

# Parietal Endometriosis: A Rare Entity Not To Be Ignored

Pr Hafsa Taheri, Dr Hind Ennasser, Pr Hanane Saadi, Pr Ahmed Mimouni

Service de Gynécologie et Obstétrique  
Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Oujda, Maroc

Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda

Université Mohammed premier Oujda, Maroc

Auteur correspondant : Hind Ennasser Email : [hindennasser1991@gmail.com](mailto:hindennasser1991@gmail.com)

**Abstract :** Endometriosis is a very polymorphic pathology that is almost exclusive to women during genital activity. It is defined by the presence of endometrial tissue in a heterotopic situation outside the uterine cavity, the parietal localization is most often secondary to abdomino-pelvic surgery. In this work, we report the experience of the department of obstetrics and gynecology CHU Mohammed VI in management of parietal endometriosis. This is a retrospective study of 3 cases; collected over 5 years (from January 2015 until December 2021); in whom we will analyze the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects before comparing them with the data in the literature

**Keywords:** endometriosis, abdominal wall, parietal endometriosis

## ENDOMÉTRIOSE PARIÉTALE : UNE ENTITE RARE A NE PAS MECONNAITRE

### Résumé :

L'endométriose est une pathologie très polymorphe quasi exclusive de la femme en période d'activité génitale, qui se définit par la présence de tissu endométrial en situation hétérotopique en dehors de la cavité utérine, la localisation pariétale est le plus souvent secondaire à des chirurgies abdomino-pelviennes.

Dans ce travail, nous rapportons l'expérience du service de gynécologie et obstétrique CHU Mohammed VI en matière de prise en charge de l'endométriose pariétale. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 3 cas ; colligés sur 5ans (du janvier 2015 jusqu'au décembre 2021) ; chez qui nous allons analyser les aspects épidémiologiques, diagnostiques, et thérapeutiques avant de les comparer avec les données de la littérature ,

**Mots-clés :** Endométriose, paroi abdominale, endométriose pariétale

### INTRODUCTION :

L'endométriose est une pathologie fréquente en gynécologie, à l'origine de symptômes divers dominés par les douleurs. Elle touche les femmes en âge de procréer et sa prévalence peut aller jusqu'à 20%. Elle peut revêtir différentes formes anatomocliniques, qui peuvent se présenter de manière isolée ou associée chez une même patiente. Il peut s'agir d'endométriose superficielle, d'endométriose profonde, d'adénomyose [1].

L'endométriose pariétale est rare, elle concerne 1 à 4% des cas d'endométriose extra-génitales. Très rarement primitive, elle survient le plus souvent sur cicatrice de chirurgie gynécologique ou de chirurgie abdominale [2].

### MATERIELS ET METHODES :

L'objectif de notre travail est de rapporter 3 cas d'endométriose pariétale, prises en charge au service de gynécologie-obstétrique du CHU Mohammed VI Oujda, d'en définir les différents aspects épidémiologiques, physiopathologiques, tout en insistant sur la présentation clinique, l'apport de l'imagerie, les aspects thérapeutiques et évolutifs pour en déduire d'éventuels moyens de prévention.

### RESULTATS:

Les principaux signes cliniques, le caractère cataménial, l'âge, la gestité/parité, les antécédents sont précisés dans le tableau 1

Tableau 1 : caractéristiques épidémiologiques et présentation clinique de l'endométriose pariétale dans notre série

