



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13178

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13178>



RESEARCH ARTICLE

ENDOMETRIOSE VESICALE : A PROPOS D'UN CAS

Sefrioui M., Benbouchaib S., Daif L., Boufettal H., Mahdaoui S. and Samouh N

Service De Gynecologie C, Chu Ibn Rochd, Casablanca.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 19 May 2021

Final Accepted: 20 June 2021

Published: July 2021

Abstract

La localisation vésicale de l'endométriose est rare. On rapporte une observation chez une femme de 44 ans prise en charge au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd (CASABLANCA). Depuis un an, elle présentait des douleurs pelviennes, une dysurie et une hématurie macroscopique concomitantes aux menstruations. Les arguments cliniques et échographiques avaient fait suspecter une endométriose vésicale et un traitement chirurgical d'emblé était pratiqué, les différents aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques sont discutés à la lumière d'une revue de la littérature.

Copy Right, IJAR, 2021., All rights reserved.

Introduction:-

L'endométriose de localisation urinaire est une pathologie rare et de pathogénie inconnue jusqu'à l'heure actuelle. Nous en rapportons un cas de localisation vésicale survenu chez une femme de 44 ans, diagnostiqué et traité au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd en 2016. A travers cette observation, nous passons en revue les différentes hypothèses pathogéniques et les modalités de la prise en charge ainsi qu'une revue de la littérature.

Observation:-

Mme M.F, 44 ans, 4ème geste, 4ème pare (mère de 4 enfants vivants par césarienne), était venue consulter pour des douleurs pelviennes associées à des dysuries et une hématurie macroscopique évoluant depuis un an. L'interrogatoire avait permis de préciser que ces symptômes étaient concomitantes aux menstruations et qu'en dehors des règles, elle était totalement asymptomatique.

Ses antécédents étaient sans particularités. L'examen clinique était sans particularité.

L'uroscanner avait montré une perte du liseré de séparation en inter – vésico – utérin avec irrégularité de la paroi vésicale supérieure qui est siège d'un petit bourgeon endoluminal sans signe en faveur de fistule (Figure 1). Les reins, l'utérus et les annexes avaient un aspect normal. Une endométriose vésicale était suspectée. La cystoscopie permettait de visualiser une masse grossièrement arrondie, mal limitée, bleue violacée, intéressant une partie de la paroi postérieure de la vessie au-dessus du trigone. La paroi utérine antérieure s'y adhérait en haut. Et avait permis de réaliser une biopsie pour la confirmation anatomo pathologique.

Corresponding Author:- Sefrioui M



Figure 1:- Uro scanner : petit bourgeon localisé à la face supérieure de la vessie.

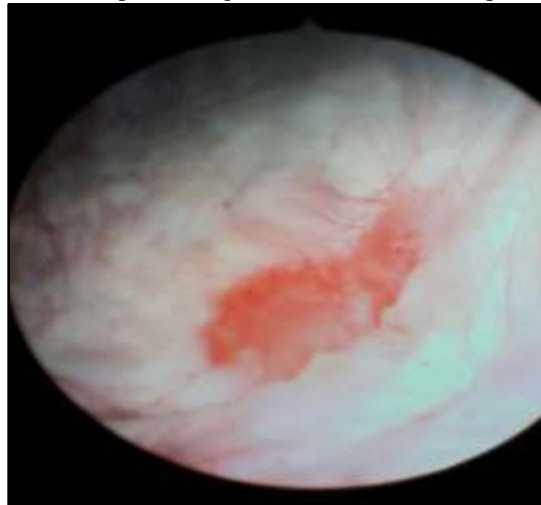


Figure 2:- Cystoscopie montrant l'image du foyer endométriosique vésicale.

Discussion:-

L'endométriose est une pathologie de la femme en période d'activité génitale, caractérisée par la présence de tissu endométrial fonctionnel en dehors de la cavité utérine [1]. Elle touche 10 à 20% des femmes en période d'activité génitale avec un pic de fréquence entre 30 et 35 ans [2]. Les localisations sont multiples mais l'atteinte intéresse avant tout le pelvis.

L'incidence de l'atteinte urinaire est estimée à 1 à 2% toutes localisations confondues et l'atteinte vésicale en représente jusqu'à 85% des cas [3]. Les lésions siègent le plus souvent au niveau du dôme et de la face postéro-supérieure de la vessie; l'atteinte trigonale est plus rare et s'y associe souvent une adénomyose utérine de contiguïté [4]. La pathogénie de l'atteinte vésicale demeure inconnue. L'origine intrapéritonéale est l'hypothèse la plus évoquée [5] avec des cellules endométriales qui s'implanteraient sur le péritoine recouvrant le dôme vésical à l'occasion d'un reflux menstruel transtubaire [6]. Deux nouvelles hypothèses ont été récemment émises: d'abord l'endométriose urinaire peut être considérée comme une adénomyose vésicale, conséquence d'une métaplasie des vestiges mullériens [5]; ensuite elle peut résulter de l'extension à la vessie de lésions d'adénomyose intéressant la paroi antérieure de l'utérus [5]. Aucune hypothèse ne peut être proposée comme la seule explication de l'endométriose urinaire du point de vue pathogénique [5]. On peut cependant dire pour notre patiente que l'endométriose vésicale ne résultait pas de l'extension à la vessie de lésions d'adénomyose de la paroi antérieure de l'utérus. Le diagnostic d'une endométriose urinaire est difficile et donc souvent tardif car les signes cliniques sont souvent frustes, non spécifiques, et même devant un tableau évocateur, on peut passer facilement à côté. Des douleurs hypogastriques ou suspubiennes, une dysurie cataméniale, des signes irritatifs vésicaux (pollakiurie,

