

Endométrite granulomateuse dans le cas d'une infertilité

Z. TAZI , S. JAYI , F-Z FDILI, H. CHAARA, M.Y. MELHOUF

Service de Gynécologie et Obstétrique II - CHU HASSAN II – FES - MAROC

Abstract : Résumé : *L'endométrite granulomateuse est une inflammation chronique qui se définit histologiquement par la présence de granulomes dans un endomètre infiltré par les lymphocytes et les plasmocytes. Elle est peu rencontrée en gynécologie et son diagnostic repose sur un faisceau d'arguments : anatomopathologiques (granulome épithéloïde et géantocellulaire avec ou sans nécrose caséuse), bactériologiques, radiologiques et/ou immunologiques. Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour infertilité et chez qui le diagnostic d'endométrite granulomateuse a été posé durant les explorations de son infertilité. La littérature dans ce cas précis est pauvre et peu contributive.*

Introduction :

Les granulomatoses systémiques regroupent un ensemble de pathologies définies par la présence de lésions histologiques caractéristiques liées au recrutement de macrophages et de lymphocytes. Elles peuvent être déclenchées par un grand nombre de microorganismes pathogènes. Cette pathologie est plus fréquemment rencontrée dans les services de médecine interne constituant un groupe très hétérogène de pathologies rendant la tâche du clinicien un peu complexe. Une enquête approfondie doit être menée devant tout granulome. Le diagnostic de granulomatose systémique était retenu sur un faisceau d'arguments : anatomopathologiques (granulome épithéloïde et géantocellulaire avec ou sans nécrose caséuse), bactériologiques, radiologiques et/ou immunologiques.

La localisation gynécologique notamment utérine est très rare et sa symptomatologie est généralement silencieuse.

Notre cas clinique :

Il s'agit de madame Z.K, âgée de 28 ans, mariée depuis 12 ans, qui consulte en unité de Procréation Médicale Assistée (PMA), pour infertilité de 10 ans. L'examen clinique trouvait une patiente normotendue, normocarde, apyrétique en surpoids avec un IMC à 34.5 kg/m². L'examen abdominal trouvait un abdomen souple, pas d'hépatosplénomégalie. L'examen pleuropulmonaire et cardiovasculaire était normal. L'examen sénologique et gynécologique ne retrouvait pas de particularités. Toutes les aires ganglionnaires étaient libres. Le couple a bénéficié d'un bilan d'infertilité dont le bilan hormonal était normal hormis une AMH très basse à 0.98. L'exploration radiologique a retrouvé une obstruction tubaire bilatérale et l'échographie pelvienne était normale avec un compte folliculaire satisfaisant. Quant au spermogramme, il y avait une asthénospermie à 22%. Devant toutes ces explorations, la décision thérapeutique était une Fécondation In Vitro. Dans ce but, une hystérocopie ambulatoire a été réalisée afin d'explorer l'endomètre qui a montré un aspect hypertrophique mamelonné généralisé très vascularisé plus prononcé au niveau du fond utérin et en pré-ostial droit. Un curetage de l'endomètre a été réalisé revenu en faveur d'une endométrite granulomateuse épithéloïde et géantocellulaire sans nécrose caséuse (figure 1).

