



Journal Homepage: -www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI:10.21474/IJAR01/ 9264
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/9264>



RESEARCH ARTICLE

ENDOMÉTRIOSE DU MUSCLE GRAND DROIT DE L'ABDOMEN APRÈS CICATRICES DE CÉSARIENNE: À PROPOS D'UN CAS AVEC MISE EN PLACE D'UNE PROTHÈSE.

Moulay El Mehdi El Hassani, Saad Benali, Mounir Moukit, Jaouad Kouach And Driss Moussaoui.
 Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 12 April 2019
 Final Accepted: 14 May 2019
 Published: June 2019

Key words:

parietal endometriosis, MRI, parietal defect, prosthesis.

Abstract

The parietal endometriosis is an ectopic implantation of endometrial tissue in the abdominal wall. It is a rare clinical entity, often overlooked. The catamenial character of the symptomatology is evocative, but only histology confirm the diagnosis. Only complete surgery can prevent recurrences, and sometimes, parietal defect will require a plate to close securely the abdominal wall.

Copy Right, IJAR, 2019., All rights reserved.

Introduction:

L'endométriose se définit par l'existence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Elle touche environ 20% des femmes en âge de procréer. Sa localisation pariétale sur cicatrice est rare, elle complique 0,03-0,4% des cicatrices de césarienne (1, 2). L'endométriose pariétale abdominale peut intéresser différentes localisations: les muscles grands droit de l'abdomen, l'ombilic (1, 3), les cicatrices de césarienne (4), la peau et les tissus adjacents de cicatrices de chirurgie abdominale et pelvienne (1, 5). Le diagnostic est évoqué devant l'association de critères cliniques et échographiques et parfois l'imagerie par résonance magnétique IRM.

A travers une observation d'une endométriose des muscles grands droits de l'abdomen après quatre césariennes et une revue de la littérature nous essayerons de préciser les caractéristiques de cette pathologie.

Observation:

Patiente de 31 ans quatrième geste quatrième pare, 4 césariennes. La dernière césarienne remonte à 5 ans. Consulte pour un nodule pariétale apparu au niveau de la cicatrice de césarienne depuis environ 3 ans ; qui augmente progressivement de volume et devenu très douloureux pendant les règles, avec dysménorrhée, ceci sans douleur pelvienne ni dyspareunie ou trouble du cycle associés.

L'examen clinique, en milieu du cycle trouvait un nodule de 5/4 cm au niveau de la partie médiane supérieure de la cicatrice et s'étendant en haut. Ce nodule est sous cutané, légèrement sensible, dur, fixé au plan profond et sans signes inflammatoires en regard.

L'échographie de la paroi abdominale montrait un nodule hypoéchogène hétérogène avec des zones anéchogènes au centre, mesurant environ 4 cm, au dépend des deux tiers internes des muscles droits de l'abdomen vascularisé au doppler. [Figures 1 et 2]

L'IRM abdominale avait montré un nodule de 5/4 cm en faveur d'une endométriose pariétale. [Figures 3, 4, 5 et 6]

Corresponding Author:-Moulay El Mehdi El Hassani.

Address:-Service de gynécologie obstétrique, hôpital militaire d'instruction Mohamed V Rabat.

Devant l'antécédent de 4 césariennes, le caractère cataménial de la symptomatologie et le siège pariétale juxta cicatriciel de la lésion et vu l'aspect à l'échographie et à l'IRM; le diagnostic de l'endométriose pariétale a été évoqué.

La patiente avait bénéficié d'une exérèse chirurgicale large du nodule, laissant un grand défaut pariétale [Figures 7, 8] ce qui a imposé la pose d'une plaque de polypropylène pour prévenir la survenue d'une éventration [Figure 9]. Le diagnostic fût confirmé à l'histologie et l'évolution fût favorable avec disparition de la symptomatologie et une bonne cicatrisation. Le recul est de 9 mois.

Discussion:

L'endométriose pariétale est une implantation ectopique du tissu endométrial fonctionnel au niveau de la paroi abdominale, au niveau cutané ou musculo-aponévrotique (6). Elle a été décrite dans différentes localisations (7): la paroi abdominale, les cicatrices de césarienne, la peau et les tissus adjacents de cicatrices de chirurgie abdominale ou pelvienne, sur le site de passage d'une aiguille d'amniocentèse, au niveau des orifices des trocarts de coelioscopie (1), le muscle grand droit de l'abdomen et une cicatrice d'épisiotomie.

