

## Endométriose pariétale : à propos d'un cas

### [ Parietal endometriosis: case report ]

*Osman Ali, Abdellahi Ibrahim, Farid Kassidi, Abdellah Babahabib, Jaouad Kouach, Driss Moussaoui,  
and Mohammed Dehayni*

Hôpital Militaire d'Instruction de Mohamed V, Rabat, Morocco

Copyright © 2015 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:** 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, cataméniale abdomino-pelvienne. Avec à l'examen clinique une masse de 3 cm localisée au niveau abdominal sous ombilical. L'échographie a objectivé une plaque hypoéchogène, médiane sous ombilicale au dépend du grand muscle droit mesurant 30/20mm, évoquant une masse endométriosique ou une tumeur des parties molles d'où la décision d'excision de la lésion, au cours de laquelle on a découvert une masse dure de 3/2 cm, en sous aponévrotique accolée au muscle grand droit de l'abdomen. L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'endométriose pariétale. A travers notre cas, nous insisterons sur les caractéristiques de cette pathologie notamment pronostic, ce qui permettra au praticien de comprendre l'intérêt du diagnostic et prise en charge précoce de cette entité - pour laquelle on ne pense jamais assez devant une masse pariétale - et de sa prévention au cours de chaque chirurgie gynécologique ou obstétricale.

**MOTS-CLEFS:** Endométriose, paroi abdominale, diagnostic, traitement, pronostic, prévention.

**ABSTRACT:** The parietal endometriosis is a rare clinical entity, the pathophysiology remains unclear. It occurs most often after a gynecological or obstetrical surgery. We report the case of a patient with cyclic pain Abdomino-pelvic catamenial. With the clinical examination a mass of 3 cm located in the abdominal under umbilical region.

The ultrasound revealed a median plate under umbilicus at the expense of rectus muscle measuring 30 / 20mm, that suggest endometriosis mass or tumor in soft tissue. Hence the decision was excision of the lesion, in which it was, discovered a hard mass of 3/2 cm, contiguous fascia under the rectus abdomen muscle. Histological study confirmed the diagnosis of parietal endometriosis. Through our case, we will insist the characteristics of this disease that including particularly prognosis, This will allow the physician to understand the importance of diagnosis and early management of this entity - For whom which we never think enough in front of a parietal mass - and its prevention in each gynecological or obstetric al surgery.

**KEYWORDS:** Endometriosis, abdominal wall, diagnosis, treatment, prognosis, prevention.

## 1 INTRODUCTION

La présence de la muqueuse endométriale en dehors de son site habituel (cavité utérine) définit l'endométriose externe. La localisation pariétale est une entité rare. Elle survient le plus souvent sur les cicatrices d'interventions chirurgicales avec hystérotomie, et touche 0,03 à 0,4 % des cicatrices de césarienne. Elle fait partie de la faible proportion des endométrioses considérées comme iatrogènes et dont l'étiopathogénie demeure imprécise. Nous rapportons un nouveau cas d'endométriose localisée à la paroi abdominale, à travers lequel et à la lumière d'une revue de la littérature nous insisterons sur toutes les caractéristiques de cette entité notamment pronostic ce qui permettra au praticien de comprendre l'intérêt du

diagnostic et prise en charge précoce de cette entité -pour laquelle on ne pense jamais assez devant une masse pariétale- et de sa prévention au cours de chaque chirurgie gynécologique.

## 2 MATERIEL ET METHODE

Nous présentons une patiente de 36ans G3P3, 3 enfants, qui à consulté dans notre formation pour douleur cyclique cataméniale abdomino-pelvienne évoluant depuis une année.

## 3 PATIENTE ET OBSERVATION

Il s'agit de Mme Z. M. âgée de 36 ans mariée et mère des trois enfants, présentant une douleur cyclique cataméniale abdomino-pelvienne, évoluant depuis 1 année (soit 13 ans après la césarienne).L'examen physique à objectivé une petite sous-ombilicale médiane gauche, douloureuse au palper faisant 3 cm le reste de l'examen était sans particularité. L'échographie abdomino-pelvienne à objective une plaque hypoechogène médiane sous-ombilicale au dépend du grand muscle droit de l'abdomen mesurant de 3,3 cm de grand axe (figure1) en faveur d'une endométriose pariétale

L'IRM abdomino-pelvienne à objectivé une hypertrophie du grand muscle droit sur son versant interne avec une petite formation de 2 cm en ISO T1 et discrète T2 prenant le gado et comportant des structures nerveuses (figure 2). On a conclu une masse endometriose ou une tumeur des parties molles. D'où l'indication d'une tumerectomie partielle, au cour de laquelle on a découvert un nodule au niveau du grand muscle droit adhérent du péritoine pariétale et à l'épiplonn mesurant 3 sur 2 cm. Une exècres du nodule en emportant une partie du muscle droit et du l'épiplonn sous-jacente a été réalisé. Le période postopératoire était sans particularité. L'étude anamatopathologique a confirmé le diagnostic. La patiente était mise sous decapeptyl pendant 6 mois.