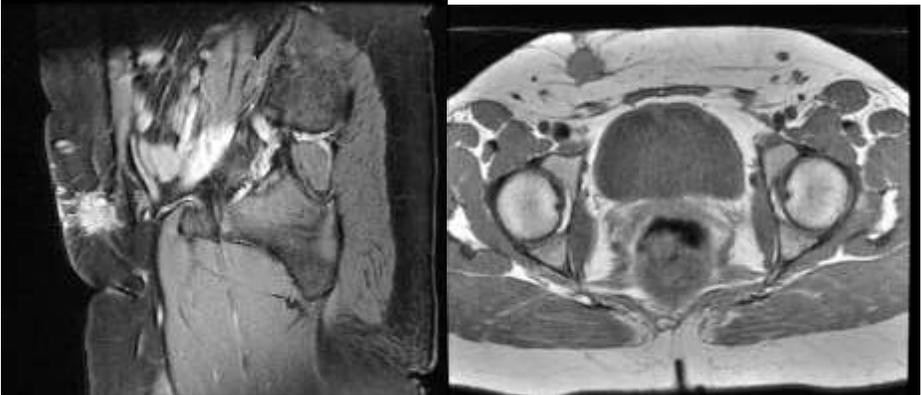
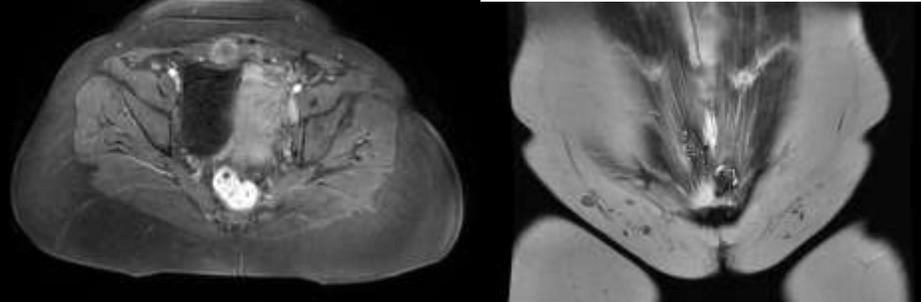
	Age (ans)	Gestité/Parité	Antécédent	Symptômes	Examen clinique
1	39	G2P2	-2 césariennes -Exérèse d'un nodule	-douleurs pelviennes cycliques au niveau de la cicatrice de la césarienne	-une induration de 2 cm au localisée à la fosse iliaque droite, au niveau du 1/3 externe de la cicatrice type Pfannentiel.

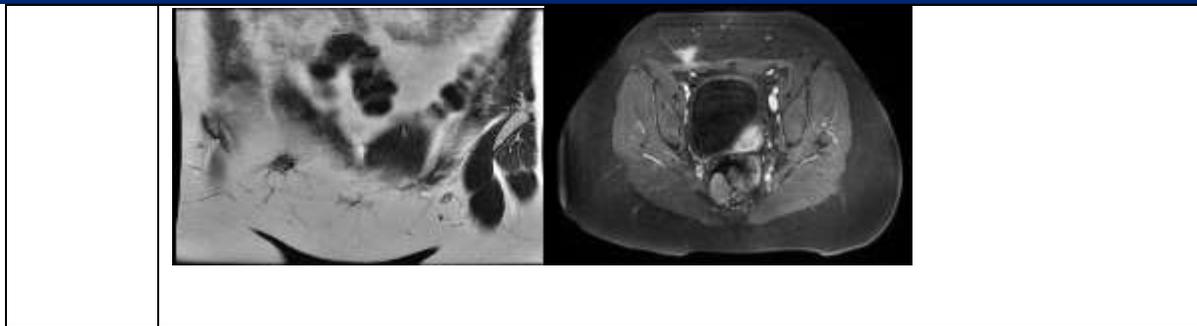
			endométriosique pariétale		-lésion violacée au niveau de la lèvres postérieure du col
2	39	G1P1	-une césarienne	-douleurs pelviennes cycliques	2 nodules au niveau de la cicatrice de césarienne type Pfannestiel..
3	34	G2P2	-2 césariennes	- douleurs pelviennes cycliques	- une tuméfaction au niveau de la fosse iliaque droite.

La durée entre le geste chirurgical et la date d'apparition des symptômes varie entre 2 et 6 ans avec une moyenne de 3 ans et 9 mois.

L'échographie abdomino-pelvienne a été réalisée chez trois de nos patientes. Elle a révélé chez notre 1ère patiente un kyste ovarien droit mesurant 65mm à double composante avec endométriose pariétale, Chez notre 2ème patiente, une adénomyose utérine avec 2 kystes endométriosiques bilatérales. Et revenue normale chez notre 3ème patiente. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une imagerie par résonance magnétique, qui a révélé des foyers endométriosiques. Les caractéristiques des lésions à l'IRM sont détaillées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : sémiologie radiologique par résonance magnétique de l'endométriose pariétale dans notre série

