

Endométriose de la paroi abdominale : à propos de 2 cas

Guessan Bi Nene, Benrahhal Douae, Fatima Zohra Fdili Alaoui, Sofia Jayi, Hikmat CHaara, Moulay Abdelilah Melhouf

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Département de gynécologie-obstétrique II, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Abstract : *L'endométriose de la paroi abdominale est une maladie rare qui se développe généralement sur une cicatrice de césarienne. Bien que fréquemment observée dans le tissu adipeux cutané et sous-cutané en regard de la cicatrice de césarienne, sa localisation intramusculaire est possible mais reste rare. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale de la lésion associée ou non à une thérapie hormonale. L'exérèse chirurgicale large reste le traitement de choix de la maladie mais expose au risque de hernie de la paroi abdominale. Nous rapportons deux cas d'endométriose pariétale survenant après cicatrice de Pfannstiel pour césarienne colligés au service de chirurgie de gynécologie obstétrique du CHU HASSAN II de Fès.*

Keywords: endometriose; muscle droit, abdomen; échographie; irm pelvienne; scanner abdomino pelvien

Introduction

Le nom médical de la paroi interne de l'utérus est "l'endomètre". Au cours des règles, la muqueuse utérine est éliminée par le vagin. L'endométriose est une localisation extra utérine de tissu endométrial fonctionnel fait de glandes et de stroma. Pour les anglo-saxons le terme « endometrioma » désigne une masse circonscrite d'endométriose alors que ce terme désigne pour d'autre une localisation ovarienne. Pour éviter toute confusion nous utiliserons le terme endométriose pariétale. [5,6]. En cas d'endométriose, des fragments d'endomètre se développent ailleurs que dans la paroi interne de l'utérus, ou cavité utérine. Ils peuvent ainsi apparaître sur les ovaires, ou parfois sur les trompes de Fallope, le vagin, l'intestin ou le péritoine. Par définition, l'endométriose est l'implantation anormale d'épithélium endométrial fonctionnel avec stroma en dehors de la cavité utérine. Elle touche les femmes en période d'activité génitale avec une prévalence de 10%. Ses principales localisations sont endopelviennes intéressant principalement les organes génitaux internes (ovaires, trompes, myomètre) les ligaments utero sacrés, le ligament large, la vessie. La localisation dans les organes extra génitaux est moins décrite. L'endométriose pariétale est une entité clinique rare; sa survenue sur les cicatrices opératoires post opératoires notamment sur cicatrice de Pfannstiel ou sur les muscles abdominaux est d'autant plus rare (0.03 à 0.4% de l'ensemble des endométrioses) mais constitue les localisations pariétales les plus fréquentes [1]. Elle est suspectée sur un faisceau d'argument clinique, radiologique ; mais sa confirmation reste histologique. Sa PEC révèle d'un traitement chirurgical.

Nous rapportons deux observations d'endométriose pariétale, l'une survenant sur cicatrice de Pfannstiel et l'autre sur le muscle grand droit de l'abdomen colligées au service de gynéco-obstétrique 2 du CHU HASSAN II de Fes.

Observations

Informations sur la patiente N 1 : il s'agit d'une patiente âgée de 34 ans, sans antécédents notables ; G3P2, ayant eu deux accouchements par voie basse dont le dernier par césarienne il y a 6 ans, non connue porteuse d'endométriose génito-pelvienne; qui a consulté pour une tuméfaction douloureuse au niveau de la cicatrice de Pfannstiel, évoluant depuis 5 mois (soit un délai de 5 ans et 7 mois suivant l'accouchement). L'anamnèse a trouvé une exacerbation des douleurs pendant les menstruations, sans notion de dysménorrhée, de dysurie ni de dyspareunie. Par ailleurs la patiente rapporte l'augmentation du volume de la masse d'une façon cyclique pendant les menstruations.

Données de l'examen clinique : l'examen clinique a objectivé au niveau de la cicatrice un nodule ovalaire irrégulier, dur, peu mobile et douloureux faisant 2 cm de grand axe au niveau de l'angle gauche de la cicatrice de Pfannstiel. Par ailleurs pas d'issue de pus. Les touchers pelviens étaient sans anomalies.

Démarche diagnostique : l'échographie des parties molles a objectivé la présence d'une formation infiltrante grossièrement ovalaire, de contours irréguliers d'échostructure solido-microkystique de localisation cutanée et sous cutanée de l'hypogastre, vascularisée au Doppler couleur, mesurant environ 22 mm X 13,7 mm. Elle respecte le muscle droit sous-jacent. Quelques petits ganglions inguinaux gauches infracentimétriques sans valeur pathologique. La TDM-TAP a objectivé une lésion nodulaire de la paroi abdominale antérieure, latéralisée à gauche, en regard de la cicatrice opératoire. Le dosage du CA125 est revenu normal. Des biopsies ont été réalisées et le diagnostic d'endométriose a été posé d'où la décision d'opérer la patiente.

