

Endométriose pariétale : Une localisation exceptionnelle

[Parietal endometriosis : An exceptional location]

K. Benabdallah, I. Zoubairi, M. Jou, N. Zraïdi, and A. Baydada

Service d'endoscopie gynécologique M1,
Maternité Souissi,
Rabat, Maroc

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The parietal endometriosis is an uncommon clinicopathological variety, its pathophysiology remains unknown. It usually occurs after pelvic surgery. We report the case of a patient who presents a cyclical pelvic pain, sitting at the caesarean scar. With the examination of a 4cm mass in the right iliac fossa. The Doppler ultrasound showed a polylobed image, tissue, center vascularization, measuring 40/24 mm, suggestive of parietal endometriosis or a tumor of soft parts. So we said a wide resection of the lesion, in which were excised a solid mass of 3.3 / 3 cm under the fascia adherent to the rectus muscle of the abdomen. Histological study objectified diagnosis of endometriosis of the wall. The postoperative course was simple with a decline of 16 months without recurrence. This is a condition that remains mysterious to the interest or understanding of its characteristics to improve prognosis by diagnosis, early treatment and prevention during each surgery.

KEYWORDS: Endometriosis; Wall; diagnosis; treatment; prevention.

RESUME: L'endométriose pariétale est une variété anatomo-clinique rare, sa physiopathologie reste inconnue. Elle survient généralement suite à une intervention chirurgicale pelvienne. Nous rapportons l'observation d'une patiente qui présente une douleur pelvienne cyclique, siégeant au niveau de la cicatrice de césarienne. Avec à l'examen une masse de 4cm au niveau de la fosse iliaque droite. L'échographie-doppler a montré une image polylobée, tissulaire, à vascularisation centrale, mesurant 40/24 mm, pouvant évoquer une endométriose pariétale ou une tumeur des parties molles. Donc on a indiqué une résection large de la lésion, au cours de laquelle on a excisé une masse solide de 3,3/3 cm, sous l'aponévrose adhérente au muscle grand droit de l'abdomen. L'étude anatomopathologique a objectivé le diagnostic d'endométriose de la paroi. Les suites postopératoires étaient simples avec un recul de 16 mois sans récurrence. C'est une pathologie qui reste mystérieuse d'où l'intérêt de mieux comprendre ses caractéristiques pour améliorer le pronostic par un diagnostic, une prise en charge précoce et de sa prévention au cours de chaque chirurgie.

MOTS-CLEFS: Endométriose ; Paroi ; diagnostic ; traitement ; prévention.

INTRODUCTION

L'endométriose pariétale représente 1 à 2 % des cas d'endométriose extragénitale(1,2). L'endométriose pariétale survient généralement après une intervention chirurgicale ou obstétricale(1,3). L'endométriose cicatricielle est due à l'implantation d'endomètre au niveau de la cicatrice. Le délai d'apparition de ces lésions peut dans certains cas, être de plusieurs années. Cependant, dans de rares cas, ces localisations pariétales peuvent être observées sans chirurgie préalable, comme notamment les lésions d'endométriose décrites au niveau de l'ombilic ou de la paroi abdominale. Les diverses locations de l'endométriose cicatricielle sont les suivantes : cicatrices de type pfannentiel, cicatrice de césarienne, cicatrice de laparoscopie (trocart de 5mm), sur le site d'une aiguille d'amniocentèse, cicatrice ombilicale (cure d'une hernie), cicatrice

d'épisiotomie, cicatrice d'hystérectomie (dôme vaginal). Elle peut envahir toutes les structures pariétales, les muscles les plus touchés sont le muscle grand droit de l'abdomen, le muscle oblique externe et le muscle transverse. Les lésions inguinales en relation avec le ligament rond sont également décrites(3,4). La prise en charge de l'endométriose pariétale nécessite une résection chirurgicale large en marge saine afin d'éviter les récives.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 35 ans mariée et mère d'une fille, hospitalisée à la suite de L'installation d'une douleur exquise cyclique au niveau de la cicatrice de césarienne (Pfannestiel). Dans les antécédents chirurgicaux de la patiente, on note une césarienne il y a 5 ans. Dans les antécédents obstétricaux de la patiente on note un avortement cureté il a y 3 ans. Le début de la symptomatologie remonte à une année et demie par l'installation d'une douleur exquise cyclique au niveau de la cicatrice de la césarienne. L'examen physique a signalé une masse de 4 cm au dessus de la cicatrice de césarienne. L'examen gynécologique n'avait objectivé aucune anomalie. Le reste de l'examen était sans particularité. L'exploration radiologique faite par l'échographie des parties molles a objectivé la présence au niveau de la fosse iliaque droite d'une masse tissulaire polylobée située au niveau du tissu graisseux sous cutané (Figure 1), présentant une vascularisation centrale artério- veineuse à l'examen écho doppler, mesurant 40/24 mm, faisant discuter :

- Une masse endométriosique.
- Une tumeur des parties molles.

