



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13256
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13256>



RESEARCH ARTICLE

SUBOCCLUSION SECONDAIRE À UNE ENDOMÉTRIOSE COLIQUE : PROBLÈME DIAGNOSTIQUE

F. Al. Azaoui¹, A. Chakiri¹, Fz. Benmoula¹, S. Lafrouji¹, M. Chefchaoui¹, L. Ifrine¹, A. Belkouchi¹, Ho Elmalki¹ and A. Jahid²

1. Service Chirurgie A CHU-Ibn Sina Rabat.
2. Laboratoire d'Anatomopathologie CHU-Ibn Sina Rabat.

Manuscript Info

Abstract

Manuscript History

Received: 10 June 2021
Final Accepted: 14 July 2021
Published: August 2021

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

Introduction:-

L'endomètre est la muqueuse qui tapisse la paroi interne de l'utérus. Sous l'effet des hormones (œstrogènes), au début de chaque cycle menstruel, l'endomètre s'épaissit et devient richement vascularisé se préparant pour une potentielle grossesse. En l'absence de fécondation, il se désagrège et saigne, phénomène qui est à l'origine des règles. Or chez 10 % des femmes, le tissu endométrial se développe en dehors de l'utérus, cela définit l'endométriose.

Toutes les localisations sont possibles : Tube digestif, vessie, sphère ORL, trachée, bronches voire même une localisation pariétale ou ombilicale [1].

L'endométriose colorectale (ECR) est une forme particulière de l'endométriose profonde postérieure, définie par la présence du tissu endométrial ectopique au niveau de la paroi du côlon ou du rectum. Sa principale caractéristique clinique est l'association des symptômes d'endométriose profonde (dysménorrhées, dyspareunies) et des symptômes digestifs exacerbés pendant les règles (troubles de transit, douleurs lors de la défécation, ténésmes, rectorragies). La fréquence de l'endométriose du tube digestif est évaluée à 5,4 % [2], mais le pourcentage des localisations coliques est très variable, oscillant entre 3 et 37 %, selon les séries [3].

Nous rapportons l'observation d'une patiente hospitalisée dans notre formation, pour une sub-occlusion intestinale, dont le diagnostic étiologique était difficile et inhabituel.

Observation:-

Une femme de 44 ans, sans antécédents médicaux particuliers, elle n'a jamais été opérée. En ce qui concerne ses antécédents gynéco-obstétricaux, un âge de ménarche à 15 ans, deux accouchements par voie basse, une contraception orale à base de microprogestatifs arrêtée depuis 11 ans.

La patiente consultait pour des douleurs abdominales d'aggravation progressive évoluant depuis 6 mois, associées à des épisodes de constipation et subocclusion, sans rectorragies ni vomissement ni fièvre ni altération de l'état général.

Corresponding Author:- F. Al. Azaoui

Address:- Service Chirurgie A CHU-Ibn Sina Rabat.

À l'examen clinique, la patiente était en bon état général et hémodynamique, apyrétique. L'examen abdominal trouvait un abdomen souple, légèrement distendu. Le toucher rectal était normal. Le bilan biologique était sans particularité (Bilan infectieux et inflammatoire normaux). Le dosage du marqueur tumoral CA19-9 était à 87 UI/ml (VN < 33).

Une coloscopie réalisée dans le cadre du bilan de constipation chronique avait montré la présence à 30 cm de la marge anale d'une formation pseudopolypoïde, végétante sténosante. Une biopsie pour étude anatomopathologique revenue en faveur d'une colite inflammatoire non spécifique et absence de signes de malignité.

Un coloscanner complétant le bilan décelait un épaississement irrégulier de la charnière recto sigmoïdienne, bourgeonnant en endoluminal, sans signes d'envahissement extra digestif, avec une lame d'épanchement péritonéal, sans signe d'infiltration péri colique ni diverticules coliques.

