

Endométriose pariétale cicatricielle après césarienne : A propos d'un cas

[Scarred parietal endometriosis after caesarean section : A Case report]

Oussama Outaghyame, Zakaria Idri, Moulay Abdellah Babahabib, Jaouad Kouach, and Driss Rahali Moussaoui

Service de gynécologie Obstétrique, Hôpital Militaire d'instructif Mohamed V, Rabat, Maroc

Copyright © 2019 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: Parietal endometriosis is a rare clinical entity whose pathophysiology remains unclear. It occurs most often after gynecological or obstetrical surgery. We report the case of a patient with cyclic pain at the level of the caesarean section scar. With clinical examination, two nodules on both sides of the scar increase in size associated with pain punctuated by the menstrual cycle. Pelvic ultrasonography showed two nodular formations of hypoechoic, avascular Doppler echo, apparently in relation to endometriotic nodules. Hence the decision to excise the lesion widely, whose anatomopathological study confirms the diagnosis of parietal endometriosis. Postoperative follow-up was straight forward with a follow-up of 12 months without recurrence of lesions or pain. Through our case, we will insist on the characteristics of this pathology, which will allow the practitioner to understand the interest of the diagnosis and early management of this condition as well as the possibility of its prevention during each gynecological surgery or obstetric.

KEYWORDS: endometriosis, abdominal wall, caesarean section, cyclic pain, resection.

RÉSUMÉ: L'endométriose pariétale est une entité clinique rare, dont la physiopathologie demeure imprécise. Elle survient le plus souvent après une intervention chirurgicale gynécologique ou obstétricale. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une douleur cyclique, au niveau de la cicatrice de césarienne, avec à l'examen clinique deux nodules de part et d'autre de la cicatrice augmentant de taille associée à des douleurs rythmées par le cycle menstruel. L'échographie pelvienne a mis en évidence deux formations nodulaires d'échostructure hypoéchogène, avasculaire au doppler en rapport vraisemblablement avec des nodules endométriosiques. D'où la décision d'excision large de la lésion dont l'étude anatomopathologique confirme le diagnostic d'endométriose pariétale. Les suites postopératoires étaient simples avec un recul de 12 mois sans récurrence des lésions ni de la douleur. A travers notre cas, nous insisterons sur les caractéristiques de cette pathologie, ce qui permettra au praticien de comprendre l'intérêt du diagnostic et de la prise en charge précoce de cette affection ainsi que la possibilité de sa prévention au cours de chaque chirurgie gynécologique ou obstétricale.

MOTS-CLEFS: endométriose, paroi abdominale, césarienne, douleurs cycliques, exérèse.

1 INTRODUCTION

L'endométriose est définie par la présence de tissu endométrial fonctionnel en dehors de la cavité utérine, elle touche environ 8 à 15 % des femmes en activité(1,2). La forme endopelvienne est la plus fréquente, cette pathologie est également retrouvée sur des cicatrices abdominopelviennes : les épisiotomies, les cicatrices de chirurgie utérine, les cicatrices de césarienne, le trajet d'une aiguille d'amniocentèse (3,4). Nous rapportons le cas d'une patiente ayant une endométriose de la paroi abdominale sur cicatrice de Pfannenstiël. Ce cas est rapporté en raison de sa rareté et du caractère inhabituel de sa localisation.

2 PATIENT ET OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, première geste première parité, accouchement par voie haute pour dystocie de démarrage. La patiente consulte pour des douleurs en regard de la cicatrice de césarienne avec développement de deux masses de part et d'autre de la cicatrice augmentant de taille associée à des douleurs rythmées par le cycle menstruel. L'examen abdominal a mis en évidence deux nodules au niveau des deux extrémités de la cicatrice de Pfannenstiel, douloureux à la palpation, fixés au plan profond, le reste de l'examen était sans anomalies notamment l'examen gynécologique. L'échographie pelvienne a mis en évidence deux formations nodulaires d'échostructure hypoéchogène, avasculaire au Doppler en rapport vraisemblablement avec des nodules endométriosiques, mesurant 13x7mm (Figure 1) à droite et 18x12mm à gauche (Figure 2). Au cours de l'acte opératoire deux incisions ont été réalisées en regard des nodules qui étaient fixés à l'aponévrose du muscle grand droit de l'abdomen, dans ce sens une excision large des masses a été réalisée emportant une partie de l'aponévrose rectusienne, suturée par la suite (Figure 3,4). L'examen anatomopathologique des nodules de résection révélait qu'il s'agit de foyers d'endométriose de la paroi abdominale. Les suites postopératoires immédiates ont été simples, avec un recul de 12 mois sans récurrence des lésions ni de la douleur.