Patientes	IRM pelvienne
1	<p>Lésion nodulaire arrondie sous cutanée de la paroi abdominale antérieure en regard de la cicatrice de Pfannestiel, latéralisée à droite, de contours spiculés en hyposignal T2, isosignal T1, réhaussée de façon progressive et intense après contraste, mesurant 23x20x28 mm faisant évoquer un foyer endométriosique, et une masse ovarienne droite en rapport avec un kyste dermoïde.</p> 
2	<p>Deux lésions nodulaires au niveau du muscle grand droit en regard de la cicatrice de Pfannestiel, de contours irréguliers, en iso signal T1 et T2, se réhaussant de façon hétérogène après injection, mesurant 25 et 27 mm de grand axe, faisant évoquer une endométriose pariétale, et une adénomyose utérine associée à une atteinte endométriosique profonde.</p> 
3	<p>Lésion nodulaire spiculée en regard de la jonction du muscle grand droit de l'abdomen et du grand oblique pouvant être en rapport avec une lésion endométriosique.</p>



La conduite thérapeutique et le devenir de nos patientes est précisés dans le tableau 3

Tableau 3 : la prise en charge thérapeutique et le devenir de nos patientes

Patientes	Traitement	Evolution
1	-Kystectomie laparoscopique -Exérèse du nodule endométriosique pariétale	Bonne , sans récurrences de douleurs ou de nodule (recul de 12 mois)
2	-Progestatifs	Persistance de douleurs avec une légère diminution de la taille des 2 nodules. (recul d'un mois)
3	- Résection de la masse pariétale	Persistance de douleurs cycliques d'intensité moindre sans récurrences du nodule. (recul de 12 mois)

## DISCUSSION

L'endométriose pariétale ou endométriomes est une entité rare qui se définit par la présence d'une quantité importante de tissu endométrial ectopique. Plusieurs localisations sont possibles. Les plus fréquentes sont les cicatrices abdominales. Ces cicatrices sont souvent suite à une césarienne. En effet, un antécédent de césarienne était retrouvé dans 44,5 % des cas dans la série de Steck et Helwig [3] et dans 74 % des cas dans la mise au point de Durant et al. [4]. Dans notre série, nous confirmons nos données où chacune de nos patientes avait eu au moins une césarienne avant l'apparition des premiers symptômes. Daye et al rapportent qu'il s'agit d'une complication des cicatrices type Pfannenstiell [5]. Dans notre étude, toutes les laparotomies pratiquées étaient de ce type.

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 [6] , ce qui concorde avec nos données où l'intervalle varie entre 2 et 6 ans .

L'étiopathogénie de cet emplacement est inconnue et la plupart des auteurs soutiennent l'hypothèse selon laquelle des cellules endométriales viables peuvent être transplantées dans la plaie , se diviser et former des plages d'endométriose et réponds aux stimuli hormonaux périodiques [1].

Cliniquement on constate une infiltration nodulaire, irrégulière, persistante, de taille variable, en regard d'une cicatrice abdominale qui est le plus souvent une cicatrice de césarienne avec un changement de teinte de la lésion qui devient bleuâtre ou même une fistulisation de la peau avec écoulement sanglant de façon cyclique surtout lorsque la lésion est très superficielle Cette lésion s'associe très souvent à des douleurs cycliques concomitantes avec les règles, fortement évocatrices du diagnostic mais peut être absente . Selon la littérature l'association avec des signes d'endométriose pelvienne intra-abdominale n'est retrouvée que seulement dans 26 % des cas alors que dans notre série les douleurs cycliques étaient notées chez toutes les patientes [7].

L'échographie est un examen facile d'accès et non invasif c'est la technique de première intention pour l'évaluation d'une endométriose pelvienne mais présente des limites liées au champ d'analyse et à l'expérience de l'opérateur. L'échographie oriente le diagnostic d'endométriose pariétale sans spécificité. Elle montre une masse tissulaire, bien limitée, hypoéchogène avec une vascularisation externe ou interne au Doppler couleur. L'aspect tomographique des localisations sous cutanées de l'endométriose est peu spécifique pouvant montrer un épaississement ou une masse localisée solide, kystique ou mixte de la paroi musculaire abdominale. L'imagerie par résonance magnétique pourrait être plus spécifique en permettant la détection des saignements récents, ou des résidus d'hémossidérine résultant de saignement antérieur. Elle permet de porter le diagnostic dans les cas douteux en précisant la taille, les rapports avec les structures de la paroi abdominale et l'extension en profondeur [8].