L'endométriose pariétale est une entité rare dont la fréquence varie de 0,03-2% des cas d'endométriose extra-génitale (6). Elle touche 0,03-0,4% des cicatrices de césariennes, et peut survenir plusieurs semaines ou années après l'intervention causale. C'est une pathologie de la femme jeune en période d'activité génitale 20 à 50 ans ; cependant, quelques cas ont été décrits chez des femmes ménopausées, en rapport avec la réactivation des lésions sous traitement hormonal substitutif de la ménopause ou en cas de tumeurs surrenaliennes ou ovariennes œstrogénosécrétantes (1, 4). L'endométriose pariétale n'est associée aux localisations pelviennes que dans 14,3-26% des cas (1).

Le mécanisme physiopathologique est mal élucidé, plusieurs théories ont été évoquées, la première est celle du reflux menstruel dans le pelvis à travers les trompes en cas de saignement menstruel abondant ou en cas d'obstacle à son évacuation. La théorie métaplasique, par métaplasie de l'épithélium cœlomique en tissu endométrial sous l'action de divers facteurs surtout hormonaux. La théorie métastatique, par dissémination hématologique ou lymphatique de tissu endométrial. Pour les localisations cicatricielles, le mécanisme le plus plausible est la greffe directe de cellules endométriales qui vont se développer sur des zones non épithélialisées et inflammatoires. Des facteurs anatomiques participeraient également au développement de foyers d'endométriose pariétale. Certains auteurs suggèrent que l'adhérence de l'utérus au péritoine pariétal favoriserait l'imprégnation de la cicatrice par le sang menstruel refluant à travers les trompes, les replis péritonéaux et les adhérences pariétales (1, 4).

Habituellement, la lésion est décrite comme une masse apparaissant en regard ou à coté de la cicatrice, qui augmente de volume et devient douloureuse de façon cyclique, en concomitance avec les règles. Le caractère cataménial de la douleur est un élément important d'orientation mais non indispensable pour évoquer le diagnostic. Lorsque la lésion est superficielle, on peut observer pendant les règles un aspect cutané bleuâtre (4). La palpation va permettre de préciser la taille, la localisation et l'extension en profondeur de la lésion. En effet le nodule envahit fréquemment les muscles grand droit de l'abdomen et leur gaine, il est alors très douloureux, parfois volumineux et profond, sa taille peut varier de 5 à 200mm, rendant son exérèse parfois délabrante. Dans 37% des cas, ces lésions sont de découverte anatomo-pathologique en post opératoire (3, 4, 8).

Les principaux diagnostics différentiels sont les hernies, les granulomes sur fil de suture, les abcès, les hématomes, les kystes épidermoïdes et rarement les tumeurs malignes (sarcomes, métastases de carcinomes) (9, 10).

L'aspect échographique de l'endométriose pariétale n'est pas typique. Le nodule se présente le plus souvent sous forme d'une masse bien limitée, tissulaire, hypoéchogène avec parfois un aspect kystique ou mixte (8, 10, 11). Cette lésion est vascularisée au doppler (5).

L'IRM réalisée parfois devant la persistance d'un doute diagnostic ou pour réaliser une cartographie lésionnelle devant un nodule volumineux et profond. Elle donne un aspect variable en fonction du caractère hémorragique de la lésion : hypersignal T1 et T2 en cas de saignement récent et hyposignal sur les séquences en pondération T1 et T2 en cas de saignement ancien avec dépôts d'hemosidérine (7). La meilleure séquence IRM pour détecter une lésion endométriosique pariétale est celle pondérée T1 en suppression de graisse ; en effet, en T2 le nodule peut être caché à cause de l'isosignal au muscle (1).

La cytoponction ou mieux la micro-biopsie n'est pas nécessaire mais peut parfois confirmer le diagnostic en pré opératoire (4, 7, 8, 10).

Le traitement médical par agonistes de la LH-RH ou les progestatifs permet une amélioration de la symptomatologie mais pas la guérison ; en effet la réaction scléreuse qui délimite le foyer d'endométriose, sa mauvaise vascularisation ainsi que l'importance de la masse tumorale par rapport à la faible quantité de récepteurs hormonaux ; expliquent les limites du traitement médical. En plus, ce traitement expose les femmes aux effets de l'hormono-suppression. Mais proposé en préopératoire, peut réduire le volume du nodule et faciliter ainsi la chirurgie (2, 5, 8).

Le traitement chirurgical reste la règle par l'exérèse large du nodule et du tissu adipeux ou musculo-aponévrotique adjacent, avec une marge de sécurité de 5mm (4, 5) et en évitant toute effraction de la lésion afin de réduire le risque de récurrence locale, surtout que des cas de carcinomes endométraux sur cicatrice ont été rapportés (4, 12). La reconstruction pariétale après exérèse nécessite parfois la mise en place d'une prothèse pariétale lorsque le défaut est important, rendant la fermeture des berges musculo-aponévrotiques impossible (1,4) (comme notre cas).