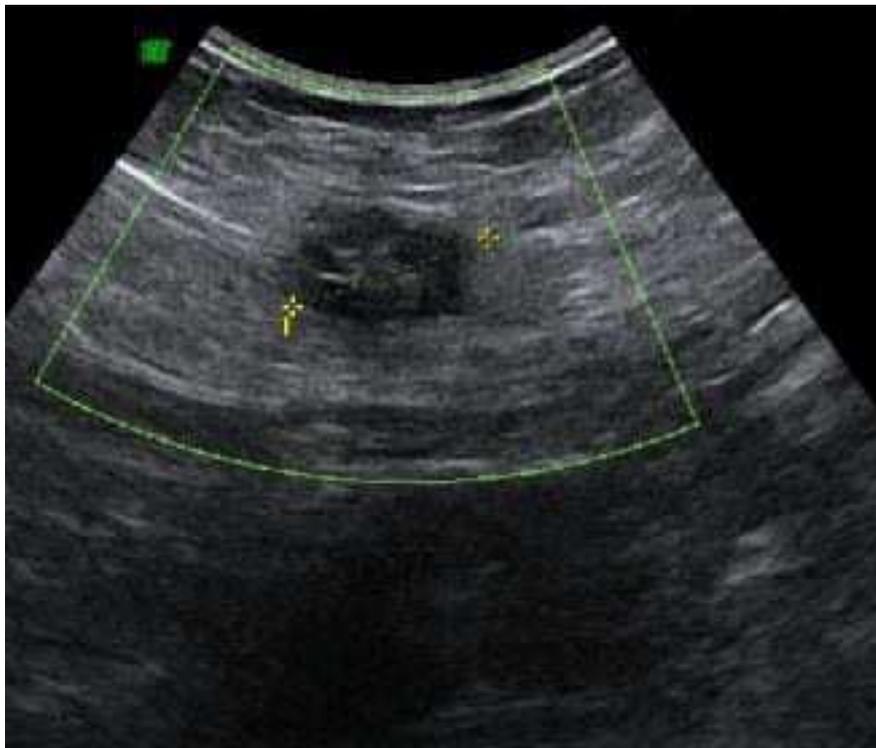


Figure1 : échographie la paroi abdominale montrant

D'où la décision d'excision de la lésion dans le but d'une étude anatomopathologique, laquelle a confirmé le diagnostic d'endométriose pariétale.

A la macroscopie : Masse pariétale mesurant 3,3/3 cm de grand axe. A la coupe, la tuméfaction présente des limites imprécises et une tranche de section poly kystique avec quelques foyers hémorragiques.

A la Microscopie: Cette tuméfaction examinée porte sur un tissu fibro musculaire qui est dissocié par de nombreux foyers endométriosiques dont les glandes, plus ou moins dystrophiques sont parfois kystiques, entourés d'un chorion cytogène, d'abondance variable.

Par ailleurs, l'épithélium de surface est détruit, remplacé par une réaction de résorption histiocytaire, riche en sidérophages.

Le traitement chirurgical a été réalisé par une intervention comportant plusieurs temps et gestes :

- Reprise de l'ancienne cicatrice transversale de la césarienne.
- Décollement sous cutanée.
- Découverte en sous aponévrotique d'une masse faisant 3/2 cm, dure.
- Résection faite.
- Hémostase.
- Fermeture.

Le résultat post opératoire immédiat fut jugé satisfaisant. Lors de sa dernière consultation (recul de 10 mois), l'état de la patiente était jugé bon : pas de récurrence de douleurs.

DISCUSSION

L'endométriose pariétale complique 0,03 à 0,4% des césariennes (4,5). Steck et Helwing rapportent 56 cas d'endométriose pariétale sur cicatrice abdominale dont 25 césariennes soit 44,5%(6). La lésion peut apparaître précocement après la réalisation du geste chirurgical ou plus tardivement. Dans la littérature, l'intervalle entre l'intervention et l'apparition des premiers symptômes peut aller de six mois à 37 ans (4). L'endométriose pariétale n'est associée que dans 14,3% à 26% des cas à une endométriose pelvienne contrairement aux autres sites d'implantations atypiques comme le tractus gastro-intestinal ou l'arbre urinaire(1,7).