La ponction par aspiration ou la biopsie percutanée sont formellement contre indiquées s'il y'a la moindre suspicion clinique ou échographique d'endométriome pariétal [7], car il y a un fort risque de dissémination le long du trajet de la biopsie et l'exérèse chirurgicale totale est le seul traitement valable d'un endométriome de paroi.

La confirmation du diagnostic repose sur l'étude anatomopathologique du produit 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 [9].

Le traitement médical reposant principalement sur les progestatifs voir agoniste de la LH-RH n'est pas curatif et permet l'amélioration de la symptomatologie douloureuse et inflammatoire il est utilisé aussi en tant que traitement d'induction pour des masses volumineuses, visant à réduire le volume de l'endométriome et le défaut pariétal résultant de son exérèse [7].

Le taux de récurrences rapporté dans la littérature est de 10 à 15%. Des récurrences postopératoires ont été rapportées en cas d'exérèse incomplète [6]. Dans notre série aucune récurrence n'a été observée au bout d'un suivi moyen de 12 mois après une exérèse large toute en respectant les marges de sécurité, cependant pour la première récurrence chez une de nos patientes on n'a pas une idée sur la chirurgie antérieure si elle était complète ou non.

## CONCLUSION :

L'endométriome pariétal reste une pathologie peu fréquente, et dont le diagnostic est le plus souvent tardif. Le diagnostic est aisé devant une symptomatologie typique caractérisée par la présence chez une femme en âge de procréation, d'un syndrome pariétal abdominal tumoral douloureux, dont l'intensité fluctue au rythme des cycles menstruels.

Cependant, la reconnaissance de la maladie peut s'avérer relativement ardue en absence de signes évocateurs, mettant en balance de nombreuses autres éventualités morbides bénignes ou malignes.

Les explorations radiologiques par échographie et IRM permettent d'étayer le diagnostic mais assez souvent, seule l'étape anatomopathologique permet d'établir avec certitude le diagnostic de l'endométriome.

Le traitement de choix de l'endométriome pariétal est l'exérèse chirurgicale de la masse. En fonction de l'étendue de la résection, une procédure adjuvante de réparation des défauts aponévrotiques et cutanés pourrait être requise. L'indication d'un traitement médical se justifie en cas d'atteinte pelvienne concomitante ou en présence d'une masse tumorale de grande taille.

## RÉFÉRENCES

- [1]. Sinha R, Kumar M, Matah M. Abdominal scar endometriosis after Cesarean section: a rare entity. *Australas Med J*. 2011;4(1):60–2.
- [2]. Patil N, Kumar V, Gupta A. Scar endometriosis- a sequel of caesarean section. *J Clin Diagn Res*. 2014 Apr;8(4):FD09–10
- [3]. Steck WD, Helwig EB. Cutaneous endometriosis. *JAMA* 1965;191:167–70.
- [4]. Durant X, Daligant H, Aubert P, Baranger B. Endométriome de la paroi abdominale : mise au point. *J Chir Visc* 2010;147:354–9.
- [5]. Daye SS, Barone JE, Lincer RM, Blabey RC, Smego DR. Pfannenstiel syndrome. *Am Surg* 1993;59:459–60
- [6]. Nominato NS, Prates LF, Lauar I, Morais J, Maia L, Geber S. La césarienne augmente considérablement le risque d'endométriome cicatricielle. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 ; 152 : 83–85.
- [7]. Boufettal H, Hermas S, Boufettal R, Rifki Jai S, Kamri Z, Elmouatacim K, et al. Endométriome de cicatrice de la paroi abdominale. *Press Med* 2009;38:e1–6.
- [8]. Bazot M, Nassar J, Daraï E, Thomassin I, Cortez A, Buy JN *et al*. Valeurs diagnostiques de l'échographie et de l'IRM pour l'évaluation de l'endométriome pelvienne profonde. *Journal de Radiologie*. 2005;86(5):461-467.
- [9]. Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B. Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int Surg*. Jul-Sep 2002;87(3):175-7