L'examen histologique de la pièce confirme le diagnostic. L'aspect macroscopique est variable en fonction de la période du cycle menstruel, il s'agit habituellement d'une tumeur kystique avec à la coupe, un aspect fibreux avec nécrose centrale rappelant du sang ancien. L'aspect microscopique est celui d'un endomètre eutopique (2). La dégénérescence maligne a été rapportée avec un risque de 0,7-1% (8, 13, 14).

Certains auteurs ont proposé, sans preuve d'efficacité, des mesures préventives, comme la protection de la paroi par des champs opératoires, une fermeture de qualité de la cicatrice d'hystérotomie, lavage de la cicatrice au sérum physiologique sous pression au cours des césariennes surtout corporéales, en cas de chirurgie gynécologique impliquant une ouverture de la cavité utérine ou en cas d'endométriose pelvienne associée (8, 11).

Conclusion:

L'endométriose pariétale est une pathologie peu fréquente, souvent méconnue. Elle doit être évoquée devant toute masse siégeant sur la cicatrice d'une chirurgie abdomino-pelvienne. Le diagnostic repose sur la clinique et l'imagerie, mais seule l'histologie le confirme. Seule la chirurgie permet une guérison sans récurrence mais parfois au prix d'un défaut pariétal important nécessitant la mise en place d'une prothèse pariétale pour prévenir l'éventration.

Conflits d'intérêts:

aucun



Figure 1: sonde 2D-7,5 MHz. Aspect échographique du nodule du muscle grand droit de l'abdomen



Figure 2: sonde 2D-7,5 MHz. Aspect échographique solido-kystique d'une partie du nodule du muscle grand droit de l'abdomen

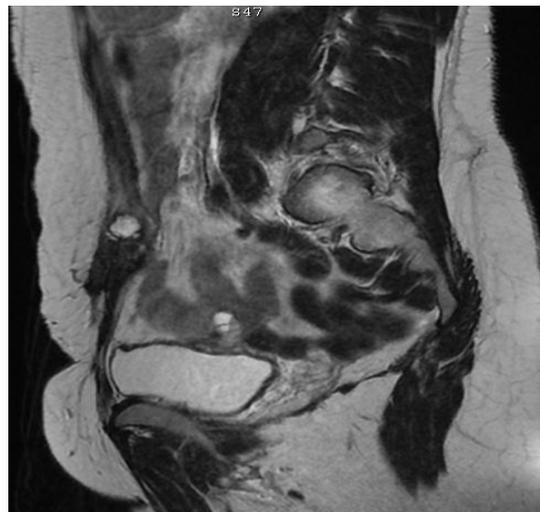


Figure 3: Aspect IRM en coupe sagittale: masse en hypersignal T2 Montrant la nécrose



Figure 4: Aspect IRM en coupe coronale T2

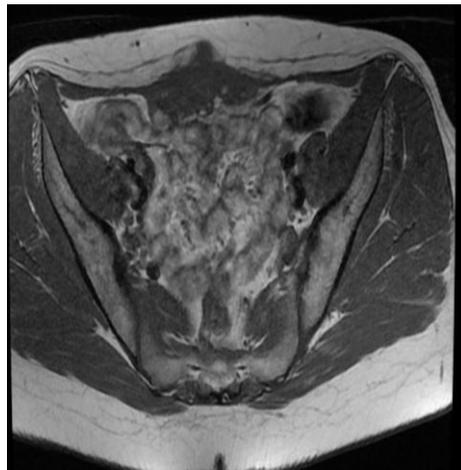


Figure 5: Aspect IRM en coupe axiale T2: Masse du muscle grand droit de l'abdomen

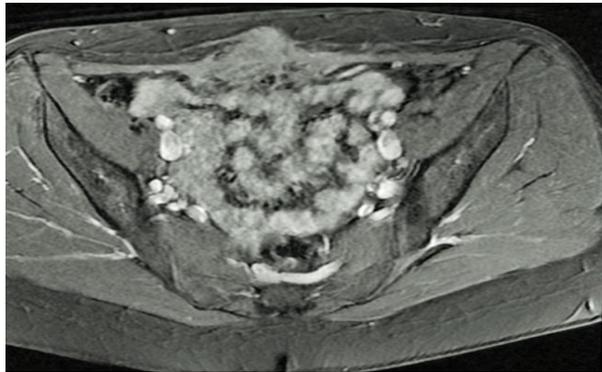


Figure 6: Aspect IRM montrant le rehaussement hétérogène après injection de gadolinium