Une deuxième coloscopie réalisée dans le but d'avoir une preuve histologique confirme la présence d'une masse sténosante infranchissable d'aspect suspect au niveau du sigmoïde (Figure 1). La biopsie réalisée était toujours non concluante.



Figure 1:- Image endoscopique de la sténose recto-sigmoïdienne.

Un bilan d'extension, fait d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien, a été réalisé à la recherche d'une éventuelle extension à distance de cette tumeur suspecte n'a pas

objectivé de métastases mais un épaissement sigmoïdien d'allure suspect de 6mm entendu sur 7cm, classé T3N0M0 (Figures 2 et 3).



Figure 2:-

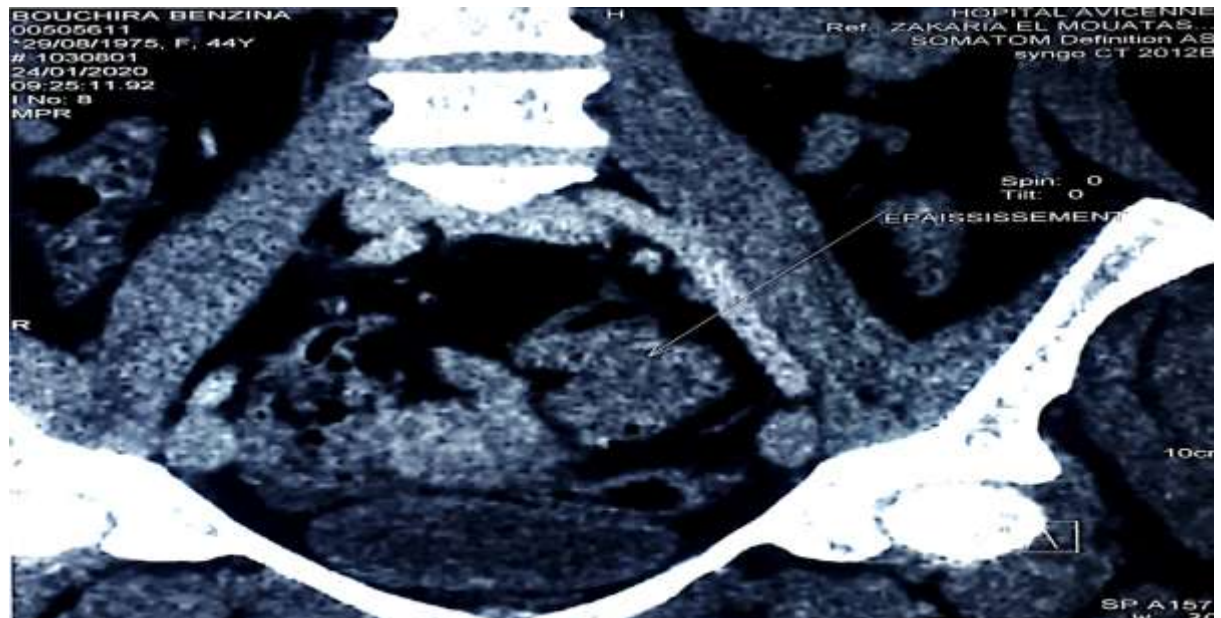


Figure 3 :-

Figures 2 et 3:- Images scannographiques montrant un épaissement de la charnière recto-sigmoïdienne.

Devant l'aspect radiologique et endoscopique suspects de la masse, et l'aggravation clinique de la subocclusion, on décide d'opérer la patiente malgré l'absence d'une preuve histologique.

À l'exploration chirurgicale on trouve une masse au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne de 5cm, de consistance dure, avec un épanchement pelvien hématique de faible abondance et des végétations bleuâtres d'allure endométriosique adhérentes à l'utérus et à la masse recto-sigmoïdienne.

L'examen anatomopathologique extemporané de ces végétations était en faveur d'une endométriose.

Le geste opératoire a été limité alors à une résection segmentaire de la charnière recto-sigmoïdienne emportant la masse, avec anastomose colo rectale termino-terminale.