impériosité), une hématurie cataméniale microscopique ou macroscopique sont fréquemment observés [4]. Ces signes apparaissent de façon cyclique et sont exagérés durant les menstruations [6]. L'hématurie cataméniale macroscopique est fortement évocatrice mais elle n'est présente que chez 20% des patientes [6]. L'examen clinique est peu contributif mais peut retrouver un nodule sensible palpable au toucher vaginal dans environ 50% des cas [3].

Sur le plan morphologique, l'échographie pelvienne et l'IRM constituent le bilan minimum à demander devant toute endométriose pelvienne profonde, montrant une masse nodulaire au niveau du septum vésico-utérin infiltrant l'épaisseur du détrusor [4]. La cystoscopie reste l'examen clé en montrant une masse bleuâtre sous-muqueuse entourée d'oedème et de congestion [6]. Elle permet de préciser sa topographie notamment sa situation par rapport aux orifices urétéraux et de pratiquer une biopsie (ou une exérèse dans certaines conditions) qui permettra par la suite le diagnostic histologique de certitude [2,6]. La biopsie percystoscopique doit être transmurale et en période cataméniale pour en augmenter la sensibilité [3]. Pour notre part, la cystoscopie a été faite et le diagnostic d'endométriose vésicale a été retenu et confirmé après le résultat anatomopathologique.

Sur le plan thérapeutique, l'approche peut être médicale (progestatifs, analogues de LHRH) avec une efficacité variant selon la profondeur de l'atteinte endométriosique. L'indication peut être maintenue pour les atteintes vésicales en cas de symptomatologie peu gênante chez des patientes préménopausiques ou chez de jeunes patientes ayant un désir de grossesse à court terme [3]. Il n'a pas été démontré qu'un traitement médical de plus de six mois puisse être bénéfique en particulier pour les nodules infiltrant profondément la vessie et qui sont de ce fait plutôt l'apanage de la chirurgie [2,6]. Concernant la démarche thérapeutique, un faisceau d'arguments pré-thérapeutiques (symptomatologie fonctionnelle, données de l'imagerie, amélioration sous analogues) peut permettre de proposer une exérèse chirurgicale d'emblée sans biopsie préalable [4]. La cystectomie partielle est le traitement de choix du nodule vésical, par coelioscopie (associée à une cystoscopie per opératoire) ou par laparotomie conventionnelle [3,4]. L'exérèse doit être la plus complète possible et certains auteurs y associent une hystérectomie concomitante et une ovariectomie bilatérale pour prévenir au maximum l'apparition de récives [3,6].

Conclusion:-

Cette observation d'endométriose vésicale survenue chez une patiente de 44 ans a permis d'illustrer l'intérêt de la prise en charge chirurgicale de l'affection. L'approche clinique et la chirurgie conventionnelle restent des atouts majeurs du praticien. Néanmoins, la cystoscopie permet une prise en charge plus adéquate et moins invasive de nos patientes en ce début du troisième millénaire.

Bibliographie:-

- 1- Attich E, Abou Jaoude R, Yazbeck C, Mansour F, Abboud J. Corrélations anatomiques de l'endométriose. *ContraceptFertilSex*1999; 27: 861-6.
- 2- Acker O, Robert Y, Carpentier F, Vinatier D, Cosson M. Endométriose vésicale ou urétérale symptomatique: à propos de 8 cas et revue de la littérature. *Ann Chir*2003; 128: 34-9.
- 3- Collinet P, Marcelli F, Villers A, Regis C, Lucot JP, Cosson M, et al. Prise en charge de l'endométriose urinaire. *GynécolObstFertil*2006; 34: 347-52.
- 4- Chapron C, Boucher E, Fauconnier A, Vieira M, Dubuisson JB, Vacher- Lavenu MC. Anatomopathological lesions of bladder endometriosis are heterogeneous. *FertilSteril* 2002; 78: 740-2.
- 5- Vercellini P, Frontino G, Pisacreta A, De Giorgi O, Cattaneo M, Giorgio Crosignani P. The pathogenesis of bladder detrusor endometriosis. *Am J ObstetGynecol* 2002; 187: 538-42.
- 6- Batler RA, Kim SC, Nadler RB. Bladderendometriosis: pertinent clinical images. *Urology*2001; 57: 798-9.