Le mécanisme physiopathologique est mal connu. Il est probablement multifactoriel (1, 3,4). Pour les sites d'implantation comme la paroi abdominale, on invoque surtout des implants liés à une intervention pelvienne ou lors de biopsie à l'aiguille. De rares cas d'endométriose pariétale ont été décrits chez des patientes sans antécédents de chirurgie (8). On suspecte alors plutôt des disséminations vasculaires et lymphatiques. Plusieurs théories ont été proposées. La première théorie fut la théorie du reflux : les cellules endométriales s'implantant de façon ectopique proviennent du reflux du sang menstruel par les trompes. Pour la seconde, la théorie métaplasique, les cellules de l'épithélium coelomique sous l'effet de divers stimuli subissent une métaplasie en cellules endométriales. Enfin, la théorie métastatique expliquerait certaines lésions extra génitales par dissémination veineuse ou lymphatique. Malgré la fréquence du reflux du sang menstruel chez les femmes, elles ne développent pas toutes une endométriose. Même chose pour celles qui ont subi une intervention chirurgicale. Il existe, donc, en plus des théories citées, des facteurs susceptibles d'expliquer les conditions nécessaires au développement de l'endométriose. La prédisposition génétique proposée par J.L. Simpson puis L.R. Malinak (9) qui ont montré que la fréquence d'endométriose était plus importante lorsqu'il existe des antécédents familiaux. Des travaux récents suggèrent l'association d'anomalies du système immunitaire avec l'endométriose, un facteur hormonal est aussi impliqué.

Sur le plan anatomopathologique, L'endométriose pariétale se présente classiquement sous forme d'une tumeur kystique. Il s'agit de petites tumeurs dont le diamètre est en moyenne de 2 à 3 cm pouvant aller de la forme microscopique à 12 cm de diamètre. A la coupe, la lésion a un aspect fibreux mais le centre de la lésion peut contenir une zone nécrosée ayant l'aspect de vieux sang (1,3 ,4). L'examen microscopique met en évidence un épithélium de type glandulaire associé à un chorion cytogène et à une inflammation lymphocytaire. Le pourcentage de ces éléments varie avec les modifications de l'imprégnation hormonale. (Figure2)



Figure 2 : Histologie du tissu endométriosique

L'endométriose pariétale affecte les femmes en période d'activité génitale entre 20 et 40 ans (1). Elabsi(10) rapporte un, cas d'endométriose cicatricielle chez une femme ménopausée. Zhao (11) a observé une corrélation entre la période de latence et l'âge des patientes au début des symptômes.

Le mode de révélation le plus fréquent est la découverte d'une masse palpable ou d'une douleur localisée chez des patientes ayant des antécédents de césariennes (1, 4) L'exacerbation de ces signes non spécifiques pendant les règles est un élément important du diagnostic. Il est à noter que des signes d'endométriose pelvienne intra abdominales ne sont retrouvés que dans 26% des cas. Lorsque la lésion est très superficielle, il est possible d'observer de façon cyclique un changement de teinte de la lésion qui devient bleuâtre et peut même se fistuliser à la peau sous forme d'un écoulement sanglant. Les principaux diagnostics différentiels d'une masse associée a une cicatrice abdominale sont les hernies, les granulomes sur fils, les abcès, les hématomes, les neurinomes, les kystes épidermoïdes et plus rarement les tumeurs malignes (sarcomes et métastase de carcinome) (4). Dans 37% le diagnostic est de découverte anatomopathologique.

L'échographie peut préciser l'origine pariétale typiquement intramusculaire de la masse, sa taille et ses contours, son extension et ses relations avec les structures adjacentes. L'échographie de la paroi abdominale montre une image solide bien limitée, hypoéchogène et vascularisée avec pédicule vasculaire pénétrant la périphérie de la lésion. Autres aspects peuvent être observés : masse kystique ou mixte, contours irréguliers spéculés, contours hyperéchogènes. L'écho-doppler couleur montre une masse souvent très vascularisée avec des vaisseaux afférents dilatés(12).

Le scanner peut montrer un épaissement ou une masse localisée solide, kystique ou mixte de la paroi musculaire abdominale (1,4) La lésion est iso dense aux muscles de la paroi abdominale avant l'injection intraveineuse du produit de contraste. Après injection on observe un rehaussement marqué lié à la nature très vascularisée de la masse(13). Le scanner peut également être utile en montrant l'extension de la lésion pariétale.

L'IRM plus que le scanner, constitue l'examen de choix pour confirmer le diagnostic en cas de doute car elle permet de mettre en évidence le contenu en fer des dépôts d'hémosidérine dans les endométriomes. L'IRM est plus sensible que le scanner pour la détection des lésions de petites tailles. Le signal de la lésion est variable en fonction du caractère aigu (hypersignal T1 et T2) ou chronique (Signal hétérogène) de l'hémorragie intralésionnelle (14).

Le taux sérique de CA1265 peut être augmenté en corrélation avec la prolifération des cellules épithéliales dans la lésion d'endométriose (10).