L'étude anatomopathologique définitive de la pièce opératoire était en faveur d'une endométriose colorectale (Figure 4 et 5).

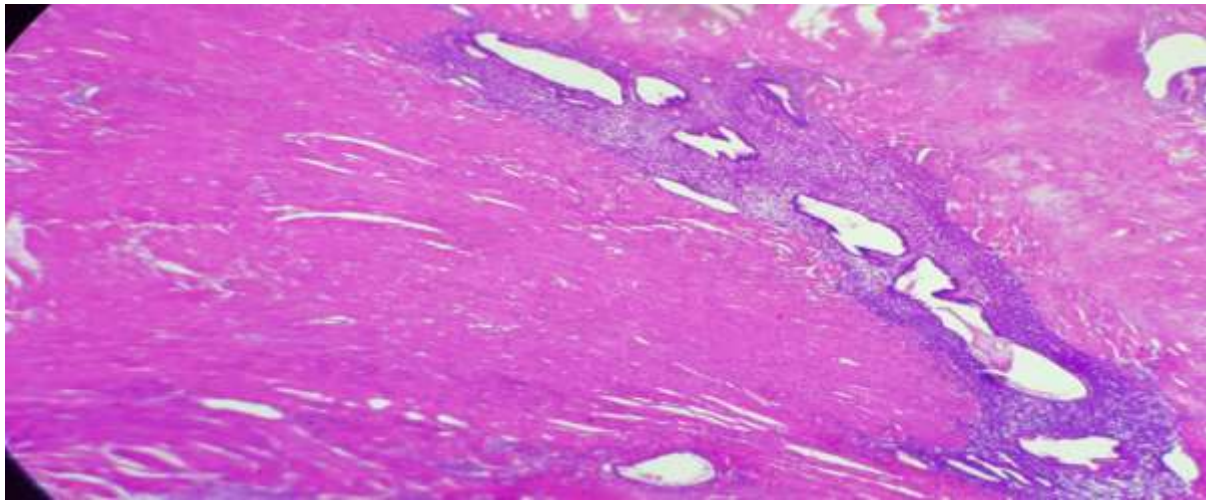


Figure 4:-

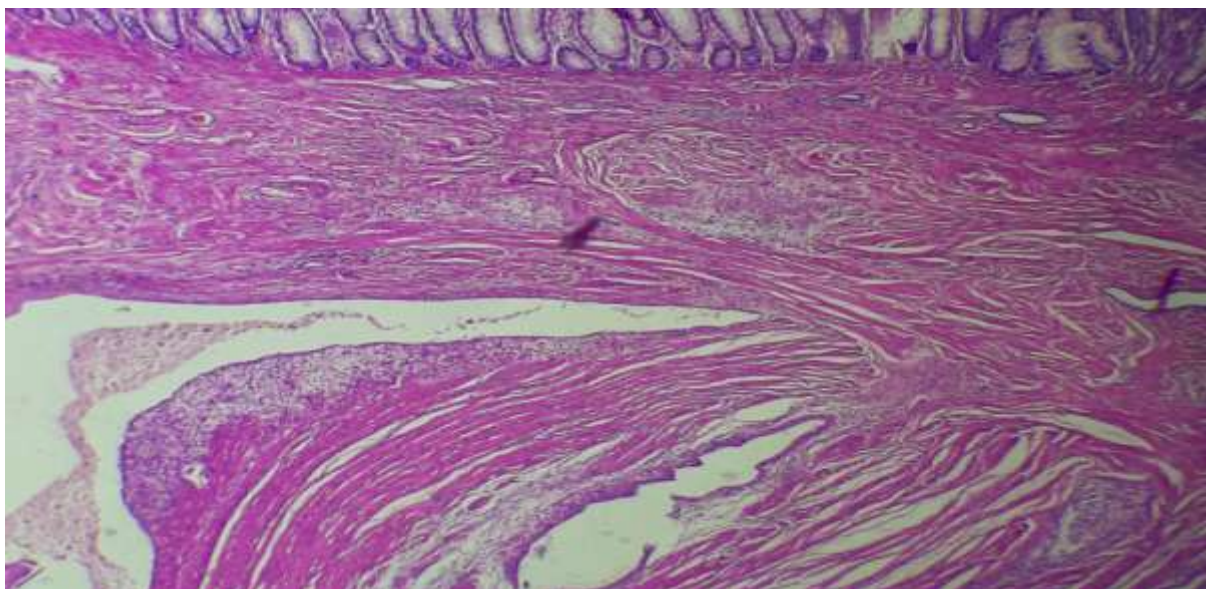


Figure 5:-

Figure 4 et 5:- Images microscopiques de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montrant un aspect d'endométriose colorectale.

Les suites post-opératoires étaient simples. L'interrogatoire de la patiente à posteriori rapporte une notion de douleurs abdominales et pelviennes rythmées par les cycles menstruels, avec une exacerbation synchrone des épisodes de constipation, ainsi qu'une dysménorrhée importante.

Une IRM pelvienne réalisée en post-opératoire objective une endométriose du torus et des ligaments utéro-sacrés avec adénomyose fundique.

La patiente a été mise sous traitement médical seul à base d'agonistes de la GH-RH avec une nette amélioration clinique des symptômes digestifs et pelviens.

Discussion:-

Le siège de prédilection de l'endométriose digestive est la partie terminale du cadre colique (72 à 85 % se situent sur le rectosigmoïde), généralement associé à une atteinte ovarienne ou utérine [2]. L'endométriose colique isolée est exceptionnelle [4].

L'ECR est une affection de la femme jeune, en période d'activité génitale. L'âge moyen rapporté dans les différentes séries de la littérature varie entre 32 et 35 ans avec des extrêmes de 16 à 60 ans [5][6].

