

L'endométriase De La Paroi Abdominale : Pathologie Rare

Fatima Zahra Gounain, F. EL Hilali , K, Saoud , N. Mamouni , S. Erraghay , C .Bouchikhi, A.banani

Service de gynécologie obstétrique 1 CHU hassan II fes

Abstract: L'endométriase correspond à la présence de tissu endométrial fonctionnel en situation ectopique en dehors de la cavité utérine. Sa localisation au niveau de la paroi abdominale est rare et peu connue, se développant habituellement sur une cicatrice chirurgicale après intervention gynécologique ou obstétricale le diagnostic d'endométriase 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.

Keywords : Endometriose , pariétale, chirurgie , pathologie

Introduction :

L'endométriase correspond à la présence de tissu endométrial fonctionnel en situation ectopique en dehors de la cavité utérine. Sa localisation au niveau de la paroi abdominale est rare et peu connue, se développant habituellement sur une cicatrice chirurgicale après intervention gynécologique ou obstétricale (1). L'endométriase de la paroi abdominale a été décrite dans différentes localisations: les muscles grands droits de l'abdomen, l'ombilic [1], les cicatrices de césarienne [2], la peau, les tissus adjacents de cicatrices de chirurgie abdominale ou pelvienne, le trajet d'une aiguille d'amniocentèse [3]. Et sur l'orifice de trocart de cœlioscopie [4]. Nous rapportons un nouveau cas d'endométriase cicatricielle post- césarienne localisée au muscle grand droit de l'abdomen révélée par une tumeur pariétale.

Patient et observation :

Mme GF, âgée de 32 ans , mariée et mère de 2 enfants , ayant comme antécédents un diabète type 1 de découverte fortuite pendant la 1 ère grossesse, porteuse d'un utérus doublement cicatriciel .

Le début de la symptomatologie remonte à 5 mois du post partum par l'apparition brutale d'une douleur hypogastrique cyclique irradiant vers l'hypochondre gauche , chez qui l'examen clinique trouve une masse au dépend du muscle grand droit de l'abdomen bien limitée hypo échogène hétérogène mesurant 4*6 cm .

TDM TAP a montré une masse oblongue du muscle grand droit de l'abdomen a contenu spontanément hypo dense se rehaussant de façon hétérogène après injection du produit de contraste, mesurant 4*6 cm , avec la présence d'un diastasis .

La patiente a bénéficié d'une exérèse transfixiante de la masse pariétale , l'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'endométriase pariétale :

Discussion :

L'endométriase extra-génitale de la paroi abdominale est une entité rare. Elle ne représenterait que 0,03 à 2 % des endométries extra-génitales [5]. Il s'agit d'une localisation ectopique du tissu endométrial en dehors de la cavité utérine , La majorité des cas sont secondaires à une intervention chirurgicale notamment celle comportant une hystérotomie la morcélation utérine exposent à un risque majoré [6]. Cependant certains cas d'endométriase pariétale primitive ont été rapportés. L'endométriase pariétale abdominale a été décrite dans différentes localisations incluant les muscles grands droits de l'abdomen, l'ombilic, les cicatrices de césarienne, d'hystérectomie, de chirurgie abdomino- pelvienne, le site de passage d'une aiguille d'amniocentèse, les orifices de trocart de cœlioscopie [4].

L'endométriase pariétale se manifeste classiquement par : une masse palpable en regard d'une cicatrice augmentant progressivement de volume; des douleurs cycliques qui est un élément important d'orientation mais ne permet pas de confirmer le diagnostic. La palpation de la lésion doit permettre d'en apprécier la taille et la localisation en profondeur, la lésion envahit fréquemment les muscles abdominaux et leur gaine. Le délai d'apparition reste très variable (2 mois à 15 ans après l'acte chirurgical). En cas de tableau typique, le diagnostic peut être facile à évoquer. Mais, il est parfois plus difficile. Dans 37% des cas, le diagnostic est de découverte anatomopathologique [1, 2]. Le premier examen à demander reste l'échographie, examen facile d'accès et non invasif, qui joue un rôle important dans l'orientation diagnostique et le bilan préopératoire, Il s'agit le plus souvent d'une masse bien limitée, tissulaire, hypo- échogène mais la lésion peut être kystique, solide ou mixte [7], la taille de la lésion varie de 5 à 200 mm Le doppler couleur montre souvent une masse très hyper vascularisée avec des vaisseaux afférents dilatés [7]. L'aspect tomographique des localisations sous cutanées de l'endométriase n'est en aucun cas caractéristique. Le scanner peut montrer un épaississement ou une masse localisée solide, kystique ou mixte de la paroi musculaire abdominale [8].