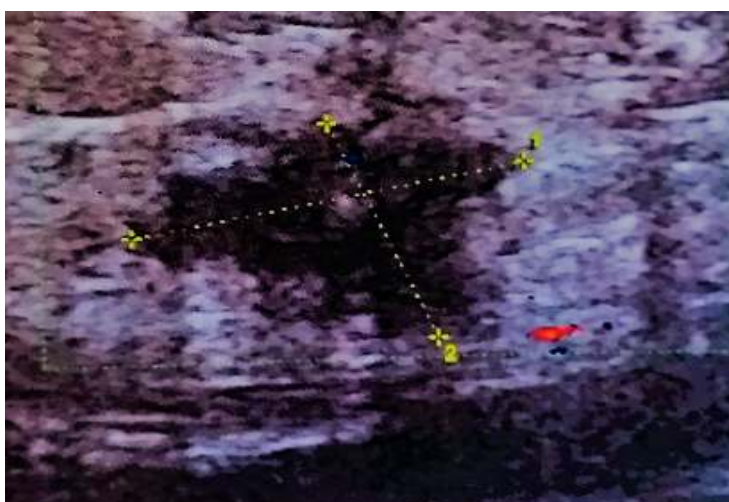


Fig. 1. Image échographique montrant le nodule droit

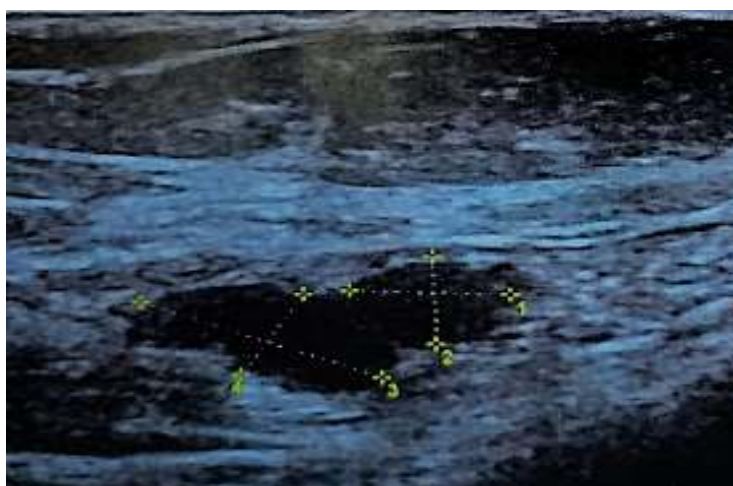


Fig. 2. Image échographique montrant le nodule gauche



Fig. 3. Pièce opératoire d'endométriome droit



Fig. 4. Pièce opératoire d'endométriome gauche

3 DISCUSSION

L'endométriose se définit par la localisation de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Les lésions pelviennes sont les plus fréquentes. Les endométriomes pariétaux sont rares. Plusieurs localisations sont possibles. Les plus fréquentes sont les cicatrices abdominales. Ces cicatrices sont souvent celles de césariennes. L'endométriome pariétal complique 0,03 à 0,4 % des césariennes (1, 5,6). Steck et Helwig (7) rapportent 56 cas d'endométriose pariétale sur cicatrice abdominale dont 25 césariennes soit 44,5 %. En 1991 Rani [8] rapporte 27 cas d'endométriose pariétale. La physiopathologie de ce type de lésion est mal connue, le mécanisme le plus probable est la greffe locale de cellules endométriales qui vont se développer dans un contexte particulier. La théorie métabolique a été également proposée pour expliquer les endométriomes pariétaux. Sur le plan clinique la lésion est décrite comme une masse apparaissant en regard d'une cicatrice qui augmente de volume et devient douloureuse de façon cyclique, en concomitance avec les règles. Le caractère cyclique de la douleur est un élément important d'orientation mais il est loin d'être indispensable pour évoquer le diagnostic. Les images obtenues en échographie dans l'endométriose cicatricielle sont peu spécifiques. Il s'agit soit d'images ayant l'aspect d'une collection liquidienne ou encore d'images tissulaires sans caractère spécifique [3,9], le scanner et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire permettent d'orienter le diagnostic sans pour autant donner de certitude car seule l'anatomopathologie permet la confirmation. Le traitement de ces lésions repose sur l'exérèse chirurgicale, celle-ci doit être aussi large que possible afin d'enlever toute la masse quitte à utiliser une prothèse pariétale pour refermer le défaut aponévrotique, chez notre patiente le défaut pariétal était minime ne nécessitant pas le recours à une pariétoplastie. La prévention en cas de laparotomie est basée sur le lavage abondant de la cavité abdominale et de la cicatrice en fin d'intervention ainsi que le changement de gants pour le temps de

fermeture pariétale, alors qu'en coelioscopie, l'extraction des pièces opératoires dans un sac de protection et le lavage abondant de la cavité pelvienne devraient être systématiques. Ainsi, ces mesures relèvent de la bonne pratique chirurgicale bien que leur bénéfice n'a jamais été démontré [3].

4 CONCLUSION

L'endométriose sur cicatrice de césarienne représente une partie importante des lésions d'endométriose pariétale. Les symptômes peuvent être typiques avec des douleurs rythmées par le cycle menstruel mais il faut savoir poser le diagnostic en présence d'une tumeur pariétale algique ou non en cas d'antécédent chirurgical gynécologique. Le traitement est essentiellement chirurgical basé essentiellement sur l'exérèse large des lésions pour éviter toute récurrence. Enfin, aucun moyen de prévention n'a fait preuve de son efficacité.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

- [1] Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999;65:36–9.
- [2] Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, Essadel H, Benamer S, Mohammadine A, et al. L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale. *Ann Chir* 2002;127:65–7.
- [3] Hughes ML, Bartholomew D, Paluzzi M. Abdominal wall endometriosis after amniocentesis. A case report. *J Reprod Med* 1997;42:597–9.
- [4] Kaunitz A, Di Sant'Agnese PA. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *ObstetGynecol* 1979;54:753–5.
- [5] Lamblin G, Mathevet P, Buenerd A. Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale, à propos de trois observations. *J GynecolObstetBiolReprod (Paris)* 1999;28:271–4.
- [6] Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *ObstetGynecol* 1980;56:81–4.
- [7] Steck WD, Helwig EB. Cutaneous Endometriosis. *JAMA* 1965;191:167–70.
- [8] Rani PR, Soundararaghavan S, Rajaram P. Endometriosis in abdominal scars—review of 27 cases. *Int J GynaecolObstet* 1991;36:215–8.
- [9] Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometrioma: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1984;8:1213–4.