Le traitement chirurgical

: la patiente a été opérée par une reprise sur l'ancienne cicatrice, l'exploration avait trouvé un nodule de 2 cm incrusté dans le muscle grand droit. Réalisation d'une exérèse large de la masse pariétale en emportant la partie du muscle grand droit et son aponevrose en regard de la lésion.

Diagnostic final : l'étude

anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'endométriose pariétale.

Suivi et évolution : les suites post opératoires immédiates étaient simples. Le suivi n'a pas détecté de récurrences.

Informations sur la patiente N2 : il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, sans antécédents notables ; G3P2, ayant eu deux accouchements par césarienne il y a 3 ans, suivie dans notre formation pour endométriose profonde ; qui a consulté pour algies pelviennes et distension abdominale, évoluant depuis 3 mois (soit un délai de 2 ans et 7 mois suivant l'accouchement).

L'anamnèse a trouvé une exacerbation des douleurs pendant les menstruations, avec notion de dysménorrhée, de dysurie et de dyspareunie.

Données de l'examen clinique : l'examen clinique et gynécologique est revenu sans anomalies. Par ailleurs pas d'issue de pus. Les touchers pelviens étaient sans anomalies.

Démarche diagnostique : l'échographie des parties molles a objectivé une lésion hypoéchogène infiltrante du muscle droit gauche de l'abdomen, en rapport avec une probable localisation pariétale endométriosique. Une IRM pelvienne réalisée en complément objective, une endométriose de la paroi antérieure au sein du muscle droit gauche de l'abdomen. Discret signe d'endométriose profonde avec une discrète adénomyose focale corporeale postérieure (déjà connue). La TDM-TAP n'a pas été réalisée chez cette patiente. Le dosage du CA125 est revenu normal.

Le traitement chirurgical : la patiente a été opérée par une reprise sur l'ancienne cicatrice, l'exploration avait trouvé un nodule de 3 cm incrusté dans le muscle grand droit gauche. Réalisation d'une exérèse large de la masse pariétale en emportant la partie du muscle grand droit gauche.

Diagnostic final : l'étude

anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'endométriose pariétale.

Suivi et évolution : les suites post opératoires immédiates étaient simples. Le suivi n'a pas détecté de récurrences.

Discussion

L'endométriose est définie par l'implantation ectopique de l'épithélium endométrial fonctionnel en dehors de la cavité utérine [1]. C'est une pathologie chronique dont le diagnostic est souvent évoqué tardivement par rapport au début de la symptomatologie du fait d'une méconnaissance de la pathologie. Elle concerne principalement les femmes en âge de procréer avec un pic autour de 40 ans [1]. Les principales localisations sont pelviennes. La localisation pariétale est rare. La localisation sur cicatrice de chirurgie gynécologique ou obstétricale à laquelle on s'intéresse est encore plus rare [1,2]. En règle générale, ce type d'endométriose se déclare dans les 2 ans à 2 ans et demi après une intervention chirurgicale (comme c'est le cas chez nos 2 patientes) : une césarienne, le plus souvent, ou plus rarement une coelioscopie. La physiopathologie de l'endométriose est encore mal élucidée et incertaine, cependant plusieurs théories ont été avancées à savoir [1,2] :

-La théorie de l'implantation : décrite en 1927 par Sampson : les cellules endométriosiques provenant du reflux du sang menstruel par les trompes vers la cavité péritonéale s'implantent de façon ectopique. En présence d'un dysfonctionnement du système d'épuration ou en raison de l'abondance du reflux. Les cellules infiltrent le mésothélium des vaisseaux des tissus envahis générant ainsi une angiogenèse.

-La théorie métaplasique : selon cette théorie, les cellules de l'épithélium cœlomiques subissent une métaplasie en cellules endométriales, cette théorie pourrait expliquer les cas de localisation pleurales et les cas observés chez les hommes sous traitement ostrogénique.

-La théorie métastatique : elle stipule que la dissémination des cellules endométriales est possible par voie lymphatique et vasculaire.

