



Cas clinique

Endométriose de la paroi abdominale à propos d'un cas

Abdominal wall endometriosis: a case report

JL Kambire*¹, ND Bado², I Savadogo³, S Ouedraogo⁴, S Ouedraogo¹

Résumé

L'endométriose désigne la localisation ectopique du tissu endométrial. Elle est le plus souvent pelvienne, mais sa localisation extra-pelvienne est moins décrite. L'endométriose pariétale en est une des formes ; elle est rare et peut parfois simuler une tumeur. Nous rapportons le cas d'une patiente de 22 ans, primigeste et primipare, avec antécédent de césarienne en 2021, admise dans le service de chirurgie générale pour exacerbation depuis trois semaines d'une douleur de la fosse iliaque gauche associée à une tuméfaction homolatérale d'environ 4 centimètres de diamètre ayant évolué progressivement 18 mois après la césarienne. L'exploration chirurgicale a permis l'exérèse de la masse et l'examen histologique a conclu à une endométriose pariétale. L'endométriose pariétale est rare, elle peut simuler une tumeur abdominale. Le traitement est chirurgical et peut parfois faire appel à la cryo-ablation, associé ou non à une hormonothérapie. L'examen histologique est indispensable pour la confirmation diagnostique.

Mots-clés : endométriose pariétale, tumeur, chirurgie, histologie.

Abstract

Endometriosis refers to the ectopic location of endometrial tissue. It is most often pelvic, but its extra-pelvic location is less described. Parietal endometriosis is one form; it is rare and can sometimes simulate a tumor. We report the case of a 22-year-old primigravida and primiparous patient, with a history of cesarean operation in 2021, admitted to the general surgery department for exacerbation for three weeks of pain in the left iliac fossa associated with ipsilateral swelling of 'approximately 4 centimeters in diameter having gradually evolved 18 months after the cesarean operation. Surgical exploration allowed excision of the mass and histological examination concluded that there was parietal endometriosis. Parietal endometriosis is rare, it can simulate an abdominal tumor. The treatment is surgical and can sometimes involve cryo-ablation, associated or not with hormonal therapy.

Histological examination is essential for diagnostic confirmation.

Keywords: parietal endometriosis, tumor, surgery, histology.

Introduction

L'endométriome est définie comme la localisation ectopique du tissu endométrial. Elle intéresserait 10% des femmes en âge de procréer [1]. Cette pathologie affecte le plus souvent la région pelvienne, mais elle peut être extra-pelvienne et intéresser le diaphragme, la cavité thoracique et les cicatrices chirurgicales. Le développement de l'endométriome résulte de plusieurs théories : la théorie d'implantation par reflux menstruel [2], la théorie métaplasique et celle métastatique [3]. Sa symptomatologie est polymorphe et fonction de sa localisation. Sa localisation pariétale, survenant classiquement à la faveur d'une cicatrice Pfannestiel est de l'ordre de 0,03 à 0,4% des endométriomes [1]. Elle peut se traduire par une tumeur abdominale associée à une douleur cyclique cataméniale. La chirurgie permet l'exérèse de la masse et la confirmation diagnostique reste histologique. Au travers d'une observation, nous discutons les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

Cas clinique

Une patiente âgée de 22 ans, primigeste et primipare, est admise dans le service de chirurgie générale pour une douleur de la fosse iliaque droite. Le début de la symptomatologie remonterait à environ 18 mois par l'apparition progressive d'une tuméfaction siégeant à la fosse iliaque gauche. Elle était associée à une douleur homolatérale cataméniale d'intensité modérée, sans nausées, ni vomissements ni fièvre.

L'interrogatoire retrouvait un cycle menstruel court, des règles abondantes, un antécédent de césarienne réalisée il y a trois ans, sans notion d'hérédité.

A l'examen, l'état général était classé stade II OMS, la conscience était normale, les conjonctives étaient colorées, il n'y avait pas de pli de déshydratation et il n'était pas noté d'œdèmes des membres inférieurs. Pour les constantes, la température était à 37°C,

la tension artérielle à 101/70 mm de mercure, la fréquence respiratoire à 19 cycles/mn, la fréquence cardiaque à 79 cycles/mn, synchrones du pouls.

L'examen de l'appareil digestif révélait une assez bonne hygiène bucco-dentaire, une denture complète. L'abdomen était de volume normal, mobile avec les mouvements respiratoires. On notait une cicatrice de Pfannestiel. La palpation révélait une tuméfaction à la fosse iliaque gauche, à limites nettes, mesurant environ 4 cm de diamètre ; elle était ferme, non battante, adhérent au plan profond et douloureuse à la mobilisation. Le reste de l'abdomen était souple, dépressible et indolore, avec une sonorité abdominale normale et des bruits hydro-aériques perçus à l'auscultation. L'examen proctologique était normal, de même que l'examen gynécologique et celui des autres appareils et systèmes.

