

Case report

L'endométriiose de la paroi abdominale: à propos d'un cas



Abdominal wall endometriosis: about a case

Tariq Bouhout^{1,8}, Badr Serji¹, Ebo Usman Egyir¹, Benyounes El Amri², Imad Bouhout², Mehdi Soufi², Mohammed Bouziane², Tijani El Harroudi¹

¹Chirurgie B, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc, ²Chirurgie A, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

⁸Corresponding author: Tariq Bouhout, Chirurgie B, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

Mots clés: Endométriiose, paroi abdominale, endométriome, cicatrice abdominale

Received: 14/09/2016 - Accepted: 17/10/2016 - Published: 03/09/2018

Résumé

L'endométriiose de la paroi abdominale, définie comme l'implantation ectopique du tissu endométrial en dehors de la cavité utérine, est une affection rare et souvent méconnue. Elle survient habituellement sur cicatrice d'intervention chirurgicale gynécologique ou obstétricale. La présentation clinique typique est celle d'une masse pariétale associée à des douleurs rythmées par les menstruations. Le diagnostic est confirmé par l'histologie. Le traitement est principalement chirurgical et repose sur l'exérèse complète de la lésion.

Pan African Medical Journal. 2018; 30:4 doi:10.11604/pamj.2018.31.4.10732

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/31/4/full/>

© Tariq Bouhout et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Abdominal wall endometriosis is the ectopic implantation of the endometrial tissue outside the uterine cavity. It is a rare and often unknown disorder. It usually occurs within scars from prior gynecologic or obstetric surgery. Clinically, it usually appears as a parietal mass associated with pain punctuated by menses. The diagnosis is confirmed by histology. The treatment is mainly surgical and it is based on complete resection of the lesion.

Key words: Endometriosis, abdominal wall, endometrioma, abdominal scar

Introduction

L'endométriose 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'endométriose 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 coelioscopie [4]. L'endométriose pariétale représente 1 à 2% des cas d'endométriose extragénitale [5], son incidence après césarienne varie selon les études de 0,03 à 0,4% [5]. Le terme d'endométriome pariétal est utilisé pour désigner une endométriose pelvienne ou extrapelvienne en quantité importante et formant une masse. Nous rapportant un nouveau cas d'endométriose cicatricielle post-césarienne localisée au muscle grand droit de l'abdomen révélée par une tumeur pariétale.

Patient et observation

Mme M.N âgée de 40 ans, mariée et mère d'un enfant, sans antécédents pathologiques, à part une césarienne 3 ans auparavant. Le début de la symptomatologie remonte à 3 mois par l'apparition de douleur hypogastrique cyclique chez qui l'examen trouve une masse au dépend du muscle grand droit de l'abdomen mesurant 4cm sans adénopathies palpables. L'échographie des parties molles a objectivée la présence d'une masse oblongue sous cutanée paramédiane droite du muscle grand droit de l'abdomen bien limitée hypoéchogène hétérogène présentant une vascularisation artérioveineuse au doppler couleur mesurant 7x3cm. Le scanner abdomino-pelvien a montré une masse oblongue du muscle grand droit de l'abdomen a contenu spontanément hypodense se rehaussant de façon hétérogène après injection du produit de contraste, mesurant 7x3cm. La patiente a bénéficié d'une exérèse transfixiante de la masse pariétale avec épiploplastie et cure de la brèche par une plaque non résorbable. L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'endométriose pariétale. Le suivi avec un recul de 12 mois n'a pas montré de récidence.

Discussion

L'endométriose de la paroi abdominale est une entité rare et souvent méconnue. 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. Cependant certains cas d'endométriose pariétale primitive ont été rapportés. L'endométriose

pariétale abdominale a été décrite dans différentes localisations incluant les muscle grands droit 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 coelioscopie [4].

L'endométriose 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 chirurgicale). 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, même si elle ne permet aucun diagnostic formel. Il s'agit le plus souvent d'une masse bien limitée, tissulaire, hypo-échogène mais la lésion peut être kystique, solide ou mixte [6], la taille de la lésion varie de 5 à 200 mm. Le doppler couleur montre souvent une masse très hypervascularisée avec des vaisseaux afférents dilatés [6]. L'aspect tomodynamométrique des localisations sous cutanées de l'endométriose 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 [7]. L'imagerie par résonance magnétique pourrait être plus spécifique en permettant la détection des saignements récents, ou des résidus d'hémossidérine résultant de saignement antérieurs. 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 [8]. 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 défet aponévrotique important. Les récidentes 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 [9].

Conclusion

Nous attirons l'attention des praticiens 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, suivie d'une reconstruction pariétale utilisant au besoin un renfort

prothétique, en raison du risque de cancérisation dont le pronostic est considéré comme sombre.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

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. Lamblin G, Mathevet P, Buenerd A. Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale: à propos de trois observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1999 Jun; 28(3): 271-4.
6. Francica G, Giardello C, Cristiano S et al. Abdominal wall endometriomas near caesaren delivery scars: sonographic and color Doppler findings in a series of 12 patient. *J Ultrasound Med.* 2003 Oct; 22(10): 1041-7. **PubMed | Google Scholar**
7. 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**
8. 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**
9. Toullan O, Baqué P, Benchimol D et al. Endométriose des muscles grands droits de l'abdomen. *Ann Chir.* 2000 Nov; 125(9): 880-3. **PubMed | Google Scholar**