Le diagnostic est souvent difficile devant un syndrome occlusif ou subocclusif d'allure néoplasique, comme l'illustre notre observation, ce qui nous a amené à commencer la démarche diagnostique en passant par les étiologies les plus probables devant un syndrome occlusif dans notre contexte : causes tumorales (malignes ou bénignes), causes inflammatoires (crohn) et causes infectieuses (tuberculose).

L'association d'une symptomatologie gynécologique peut aider au diagnostic et doit faire penser à l'ECR. En effet, les douleurs pelviennes rythmées par les cycles menstruels sont retrouvées dans 69 à 85 % des cas [5][7]. Les manifestations digestives sont le plus souvent peu spécifiques à type d'irritation, pesanteur pelvienne. Leur recrudescence cataméniale ou péri cataméniale fait évoquer le diagnostic. Des douleurs rectales sont trouvées dans 52 % des cas, à type de ténesme et de douleurs à la défécation. 30 à 40 % des patientes se disent constipées, 25 à 40% ont de la diarrhée [7][8]. Une alternance diarrhée– constipation est retrouvée dans 14 % des cas [5].

Des signes d'occlusion intestinale complète ou partielle existent chez 12 % des patientes. Les rectorragies ne sont trouvées que dans 15 à 20 % des cas. Elles sont habituellement minimales, mais rythmées par les cycles menstruels, ce qui est évocateur du diagnostic d'ECR. Le toucher rectal combiné au toucher vaginal explore la cloison rectovaginale et peut trouver un nodule du cul-de-sac de Douglas évocateur d'ECR par la variation de sa taille en fonction du cycle menstruel, son induration particulière, sa sensibilité et son caractère rétractile et fixé [9].