Des tentatives du traitement médical par castration médicamenteuses ont été effectuées mais le traitement de référence reste l'exérèse chirurgicale de la lésion d'autant plus que de rares cas de carcinomes endométrioides sur cicatrice ont été décrits(3,5) et que la récurrence sous traitement médical est inéluctable. Plusieurs études (4,5) signalent un taux important de récurrences allant à 15%. Il faut donc effectuer une exérèse large d'emblée avec une marge saine de 5mm au pourtour de la pièce (4) d'exérèse et éviter toute effraction de la lésion au cours de l'intervention. Une prothèse pariétale pour refermer le défet aponévrotique est indispensable en cas de lésion volumineuse.

Deux moyens théoriques de prévention de cette affection peuvent être proposés. Au cours d'une césarienne, le chirurgien devra porter une attention particulière à la protection de la paroi des champs opératoires. Un lavage aspiration soigneux avec irrigation de la paroi pourra également être effectué à la fin de la procédure. Ces gestes sont indispensables chez les patientes ayant des lésions d'endométriose pelvienne.

CONCLUSION

L'endométriose pariétale est une affection peu fréquente et souvent méconnue. Une endométriose cicatricielle doit être évoquée devant toute masse siégeant sur la cicatrice d'une intervention abdominopelvienne. Le diagnostic doit être évoqué devant des douleurs ou une masse de la paroi abdominale chez une femme en période d'activité génitale surtout si cette lésion présente des modifications cataméniales et si la patiente a des antécédents de chirurgie gynécologique ou obstétricale. Cependant une endométriose pariétale en dehors d'ATCD chirurgicaux est possible.

L'échographie Doppler couleur est l'examen morphologique de choix pour confirmer le diagnostic et éliminer d'autres pathologies pariétales en montrant une masse hypoéchogène hyper vascularisée. En raison de la grande diffusion des examens scanographiques, il est important pour les radiologues de savoir que ces lésions apparaissent comme des nodules tissulaires à proximité d'une cicatrice de chirurgie obstétricale ou gynécologique. En cas de doute diagnostique avant la chirurgie, l'IRM a une place certaine pour détecter le signal particulier de l'hémorragie dans l'endomètre et confirmer le diagnostic. Mais, le diagnostic n'est confirmé que par l'étude histologique. La guérison est obtenue par l'excision complète de la masse

RÉFÉRENCES

- [1] A Hassanin-Negila, S Cardini, V Ladam-Marcus, J-P Palot, M-D Diebold, C Marcus. Endométriomes de la paroi abdominale : Apport de l'imagerie. J Radiol 2006 ; 87 : 1691-5
- [2] Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH, Abdominal wall endometriomas. Am J Surg 2003; 185: 596-8
- [3] H Boufettal, S Hermas, R Boufettal, S Reffki Jai, Z Kamri, K Elmoutacim, M Noun, N Samouh. Endométriose de la cicatrice de la paroi abdominal. La Presse Médicale. 2009 ; 38 : e1-e6
- [4] G Piod, L Boulanger, F Bounoua, F Leduc, G Duval. Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne : A propos de 15 cas. Gynécologie obstétrique & fertilité 34(2006) 8-13
- [5] Paterson Gk, Winbum GB. Abdominal wall endometriomas : report of eight cases. Am Surg 1999, 65: 36-9
- [6] Steck WD, Helwing EB. Cutaneous endometriosis. JAMA 1965; 191: 167-70
- [7] Musanda M, Bounaas M, Duval et cousin A. Endométriose : cause inhabituelle d'occlusion intestinale. J Radiol 2000 ; 8 : 538-41
- [8] Crespo R, Puig F, Marquina I. Pyramidalis muscle endometriosis in absence of previous surgery. Int J Gynecol Obstet 2005; 89: 148-9
- [9] Bruhat MA, Canis M, Glowaczower E. Endométriose externe. Encyclopédie médico- chirurgicale (Paris) : Gynécologie 12 (1987). 8.
- [10] Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, et al. L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale. Ann Chir 2002 ; 127 : 65-7
- [11] Zhao X, Lang J, Liu Z, Sun D, Zhu L, Abdominal wall endometriomas Int J Gynecol Obstet 2005 ; 90 : 218-22
- [12] Francica G, Giardello C, Angelone G, Cristiano S, Fenelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriomas near caesarean delivery scars: sonographic color Doppler finding in a series of 12 patients. J Ultra-Sound Med 2003; 22: 1041-7
- [13] Merran S, Karila- Cohen P. Endométriose sous cutanée sur cicatrice de la paroi abdominal antérieure: A propos de deux observations. J Radiol 2004, 85 : 409-10
- [14] Bazot M, Nassar J, Darai E, Thomassin I, Cartez A, et al. Valeurs diagnostiques de l'échographie et de l'IRM pour l'évaluation de l'endométriose pelvienne profonde. J Radiol 2005 ; 86 : 461-7