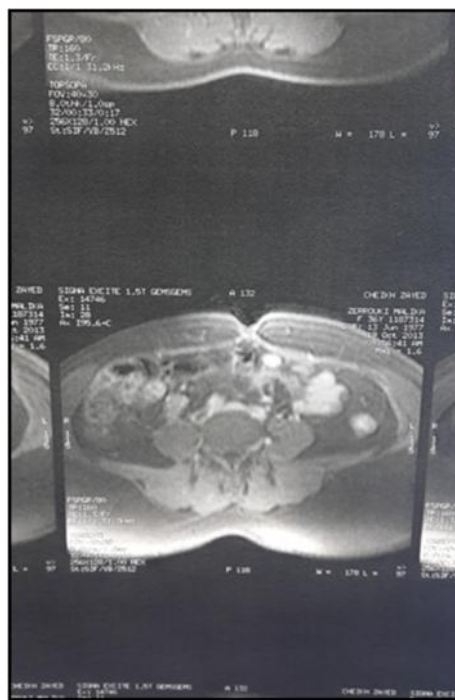


Fig. 1. TDM objectivant une hypertrophie du muscle droit



*Fig. 2. Echographie objectivant une plaque hypoéchogène au dépend du muscle droit*

#### 4 DISCUSSION

L'endométriose extra-génitale de la paroi abdominale est une entité rare. Elle ne représenterait que 0,03 à 2 % des endométrioses extra-génitales [1.5.]. Dans la grande majorité des cas elles sont de localisation cicatricielle suite à une intervention chirurgicale, qu'elle soit cœlioscopique sur les divers sites d'insertion des trocarts - ou par laparotomie, ou même après amniocentèse. Toutes les interventions gynécologiques prédisposent à cette pathologie mais celles comportant une hystérectomie et surtout la morcelassions utérine exposent à un risque majoré [2.3]. Cependant certains cas d'endométriose pariétale primitive ont été rapportés surtout au niveau de l'ombilic, des muscles droits et de la région inguinale secondairement à une dissémination par voie vasculaire ou lymphatique [4]. Alors que La localisation cicatricielle serait due à l'implantation directe des cellules endométriales suivie d'une inflammation secondaire induite probablement par des facteurs immunologiques et par un potentiel élevé de développement de ces cellules endométriales aux zones non épithélialisées [6.7.8.9].

L'endométriose pariétale se manifeste classiquement par une triade —masse palpable, ferme de taille variable latéralisée par rapport à la ligne médiane et adhérente au fascia; avec des douleurs cycliques et une exacerbation cataméniales [10]. Le délai d'apparition reste très variable, allant de 2 mois à 15 ans après l'acte chirurgical et certaines se voient même après la ménopause par réactivation des foyers sous l'effet du traitement hormonal substitutif ou en présence d'une tumeur œstrogène-sécrétante [11]. Certains diagnostics différentiels peuvent être discutés cliniquement à savoir l'hématome, l'abcès, la hernie, l'événtration et les tumeurs quand la masse est à distance de la cicatrice; ainsi que le granulome cicatriciel et l'événtration si la masse est en regard de la cicatrice [12].

Une fois l'endométriose pariétale est suspectée, Le premier examen à demander reste l'échographie avec doppler couleur peut montrer une image qui peut être hypoéchogène hyper-vascularisée, mixte ou liquidienne, dont les contours sont spéculés parfois hyper-échogènes selon la phase du cycle menstruel, la répartition entre les éléments du stroma et glandulaires et l'importance de la réaction inflammatoire [13]. L'IRM constitue l'examen clé en montrant le signal particulier de l'hémorragie dans l'endométriome ; nodule iso ou hypo-intense en T1 et T2 ponctué de foyers hyper-intense en T1 et T2 [14].

La ponction aspiration ou la biopsie percutanée ont été rapportées par certains auteurs mais elles devraient être bannît vu le risque de dissémination le long du trajet de la ponction. La confirmation du diagnostic repose sur l'étude histologique du matériel excisé quand elle montre la présence de glandes endométriales, cependant dans certains cas le diagnostic différentiel se discute avec l'adénocarcinome ou les métastases d'adénocarcinome [15]. Cette exérèse constitue en même temps le gold standard du traitement et devrait passer bien au large de la lésion avec mise en place de plaque prothétique en

cas de défaut aponévrotique important. Un traitement médical postopératoire — par analogue de la LHRH ou DANAZOL — a été proposé, mais son bénéfice n'a pas encore été démontré. La photocoagulation au laser CO<sub>2</sub> a aussi été rapportée comme étant efficace mais reste peu répandue [16].