L'endoscopie digestive basse peut visualiser un rétrécissement de la lumière digestive, avec défaut d'expansion à l'insufflation, évocateur d'une compression extrinsèque non spécifique. Par contre, la constatation de nodules bleutés sous-muqueux est très en faveur du diagnostic [10]. Quoique l'atteinte sous-muqueuse est rare et les biopsies sont souvent non contributives malgré qu'elles soient réalisées au niveau d'une zone suspecte, comme le cas de notre patiente. Graham B et al rapportent une série de 32 coloscopies réalisées pour ECR, l'examen endoscopique était normal dans la moitié des cas, et dans le reste, toutes les biopsies réalisées en zone macroscopiquement pathologique étaient non contributives [11]. En effet, l'intérêt de l'endoscopie dans ces cas d'ECR est plutôt d'éliminer le diagnostic d'un cancer colorectal suspecté sur les données cliniques et radiologiques.

L'échoendoscopie rectale peut aider au diagnostic par sa performance en matière des atteintes limitées à la séreuse et la musculuse, et par la possibilité de réaliser des biopsies profondes [12][13].

Sur le plan anatomopathologique, on distingue deux types d'atteinte :

la forme extrinsèque, la plus fréquente, se traduit par une atteinte des couches profondes (séreuse, musculuse, sous-muqueuse), ce qui explique le caractère tout à fait exceptionnel et tardif du saignement digestif, ainsi que des biopsies non concluantes (c'est le cas de notre patiente), et la forme intrinsèque qui comporte un envahissement de la muqueuse colique par le tissu endométrial [11].

L'ECR nécessite rarement le recours à un geste chirurgical spécifique. La chirurgie est indiquée en cas de doute sur une lésion néoplasique, ou si la patiente est symptomatique, elle consiste à une exérèse radicale des lésions d'ECR, génitale et péritonéale, dans des conditions proches de la chirurgie carcinologique. [9]

L'exérèse complète de toutes les lésions assure un bon résultat à long terme, limite le risque de récurrence et permet l'arrêt du traitement médical. Quoique dans le cas où le diagnostic a été posé en peropératoire, comme le cas de notre patiente, l'abstention est de règle, pour la raison de consentement de la patiente, qui doit être préparée et prévenue avant l'intervention sur les conséquences éventuelles de la chirurgie [7][14].

Des études publiées sur la chirurgie de l'ECR ont rapporté qu'une excision-suture est envisageable en cas d'un nodule d'endométriose développé de manière isolée sur le rectum péritonisé ou le côlon. Mais l'intervention la plus fréquemment réalisée est une résection antérieure du rectum emportant la portion descendante du côlon sigmoïde, ce qui paraît cependant excessif [7].

En ce qui concerne les gestes gynécologiques, pour la plupart des auteurs, il n'y a pas d'indication à une ovariectomie bilatérale de principe. Dans l'ECR, l'ovariectomie isolée ne permet pas de traiter efficacement les symptômes digestifs [6][15][16]. Aussi, il a été rapporté que 10 % des ECR deviennent symptomatiques après la ménopause ou après ovariectomie bilatérale [17]. Sur une série de 29 ECR opérées, la seule variable associée à la résolution de la symptomatologie a été la réalisation d'une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale dans le même temps que l'exérèse colorectale [7]. En dépit de cette expérience, une ovariectomie n'est à envisager que lorsque les conditions locales la rendent nécessaire, et en s'efforçant d'être le plus conservateur possible avant l'âge de 40 ans [14].

Le bénéfice d'un traitement médical postopératoire de l'endométriose n'est pas prouvé. Les seules notions établies concernent les agonistes de la GH-RH qui ne diminuent pas le taux de récurrence, mais allongent le délai de leur survenue et diminuent les récurrences douloureuses [18].

Chez notre patiente, après la réalisation d'une IRM pelvienne en post opératoire, qui a montré une endométriose du torus et des ligaments utéro-sacrés avec adénomyose fundique, elle a été mise sous agonistes de la GH-RH avec nette amélioration clinique des symptômes digestifs et pelviens.