Une échographie de cette tuméfaction, la décrit comme correspondant à un sac hernié ovalaire, hétérogène, développée dans les tissus graisseux sous-cutanés et mesurant 35 x 21 mm, vascularisée au doppler couleur comme le montre la figure 1. Les organes abdominaux étaient sans anomalie. Cette description semblait compatible avec une hernie pariétale étranglée. Le bilan biologique révélait un taux de leucocytes à 6440 éléments/mm³, un taux d'hémoglobine à 10,6g/dl, une glycémie à 4,4 mmol/l, une créatininémie à 50 micromole/l et un groupe sanguin A rhésus positif.

Une exploration chirurgicale a été indiquée. En peropératoire, on découvrait une masse fibreuse du tissu sous cutané, mesurant environ 5 cm de diamètre dont l'exérèse a été réalisée sans préjudice pour la paroi abdominale.

L'étude histologique de la pièce d'exérèse a révélé un tissu fibro-adipeux parsemé de chorion cytogène entourant des glandes de type endométrial revêtues par un épithélium cubique souvent hyperplasique. Il est observé des foyers de suffusion hémorragiques comme le montrent les figures 2 et 3. Le reste du tissu était inflammatoire chronique. Ainsi l'examen histologique concluait à une endométriome pariétale et à une absence de prolifération maligne.

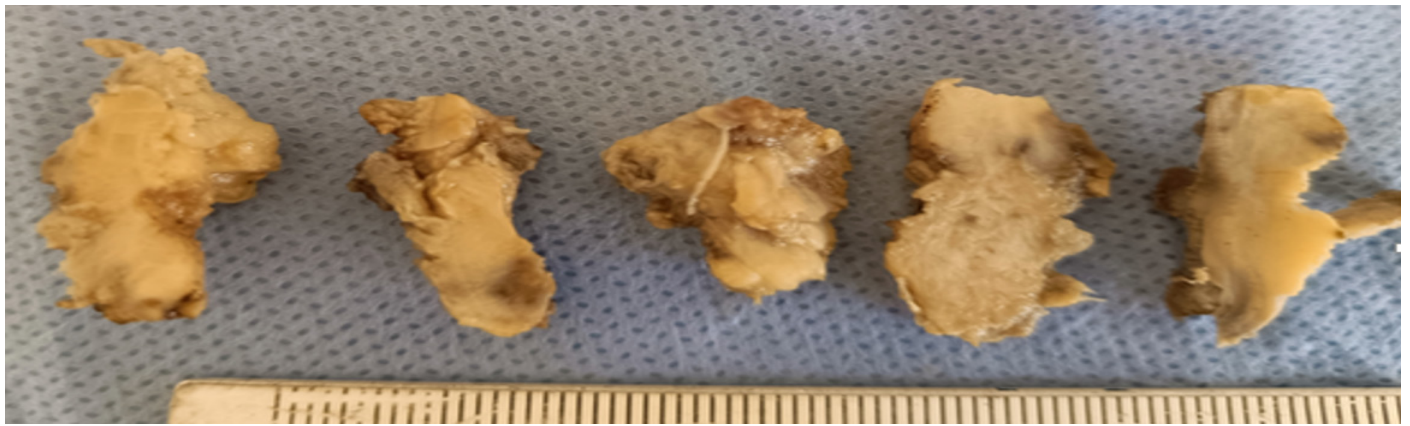


Figure 1 : image macroscopique des tranches de section de tissu fibro-adipeux présentant des aspects blanchâtres avec des foyers noirâtres hémorragiques.