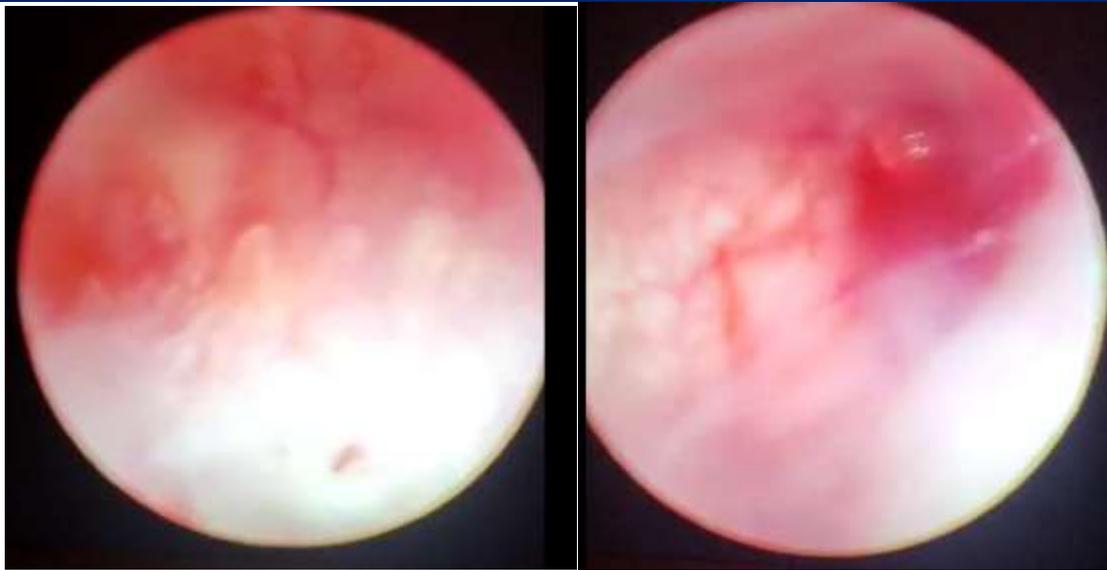
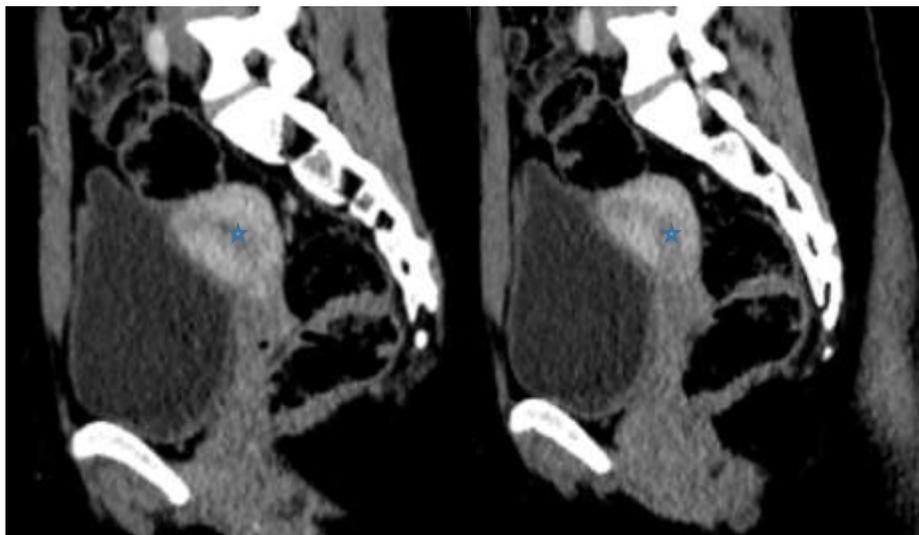


Figure 1 : aspect hystéroscopie de l'endomérite granulomateuse chez notre patiente.

La patiente a bénéficié en concertation avec le service de médecine interne d'un bilan étiologique pour la granulomatose fait d'un bilan physiologique à la recherche d'une tuberculose revenu négatif et d'un bilan immunologique et inflammatoire (AC ANCA, VS, ferritine, EPP..) revenu normal. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien a été réalisé objectivant un épaissement endométrial peu spécifique (figure 2) et de multiples lésions hypodenses au niveau des différents segments hépatiques mal limitées non modifiées après contraste, pouvant être en rapport avec des granulomes hépatiques (figure 3) par ailleurs pas de signes de sarcoïdose ou de tuberculose médiastino-pulmonaire. On a complété par un PET-Scann revenu en faveur d'un hypermétabolisme pathologique hépatique, utérin et ganglionnaire pelvien associé à un hypermétabolisme latéro-utérin gauche avec activation ostéo-médullaire modérée et diffuse. La patiente a été mise sous corticothérapie bénéficiant d'une surveillance clinique et radiologique. Après 6 mois de traitement, un nouveau PET-TDM a été réalisé qui montre l'absence d'hypermétabolisme sur l'ensemble du volume exploré ainsi qu'une hystéroscopie ambulatoire de contrôle montrant un endomètre d'aspect normal.



Figures 2 : TDM en coupes sagittales objectivant un épaissement endométrial (étoile) arrivant à 17mm d'épaisseur maximale.



Figure 3 : TDM en coupes axiales montrant la présence de lésions hépatiques (flèche), hypodenses, non modifiées après contraste, en rapport avec une atteinte granulomateuse hépatique.

Discussion :

L'endométrite granulomateuse est une inflammation chronique qui se définit histologiquement par la présence de granulomes dans un endomètre infiltré par les lymphocytes et les plasmocytes. Les granulomes sont composés d'histiocytes épithélioïdes et de cellules géantes de type Langhan, et peuvent ou non présenter une nécrose centrale.

C'est une pathologie qui est rare et qui peut résulter de diverses maladies, y compris une manifestation de la sarcoïdose, à la tuberculose ou encore une réaction à un corps étranger.