Conclusion:-

L'endométriose colorectale se présentant dans un tableau d'occlusion est rare, et pose un défi diagnostique en simulant une pathologie tumorale en absence d'une preuve histologique.

La découverte d'une masse pelvienne, chez une jeune femme, se plaignant de troubles digestifs et gynécologiques récidivants, concomitants aux menstruations, doit faire suspecter une endométriose colorectale et nécessite une investigation par IRM ou échoendoscopie, une confirmation diagnostique par un examen extemporané lors des tableaux occlusifs. La stratégie chirurgicale consiste en une colectomie segmentaire associée ou non à une hystérectomie avec annexectomie bilatérale après consentement de la patiente.

Références:-

- [1] H.O. El Malki, M. Charif Chefchaoui, K. Aït Taleb, R. Mohsine, L. Ifrine, S. Oulbacha, A. Belkouchi, H. El Alaoui, A. Maaoui. Siège inhabituel de l'endométriose: l'ombilic. (A propos d'un cas). Maroc Médical 2000 Mars; 22 (667) 1 : 38-40. (Cas clinique)
- [2] Weed J C, Ray J E. Endometriosis of the bowel. Obstet Gynecol 1987;69:727-30.
- [3] Midorikawa Y, Kubota K, Kawai K, Mori M, Kajiura N. Endometriosis of the rectum causing bowel obstruction : a case report. Hepato-Gastroenterology 1997; 44:706-9.
- [4] Blondon J, Caubel P, Foulques H, Le-franc JP. Diagnostic et traitement de l'endométriose digestive. Ann Chir 1989;43:265-7.
- [5] Bailey HR, Ott MT, Hartendorp P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. Dis Colon Rectum 1994 ; 37 : 747-53.
- [6] Canis M, Botchorishvili R, Slim K, Pezet D, Powly JL, Wottig A, et al. Endométriose digestive. À propos de 8 cas de résection colorectale. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996 ; 25 : 699-709.

- [7] Urbach DR, Reedijk M, Richard CS, Lie KI, Ross TM. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1998 ; 41 : 1158-64.
- [8] Cameron IC, Rogers S, Collins MC, Reed MW. Intestinal endometriosis : presentation, investigation and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 1995 ; 10 : 83-6.
- [9] Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol* 1987 ; 69 : 727-30.
- [10] Pierre F, Letessier E, Body G, Lansac J. L'endométriose rectosigmoïdienne. Résultats d'une enquête multicentrique collectant 69 dossiers. *Lyon Chir* 1990 ; 86 : 293-7.
- [11] Graham B, Mazier P. Diagnostic and management of endometriosis of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1988 ; 31 : 952-6.
- [12] Fedele L, Bianci S, Portuese A, Borruto F, Dorta M. Transrectal ultrasonography in the assessment of rectovaginal endometriosis. *Obstet Gynecol* 1998 ; 91 : 444-8.
- [13] Chapron C, Dumontier I, Dousset B, Fritel X, Tardif D, Roseau G, et al. Results and role of rectal endoscopic ultrasonography for patients with deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 1998 ; 13 : 2266-70.
- [14] Verspyck E, Lefranc JP, Blondon J. Diagnostic et traitement de l'endométriose rectale et sigmoïdienne. *Ann Chir* 1997 ; 51 : 1106-10.
- [15] Fernandez H, Harmas A. Présentations cliniques et histoire naturelle des endométrioses. *Rev Prat* 1999 ; 49 : 258-62.
- [16] Redwine DB. Endometriosis persisting after castration. Clinical characteristics and results of surgical management. *Obstet Gynecol* 1994 ; 83 : 405-501.
- [17] Bergqvist A. Different types of extragenital endometriosis : a review. *Gynecol Endocrinol* 1993 ; 7 : 207-21.
- [18] Parazzini F, Fedele L, Busacca M, Falsetti L, Pellegrini S, Venturini PL, et al. Postsurgical medical treatment of advanced endometriosis : results of a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 1994 ; 171 : 1205-7.