions bleutées de taille variable 1 à 5mm.

3 – C'est surtout le toucher vaginal qui évoquera le diagnostic

On recherche :

- Une déviation du col utérin.
- Surtout une douleur provoquée à la mobilisation de l'utérus (mise en tension des ligaments utéro-sacrés) Les nodules sur ces derniers sont spécifiques d'endométriose.
- Une rétroversion utérine fixée et douloureuse.
- Une masse annexielle uni ou bilatérale (mais souvent à gauche)
- Une douleur des ovaires et des trompes (fossettes ovariennes)
- Un utérus irrégulier, augmenté de volume et souvent sensible (adénomyose)
- Une atteinte latérale (paramètres)
- Une atteinte de l'espace antérieur (vessie)

4 – Parfois il est nécessaire de réaliser un toucher rectal et une palpation bi-digitale afin d'étudier la cloison recto-vaginale (nodule ou infiltration) les ligaments utéro-sacrés et enfin les paramètres

V – Pertinence de cette exploration clinique

1 – Taux d'endométriose diagnostiqué par rapport aux symptômes

- Dans les dysménorrhée sévère on retrouve 64% d'endométriose.
- Dans les douleurs pelviennes cycliques on retrouve 44% d'endométriose.
- Dans les dyspareunie on retrouve 37% d'endométriose.

2 – Pertinence de l'examen clinique

- Tous les éléments décrits dans l'examen clinique et essentiellement au toucher vaginal ont globalement une pertinence de 75%
- Mais l'examen clinique peut-être normal, surtout dans les formes minimales à modérées ou les formes peu actives.

Conclusion

La place de l'interrogatoire pour évoquer le diagnostic d'endométriose et apprécier son retentissement est essentielle.

L'examen clinique méthodique est primordial pour préciser une partie du bilan lésionnel. Il permet d'orienter les examens complémentaires. Il aide à leur interprétation.

Il est un élément important dans la prise en charge thérapeutique.

[http://www.cngof.asso.fr/D TELE/RPC_endometriose.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_endometriose.pdf)

[Traitement médicamenteux de l'endométriose génitale \(en dehors de l'adénomyose\) - recommandations de bonne pratique - AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé](#)