Dans notre contexte : l'endométriose pariétale peut être expliquée par la théorie d'implantation parce qu'il s'agit d'une dissémination iatrogène et involontaire des cellules endométriales au cours d'une chirurgie abdominopelvienne. Plusieurs facteurs de risques ont été incriminés dans la genèse de l'endométriose dont on cite l'activité génitale et toute exposition prolongée aux œstrogènes (puberté précoce, ménopause tardive) mais aussi des intervalles prolongés entre les grossesses. Les troubles menstruels ont été aussi incriminés : les femmes endométriosiques ont généralement des cycles courts avec un flux abondant et prolongé, ce qui pourrait correspondre à une exposition à un reflux menstruel abondant et plus fréquent. Les anomalies congénitales du tractus

génital sont aussi considérées comme facteur de risque. En effet tout obstacle à l'écoulement normal du flux menstruel favorise potentiellement le reflux. En ce qui concerne nos deux patientes, dont l'une connues porteuses d'endométriose génito-pelvienne profonde, l'âge de diagnostic est entre 30 et 34 ans. L'âge de la ménarche était de 13 et 12 ans. Les cycles sont réguliers de 28 jours sans anomalies du flux chez les deux patientes. Aucune malformation congénitale n'est présente chez les deux patientes. Sur le plan clinique : la symptomatologie de l'endométriose pariétale est faite essentiellement d'une masse douloureuse avec un caractère cataménial. Ce caractère cyclique de la douleur est un élément important d'orientation mais non indispensable pour évoquer le diagnostic. Ces signes peuvent apparaître dans les semaines voire des années suivant l'intervention. Certains diagnostics doivent être discutés. Parmi eux sont rapidement écartés devant les données de l'échographie qui est l'examen para clinique de première intention: un lipome, une hernie inguinale ou incisionnelle, un hématome, un kyste quel que soit sa nature, un abcès et moins facilement un granulome inflammatoire. Le diagnostic différentiel se pose en général avec une tumeur dermoïde [6] et on discutera les sarcomes des tissus mous. Il faut garder à l'esprit que le nodule peut être situé plus haut par rapport à la cicatrice car celle-ci peut être décalée par rapport à celle du plan profond. Chez nos deux patientes, l'intervalle entre l'intervention et le début de la symptomatologie est de 5 ans et 7 mois pour une patiente et de 2 ans et 7 mois pour l'autre [1,2]. Les lésions siègent souvent au niveau de la cicatrice de césarienne ou des muscles grands droits ou de l'aponévrose. Nos 2 patientes avaient comme localisation le muscle grand droit gauche et la cicatrice de césarienne (paroi abdominale antérieure). Il a été aussi décrit un changement cyclique du comportement des lésions très superficielles, à type de saignement et de fistulisation à la peau [1] ; ce qui n'a été le cas chez aucune de nos patientes. Les images échographiques et scannographies des endométrioses cicatricielles sont peu spécifiques. Il s'agit soit d'aspect de collection liquidienne soit d'aspect tissulaire. Le Doppler couleur montre une masse vascularisée. Il est avantageux de combiner le doppler couleur au Doppler pulsion pour écarter une lésion maligne avec une grande fiabilité. Un changement de la vascularisation par rapport au cycle menstruel est hautement évocateur d'endométriose pariétale. La masse est douloureuse lorsqu'une pression est exercée par la sonde. En effet l'aspect kystique/tissulaire de la lésion dépend de l'imprégnation hormonale en fonction du cycle. La composante liquidienne a été trouvée à l'échographie chez la 1^{ère} patiente [3] ; pour la 2^{ème} elle était plutôt tissulaire. L'intérêt de la TDM réside dans l'étude de l'envahissement en profondeur des lésions. Celle-ci a été réalisée que chez notre 1^{ère} patiente. L'IRM est l'examen de choix à réaliser ; à la recherche de lésions endométriosiques profondes indiquant un traitement médical associé à la chirurgie d'exérèse [1,3]. L'imagerie par résonance magnétique de la paroi est systématique. Les données de l'IRM, les antécédents de chirurgie pelvienne et la présence de nodule douloureux selon un rythme cataménial constituent pour nous une triade fortement évocatrice avec une excellente valeur prédictive positive. L'IRM permet une meilleure définition de la taille de la masse, de ses rapports avec les structures avoisinantes notamment le plan profond. Il faut se méfier des localisations multiples et de la transformation maligne d'un nodule d'endométriose notamment chez une femme ménopausée avec un nodule de grande taille. Ces deux éventualités rendent selon nous l'IRM indispensable lorsque ce diagnostic est évoqué. [10,11]. Seule la 2^{ème} patiente a bénéficié d'une IRM posant le diagnostic. Les diagnostics ayant été posés, on a directement procédé à l'exérèse chirurgicale. Le taux sérique de CA125 peut être augmenté en corrélation avec la prolifération épithéliale des lésions endométriosiques. Chez nos patientes les marqueurs tumoraux sont revenus normaux. La confirmation du diagnostic reste histologique montrant la présence, sur les pièces opératoires de glandes endométriales en position ectopique avec des tubes glandulaires, du chorion cytogène et des fibres musculaires. Le traitement peut être médical (hormonal) et cherche à diminuer les douleurs. Si cela ne suffit pas, la chirurgie peut être proposée pour enlever les lésions d'endométriose. Cette chirurgie peut nécessiter parfois la pose d'une plaque de type prothèse, si la résection de ce nodule est trop importante et risque d'entraîner des hernies secondaires. Le traitement de référence des endométrioses pariétales est l'exérèse chirurgicale large d'emblée quitte à réaliser une pariétoplastie pour combler la déhiscence aponévrotique [2,4]. En ce qui concerne notre étude, la 1^{ère} patiente a eu une exérèse isolée, et la 2^{ème} après échec du traitement hormonal (DIU au lévonorgestrel) a bénéficié de la chirurgie. Bien qu'aucun bénéfice n'a été démontré ; il est conseillé en cas de laparotomie de réaliser un lavage abondant de la cicatrice et de changer de gants avant sa fermeture. En cas de coelioscopie, pour prévenir la greffe endométriosique sur les orifices des trocarts, il révèle de la bonne pratique chirurgicale d'extraire les pièces opératoires dans un sac de protection de façon systémique [1,3,4]. Il existe actuellement de nouveaux traitements pour l'endométriose pariétale :