L'IRM constitue l'examen cle en montrant le signal particulier de l'hémorragie dans l'endométriome [9]; nodule iso ou hypo-intense en T1 et T2 ponctué de foyers hyper-intense en T1 et T2 [10] .

La biopsie par aspiration à l'aide d'une aiguille fine peut permettre de poser le diagnostic ou de le confirmer avant d'envisager un traitement chirurgical [11]. La confirmation du diagnostic repose sur l'étude histologique du matériel excisé. Cette exérèse

constitue en même temps le gold standard du traitement et devrait passer bien au large de la lésion, minimum à 5 mm en zone saine, avec mise en place de plaque prothétique en cas de défaut aponévrotique important. Les récurrences ne sont pas rares, pouvant atteindre 10 à 15%. Le traitement médical par agoniste de la LH-RH ou progestatifs a été évalué, et bien qu'il permette d'améliorer la symptomatologie, il ne permet pas la guérison des lésions qui récidivent rapidement et systématiquement à l'arrêt de celui-ci [12]

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 [2]. 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 [10]. 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 [10]

La prévention reste le gold standard par lavage abondant de la paroi abdominale et de la cicatrice d'intervention, si l'intervention a été réalisée par laparotomie en insistant sur le changement des gants après hystérogographie en cas de césarienne et le changement de matériels de fermeture aussi. En coelioscopie, l'extraction des pièces opératoires dans un sac de protection et le lavage abondant de la cavité pelvienne devraient être systématiques.

Conclusion :

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. Le diagnostic est confirmé par l'histologie. Le traitement est principalement chirurgical et repose sur l'exérèse complète de la lésion.

Bibliographies :

1. Kouach J, Babahabib A, Elhassani M et al. L'endométriose ombilicale: à propos d'un cas. *Med Ther Med Reprod Gynecol Endocrinol.* 2010;12:324-7.
2. Picod G, Boulanger L, Bounoua F et al. Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne: à propos de 15 cas. *Gynecol Obstet Fertil.* 2006 Jan; 34(1): 8-13. PubMed | Google Scholar
3. Hughes ML, Bartholomew D, Paluzzi M. Abdominal wall endometriosis after amniocentesis. A case report. *J Reprod Med.* 1997 Sep; 42(9): 597-9. PubMed | Google Scholar
4. Thylan S. Re: abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surg.* 1996 Jul; 62(7): 617. PubMed | Google Scholar
5. Victory R, Diamond MP, Johns DA. Villar's nodule: a case report and systematic literature review of endometriosis externa of the umbilicus. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007 Jan- Feb;14(1):23-32. PubMed |
6. Hughes ML, Bartholomew D, Paluzzi M. Abdominal wall endometriosis after amniocentesis - a case report. *J Reprod Med.* 1997 Sep;42(9):597-9. PubMed | Google Scholar
7. Francica G, Giardello C, Cristiano S et al. Abdominal wall endometriomas near caesarean delivery scars: sonographic and color Doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med.* 2003 Oct; 22(10): 1041-7. PubMed | Google Scholar
8. Merran S, Karila-Cohen P. Endométriose sous cutanée sur cicatrice de la paroi abdominale antérieure: à propos de deux observations. *J Radiol.* 2004 Apr; 85(4 Pt 1): 409-10. PubMed | Google Scholar
9. CNGOF. Prise en charge de l'endométriose - Recommandations pour la pratique clinique. Mises à jour en gynécologie obstétrique. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_endometriose.pdf. Accédé le 2 Juin 2013.
10. Jayi S, Bouguern H, Bouchikhi C, Amhager N, Chaaara H, Melhouf MA, Banani A. Greffe endométriosique post-obstétricale, à propos de 2 cas. *Médecine du Maghreb.* 2008; 154: 21-25. PubMed | Google Scholar

11. Simsir A, Thorner K, Waisman J, Cangiarella J. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine- needle aspiration biopsy. *Am Surg.* 2001 Oct; 67(10): 984-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

12. Toullan O, Baqué P, Benchimol D et al. Endométriase des muscles grands droits de l'abdomen. *Ann Chir.* 2000 Nov; 125(9): 880-3. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)