Donc, lorsqu'une endométrite granulomateuse est détectée dans une biopsie ou un échantillon d'endomètre, la première entité à exclure est la tuberculose de l'endomètre. Certaines maladies systémiques, telles que la sarcoïdose, peuvent également affecter l'endomètre avec la formation de granulomes, mais ces granulomes peuvent même être retrouvés associés à des tumeurs malignes. Une autre des causes décrites de l'endométrite granulomateuse est la résection hystéroscopique.

Les étiologies des granulomatoses systémiques sont polymorphes. L'étude de M. Khedher et al. Portant sur 196 cas de granulomateuse systémique était riche par le polymorphisme des aspects cliniques. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 50,8 ans avec des extrêmes allant de 16 et 77 ans). Les symptômes étaient très divers mais le point d'appel gynécologique n'a pas été rapporté. Le diagnostic étiologique était retenu sur des preuves anatomopathologiques dans 170 cas. Le siège de la granulomateuse était cutané, broncho-pulmonaire, ganglionnaire, hépatique ou encore labiale ou digestive. Les autres éléments diagnostiques étaient : le bilan immunologique (ANCA positifs dans 16 cas), des preuves bactériologiques et des arguments radiologiques. La sarcoïdose et la maladie de Horton constituaient les granulomatoses les plus fréquentes retrouvées dans respectivement dans 105 et 52 cas. Les autres étiologies étaient représentées par : la tuberculose (10 cas), et moins fréquemment la granulomateuse avec polyangéite, la granulomateuse éosinophilique avec polyangéite et tant d'autres (1).

Chez les patients jeunes, elle est associée à l'infertilité et, dans une moindre mesure, à des métrorragies, des oligoménorrhées et des douleurs abdominales ou pelviennes. Il faut savoir que la manifestation clinique à type de métrorragies est présente dans 20%, mais généralement elle est asymptomatique dans la majorité des cas (2). L'atteinte endométriale peut être suspectée d'abord par échographie pelvienne (3).

L'hystérocopie et la biopsie ciblée avec étude anatomo-pathologique sont les méthodes appropriées pour le diagnostic.

Les études et les cas rapportés pour granulomateuse endométriales sont peu nombreux. L'étude de J. Salvador et al. décrit quelques cas d'endométrite granulomateuse dont un après un curetage de l'endomètre réalisé pour des saignements utérins anormaux chez une patiente de 33 ans où des granulomes bien formés ont été identifiés dans l'endomètre, certains avec des sphérules, lors d'une coloration de routine(4). Un autre cas a été rapporté chez une femme qui avait subi une chimiothérapie pour la maladie de Hodgkin. Un cas rare d'endométrite chronique avec formation de cellules géantes et nécrose secondaire à une infection à C. neoformans est survenu chez une patient immunodéprimée (5).

L'impact de la granulomatose endométriale sur la possibilité de procréer est non décrite dans la littérature. Dans notre cas, la patiente possède plusieurs facteurs pouvant être responsables de son infertilité comme l'imperméabilité tubaire bilatérale, la réserve ovarienne basse qui s'ajoutent à la granulomatose.

La conduite à tenir générale en cas de granulomatose systémique est parfois guidée par l'organe atteint. Le diagnostic microbiologique devant un granulome est difficile quand il n'est pas orienté par le contexte clinique ou épidémiologique.

Conclusion :

Les granulomatoses systémiques sont fréquemment rencontrées dans les services de médecine interne. Elles constituent un groupe très hétérogène de pathologies rendant la tâche du clinicien un peu complexe. La localisation endométriale est exceptionnelle et rarement symptomatique. Une prise en charge gynécologique en concertation avec interniste est indispensable pour une exploration étiologique optimale et un traitement adéquat.

Références :

1. M. Khedher¹, F. Said, A. Hamzaoui, M. Khanfir, M.H. Houman. Profil étiologique des granulomatoses dans un service de médecine interne : à propos de 196 cas. *La Revue de Médecine Interne*, Volume 39, Supplement 1, June 2018, Page A194.
2. Jesus Salvador, Jiménez Lopeza, Olga Nieto Velasco, Lucia Hernandezb, José Luis Muñoz González. Granulomatous endometritis: an histological finding in processes with distinct etiology. *Prog Obstet Gynecol*. 2006;49(12):730-5
3. Bosch-Mestres J, Novell-Marrugat R, Martínez-Orozco F, González-Martín J. Tuberculosis endometrial en pacientes posmenopáusicas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:439-42.
4. Rivasi F, Curatola C, Garagnani L, Negri G. Detection of Myco bacterium tuberculosis DNA by polymerase chain reaction from paraffin samples of chronic granulomatous endometritis. *Histopathology*. 2007;51:574-578.
5. Eckert LO, Hawes SE, Wolner-Hanssen PK, et al. Endometritis: the clinical-pathologic syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186:690-695.