- la cryothérapie qui est une technique mini invasive, qui consiste à geler les lésions d'endométriose en les soumettant pendant quelques minutes à une température de -180 °C. Elle est menée par des radiologues interventionnels sous contrôle d'imagerie. La personne qui reçoit le traitement est sous anesthésie locale ou générale. Cette technique n'abîme pas la paroi abdominale, contrairement aux chirurgies qui peuvent nécessiter la mise en place d'un filet.
- l'utilisation des ultrasons focalisés de haute intensité sur les endométrioses pariétales. Cette étude vise à évaluer l'efficacité de la radiofréquence percutanée comme alternative à la résection chirurgicale par laparotomie pour le traitement des lésions d'endométriose pariétale. Le traitement en pratique est réalisé sous anesthésie locale ou régionale, le traitement vise à introduire des aiguilles de radiofréquence, sous contrôle échographique, au niveau du ou des nodules d'endométriose. L'objectif est de détruire le nodule par diffusion ciblée de chaleur. Une consultation de surveillance est réalisée 1 à 6 mois après le traitement. A ce jour, toutes les patientes porteuses d'une endométriose pariétale ne peuvent être traitées par radiofréquence. Néanmoins, les premiers résultats sont prometteurs

Conclusion

Les endométriomes pariétaux sont rares. La localisation sur cicatrice de césarienne est la plus fréquente. Le diagnostic peut être difficile mais doit être évoqué devant une tumeur pariétale douloureuse et cyclique sur cicatrice gynécologique ou obstétricale. Les examens radiologiques servent à caractériser la lésion (nombre, siège, dimensions, profondeur) et à rechercher d'éventuels signes de maladie profonde indiquant un traitement médical après exérèse des lésions superficielles. La chirurgie doit être large pour éviter les récurrences. Le diagnostic n'est confirmé que par l'étude anatomopathologique. Malgré que l'endométriose pariétale obéit à la théorie d'implantation iatrogène accidentelle lors de la manipulation des plaies en per opératoire, aucune efficacité des mesures préventives per opératoires n'ont été encore démontrées.

Références

1. Patil N, Kumar V, Gupta A. Scar endometriosis: a sequel of caesarean section. *J Clin Diagn Res.* 2014 Apr;8(4):FD09–10. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Emre A, Akbulut S, Yilmaz M, Bozdog Z. Laparoscopic trocar port site endometriosis: a case report and brief literature review. *Int Surg.* 2012 Apr-Jun;97(2):135–9. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Sinha R, Kumar M, Matah M. Abdominal scar endometriosis after Cesarean section: a rare entity. *Australas Med J.* 2011;4(1):60–2. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Cöl C, Yilmaz EE. Cesarean scar endometrioma: case series. *World J Clin Cases.* 2014 May 16;2(5):133– [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg.* 2003;185(6): 596-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;186(3): 616-20. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Grigore M, Socolov D, Pavaleanu I, Scripcariu I, Grigore AM, Micu R. Abdominal wall endometriosis: an update in clinical, imagistic features, and management options. *Med Ultrason.* 2017;19(4): 430-437. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55(4): 220-4. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
9. Bodner G, Schocke MF, Rachbauer F, Seppi K, Peer S, Fierlinger A et al. Differentiation of malignant and benign musculoskeletal tumors: combined color and power Doppler US and spectral wave analysis. *Radiology.* 2002;223(2): 410-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
10. Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16(1): 432-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
11. Bats AS, Zafrani Y, Pautier P, Duvillard P, Morice P. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis to clear cell carcinoma: case report and review of the literature. *Fertil Steril.* 2008;90(4): 1197 e13-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
12. Madsen H, Hansen P, Andersen OP. Endometrioid carcinoma in an operation scar. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1980;59(5): 475-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)