Les récurrences ne sont pas rares, pouvant atteindre 10 à 15 %. Le taux de récurrence est corrélé à la taille et à la profondeur de la lésion. Une étude, non randomisée, a cependant conclu qu'un traitement préopératoire, semble diminuer le taux de récurrence. Par ailleurs certains cas de cancérisation d'endométriose de la paroi ont été rapportés dans la littérature ce qui justifie l'exérèse systématique de telles lésions. Comparé au cancer de l'ovaire sur endométriose sous-jacente, le pronostic de cette complication d'une cicatrice abdominale est plutôt sombre. Dans la littérature, le taux de survie atteint 57 % avec un recul court de 20 mois et la forme histologique la plus courante est le carcinome à cellules claires, suivie du carcinome endométrioïde [17].

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[10].

## 5 CONCLUSION

Tous praticiens doivent porter attention sur le grand intérêt d'évoquer le diagnostic d'endométriose pariétale chaque fois qu'une patiente présente une masse de la paroi avec douleur cyclique, dans les suites proches ou lointaines d'une chirurgie gynécologique. Ce qui devrait systématiquement conduire à une exérèse large en raison du risque de cancérisation dont la pronostic est considéré comme sombre.

## REFERENCES

- [1] BRUHAT M A, CANIS M, GLOWACZOWER E. Endométriose externe. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (paris): Gynécologie 12 (1987).
- [2] Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynecol Res* 2005;31:471-5
- [3] Balleyguier C, chaperon C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis :results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet invest* 2003; 55:220-4.
- [4] BRUHAT M A, MAGE G, POULY J L, MANHES H, CANIS M, WATTEZ A. Coelioscopie opératoire: endométriose
- [5] PAPIERNIK E, ROZENBAUM H, BELAISCH-ALLART J. Gynécologie: endométriose (A.J.M.AUDEBERT) Flammarion Ed., Médecines-Sciences 29 (1990) 435-458
- [6] DE BRUX J. Histologie gynécologique. *Prat. Méd* 33 (1985) 35-37
- [7] CLEMENT P B, YOUNG R H, SCULLY R E. Stromal endometriosis of the uterine cervix. A variant of endometriosis that may simulate a sarcoma. *Am. J. Surg. Path* 14 no 5 (1990) 449-455.
- [8] YORAM WOLF, HADDAD RIAD, WERBIN NAHUM and al. Endometriosis in Abdominal scars: A Diagnostic Pitfall. *Gynec and Obstet*; 1996. Vol 12, 1042-1044.
- [9] CRAIG V. COMITER, MD. Endometriosis of the urinary tract. *Urologic Clinics of North America* 29 no 3 (2002).
- [10] Toullalan o; BAQE P., BENCHIMOL D. Et coll. Endometrioses des muscles grands droits de l'abdomen. *Ann. Chir.* 2000 ; 125 :880-338-
- [11] ELABSI M., LAHLOUA M.K., ROUAS L., BENAMAR S. et coll. L'endometriosecicatricielle de la paroi abdominal. *Ann. Chir.* 2002 ;127 ;65-7
- [12] DWIVEDI AMIT J AGRAWAL SUNITA N AND AL Abdominal wall endometriomas. *Digestive diseases and sciences*, vol.47,n°2(February 2002),pp.456-461
- [13] SEYDEL ANNA, SICKEL JOSHUA, WARNER ELISABETH and al. Extrapelvic endometriosis: Diagnosis and Treatment. *The American journal of surgery*. Vol 171, February 1996.
- [14] LAMBLIN G, MATHEVET P, BUENERD A Endométriose pariétale sur cicatrice abdominal. A propos de 3 observations. *J gynecol obstet boil reprod* 1999; vol 28, n°3: 271-274.
- [15] WASFIE TARIK, GOMEZ EDWARD, SEON SYLVIA, ZADO BARINA. Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int.Surg.* 2002;87:175-177
- [16] JUDD HL. Gonadotropin-releasing hormone agonists: strategies for managing the hypoestrogenic effects of therapy. *Am J obstet Gynecol* 1992; 166;752-756.
- [17] Trank Dk, Leroy JI Et Coll. Endométriose externe. Encyclopédie médico-chirurgicale, 1996 .105-A-10.gynécologie, pages 1-11