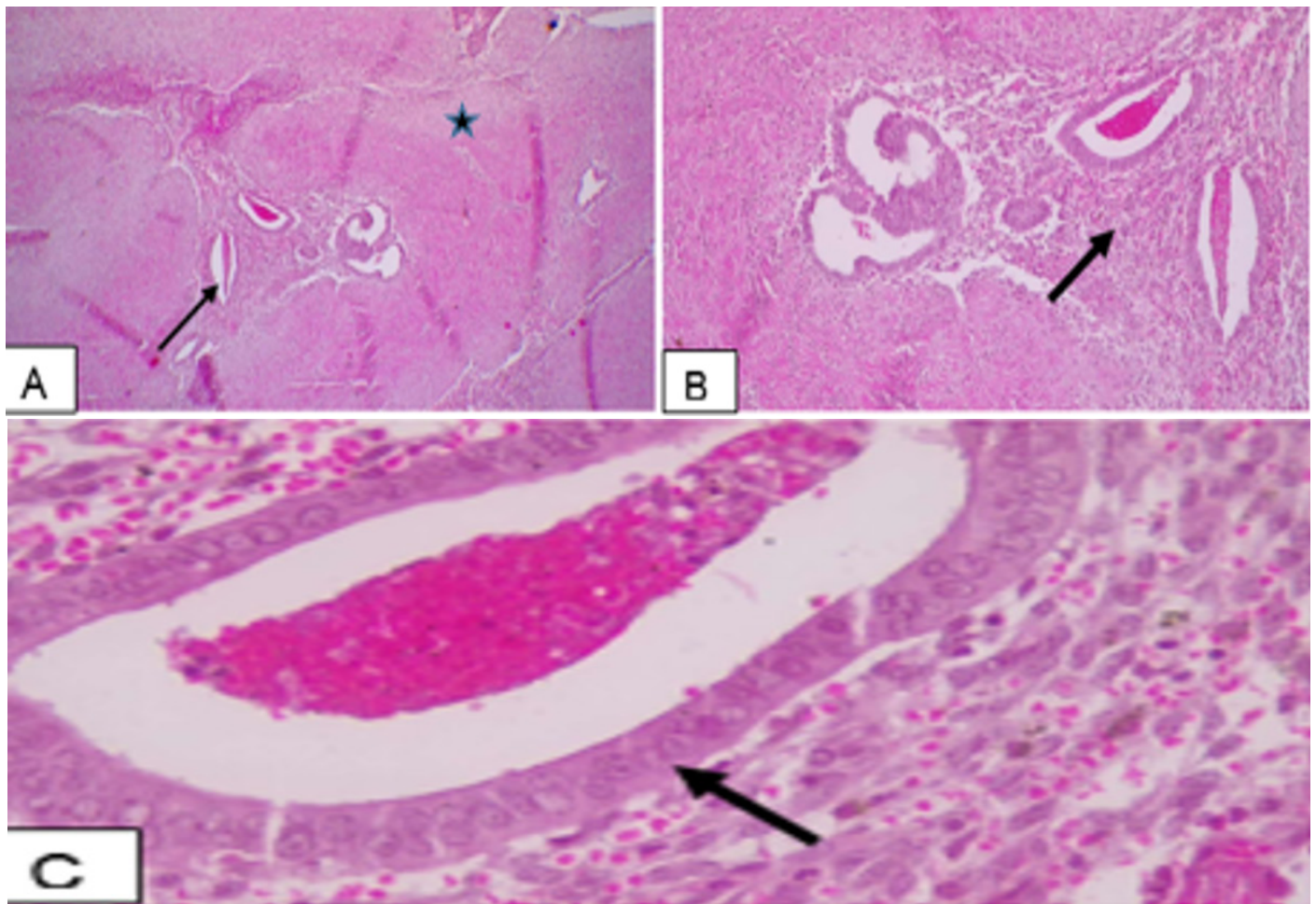


Figure 2 : images histologiques

A- HE, G40 : au faible grossissement on observe du tissu fibreux (étoile) contenant des glandes (flèche) de taille variable dont les lumières sont parfois occupées par des hématies.

B- HE, G100 : au grossissement moyen, les glandes sont de type endométrial, entourées par un chorion cytotrophoblaste (flèche) peu dense.

C-HE, G400 : au fort grossissement, les glandes sont revêtues par un épithélium cubique (flèche) sans atypies cytonucléaires.

Discussion

Initialement dénommée cystosarcome depuis 1860 par Karel Von Rokitanski, c'est en 1927 que John Sampson la dénommait endométriose après sa théorie d'implantation par reflux menstruel [2]. Selon cette théorie, l'endométriose résulterait d'un dérèglement du processus d'élimination imputé à des facteurs comme l'adhésivité et la prolifération cellulaires, les mutations, l'inflammation et la dysfonction immunitaire [2]. Si cette théorie permet d'expliquer l'endométriose pariétale après cicatrice Pfannestiel, elle présente des limites car seulement 10% des 90% des femmes présentant des saignements rétrogrades, développent des lésions d'endométriose [3]. Ceci suggère l'existence d'autres facteurs. Par ailleurs, cette théorie reste insuffisante pour expliquer les autres formes d'endométriose extra-pelviennes. Ainsi, d'autres théories ont été développées. Il s'agit de la théorie métaplasique selon laquelle les cellules de l'épithélium cœlomique du péritoine, de la plèvre, du péricarde subissent une métaplasie en cellules endométriales [3]. La théorie métastatique, elle, résulte de la dissémination des cellules endométriales par voie vasculaire ou lymphatique [3]. Ces théories restent toutes insuffisantes pour expliquer la physiopathologie de l'endométriose. Elle est multifactorielle et d'autres facteurs sont évoqués. Zondervan et collaborateurs incriminent le faible poids de naissance, des anomalies mülleriennes, la ménarche précoce, des cycles menstruels courts, des règles abondantes, un faible indice de masse corporelle et la nulliparité [4]. Dans notre observation, un cycle court, des règles abondantes ont été notés. Des facteurs immunitaires et environnementaux ont aussi été incriminés [2]. Saha et collaborateurs évoquent le rôle de facteurs génétiques [5]. L'endométriose pariétale a une prévalence de 0,03% à 0,4% [1]. Picod et collaborateurs ont colligé 15 cas en 7 ans, soit en moyenne une incidence de deux cas [6]. L'endométriose pariétale est classique après une chirurgie obstétricale ou gynécologique. Elle se manifeste par une tuméfaction abdominale associée