Figure 7: Aspect macroscopique de la pièce opératoire: résection large intéressant les tiers internes des deux muscles grands droits de l'abdomen

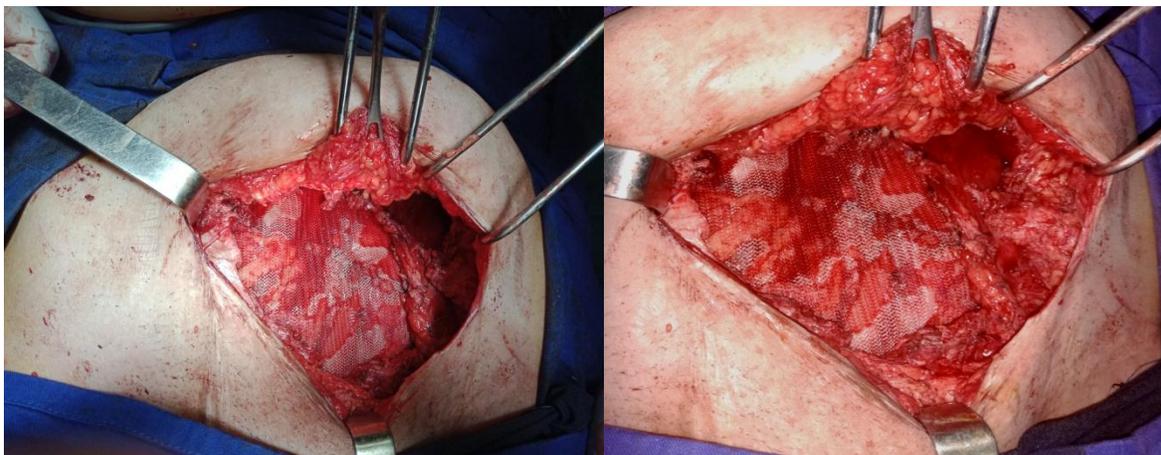


Figure 8: aspect per-opératoire montrant la mise en place de la prothèse

Bibliographie:-

1. Boyfettal H, Herma S, Boufettal R, Rifki jai S, Kamri Z, et al. Endométriose de cicatrice de la paroi abdominal. Presse Médicale. 2009 ; 38 :1-6.
2. Khlifi A, Kouira M, Anis M, Ziadi S, Labidi I, Saidi H, et al. Endométriose paroiéale sur cicatrice de césarienne: à propos de 3 cas. Imagerie de la Femme 2011 ; 21 :125-127.
3. Kouach J, Babahabib A, El Hassani M, et al. L'endométriiose ombilicale à propos d'un cas. Med Ther Med Reprod Endocrinol 2010 ; 12 :324-7.
4. Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Endométriose pariéale sur cicatrice de césarienne : à propos de 15 cas. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2006 ; 34 :8-13.
5. Kouach J, Kamouss O, Moussaoui D, et al. Endométriose cicatricielle de la paroi abdominale/ Gynecol Obstet Prat 2006 ; 188 :12-3.
6. Drissi J, Babahabib A, Kouach J, Moussaoui D, Dehayni M. Endométriose pariéale sur cicatricz de césarienne à propos d'un cas et revue de la littérature. Médecine de Maghreb 201 ; 240 : 33-36.
7. Merran S, Karila-Kohen P. Endométriose sous cutanée sur cicatrice de la paroi abdominal antérieure: à propos de deux observations. J Radiol 2004 ; 85 :409-10.
8. Hafid R, Kouach J, Yakka M, Salek G, Oukabli M, Moussaoui D, Dehayni M. L'endométriiose cicatricielle de la paroi abdominale. Imagerie de la femme 2011 ; 21 : 125-127.
9. Barbaros U, Lybozkurt A, Gulluoglu M, et al. Endometriotic umbilical port site metastasis after laparoscopy. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 1761- 3.
10. Simsir A, Thorner K, Waisman J, et al. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. Am Surg 2001; 67: 984-6.
11. Francia G, Giardello C, Cristiano S, et al. Abdominal wall endometriomas near caesarean delivery scars: sonographic and color Doppler findings in a series of 12 patient. J Ultrasound Med 2003; 22: 1041-7.
12. Durant X, Daligand H, Aubert P, Barabger B. Endométriose se la paroi abdominal. Journal de Chirurgie Viscérale 2010 ; 147 : 354-359.
13. Sergent F, Baron M, Le Comec J-B, Mace P, Marpeau L. Transformation maligne d'une endométriose pariéale : un nouveau cas. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2006 ; 35 : 186-190.
14. Chene G, Darchay C, Dechelottey P, et al. Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. Int J Gynecol Cancer 2007; 17: 705-34.