à une douleur cataméniale. Il en a été de même des 2 cas de Hedfi et collaborateurs [1]. Son diagnostic n'est pas toujours évoqué en préopératoire comme dans notre observation. En effet, plusieurs autres hypothèses ont été évoquées en préopératoire comme une hernie pariétale étranglée ou une torsion d'un kyste ovarien. Dans la série de Picod et collaborateurs, le diagnostic préopératoire a été évoqué dans 66,6% des cas [6]. Les explorations morphologiques sont non spécifiques et peuvent parfois favoriser une errance diagnostique.

La chirurgie, base du traitement, consiste à l'exérèse de la tuméfaction et l'examen histologique de la pièce d'exérèse est la clé du diagnostic. La chirurgie a été opérante dans notre observation comme dans les cas de la série de Picod et collaborateurs. Cette chirurgie peut être parfois mutilante et nécessiter une pariétoplastie ou la mise en place d'une prothèse. Actuellement, une alternative à la chirurgie est possible. Elle fait appel à la radiologie interventionnelle par cryoablation [7]. Les suites opératoires sont en général favorables car l'endométriose pariétale est une affection bénigne. Cependant, une récurrence est possible de même qu'une dégénérescence maligne qui a été rapportée avec un risque de 0,7% à 1% [8].

Conclusion

L'endométriose pariétale est rare, il faut savoir y penser devant un antécédent de césarienne chez une femme présentant une tumeur abdominale. Son traitement est chirurgical et l'examen histologique de la pièce d'exérèse est indispensable pour la confirmation diagnostique.

*Correspondence

Jean Luc KAMBIRE

jeanluckambire@yahoo.fr

Disponible en ligne : 27 Août 2024

- 1 : Maîtres de Conférences Agrégés de chirurgie générale au service de chirurgie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya, Burkina Faso
- 2 : Médecin anatomopathologiste au service d'anatomo-pathologie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya, Burkina Faso
- 3 : Maître Assistant en anatomopathologie au service d'anatomo-pathologie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya, Burkina Faso
- 4 : Maître Assistant de chirurgie générale au service de chirurgie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya, Burkina Faso

radiologie interventionnelle. *Imagerie de la femme* 2020 ; 30 (2) : 80-4

- [8] Khilifi A, Kouira M, Anis M, Ziadi S. Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne : à propos de de 3 cas. *Imagerie de la femme* 2012 ; 22 (3) : 156-161

Pour citer cet article :

JL Kambire, ND Bado, I Savadogo, S Ouedraogo, S Ouedraogo. Endométriose de la paroi abdominale à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2024; 8(3): 234-238

<https://doi.org/10.70065/24JA83.014L012708>

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Hedfi M, Essid N, Trabelsi F, Znaïdi H. Endométriose de la paroi abdominale : à propos de 2 cas. *Pan African Medical Journal*, 2022 ; 42 (54) : 1-8
- [2] <https://www.endomind.org/endometriose>: l'histoire de l'endométriose
- [3] Allaire C, Mohamed A, Bedaiwy MD, Paul J Yong MD. Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose. *JAMC* 2023 ;195 (24) : 853-61
- [4] Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med* 2020 ;382 : 1244-56
- [5] Saha R, Pettersson HJ, Svedberg P et al. Heritability of endometriosis. *Fertil Steril* 2015 ;104 : 947-52
- [6] Picod G, Boulanger L, Bounoua F et al. Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne : à propos de de 15 cas. *Gynécol Obstét & Fertil* 2006 ;34 (1) : 8-13
- [7] Nadjdawi M, Anmar MB, Neuville MN et al. Cryoablation percutanée de l'endométriose en