



RESEARCH ARTICLE

ENDOMETRIOSE POST CESARIENNE REVELEE PAR UNE MASSE ABDOMINALE PARIETALE A PROPOS D UN CAS

Radouane Chouiba, Mustapha Halim, Mohamed Laaroussi, Abderrahmane Elhjouji and Abdelmounaim Ait Ali

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 15 August 2021

Final Accepted: 18 September 2021

Published: October 2021

Abstract

L'endométriose se définit par l'existence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Sa localisation pariétale est rare, pouvant survenir sur toutes les cicatrices surtout après une intervention chirurgicale gynécologique, obstétricale ou encore abdominale [1]. L'endométriose de la paroi abdominale a été décrite dans différentes localisation: les muscles grands droits de l'abdomen, l'ombilic [1], les cicatrices de césarienne [2]. L'endométriose pariétale représente 1 à 2% des cas d'endométriose extragénitale [3]. Nous rapportons un nouveau cas d'endométriose abdominale post-césarienne localisée au muscle grand droit de l'abdomen révélé par une masse pariétale.

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

Introduction:-

L'endométriose se définit par l'existence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Sa localisation pariétale est rare, pouvant survenir sur toutes les cicatrices surtout après une intervention chirurgicale gynécologique, obstétricale ou encore abdominale [1]. L'endométriose de la paroi abdominale a été décrite dans différentes localisation: les muscles grands droits de l'abdomen, l'ombilic [1], les cicatrices de césarienne [2]. L'endométriose pariétale représente 1 à 2% des cas d'endométriose extragénitale [3]. Nous rapportons un nouveau cas d'endométriose abdominale post-césarienne localisée au muscle grand droit de l'abdomen révélé par une masse pariétale.

Observation:-

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, troisième geste, troisième pare sans antécédents pathologique avec notion de césarienne il y a 4 ans. Le début de la symptomatologie remonte à 6 mois par l'installation des douleurs hypogastrique au moment du cycle avec perception d'une masse abdominale augmentant progressivement de volume sans signe de souffrance cutanée en regard, chez qui l'examen clinique trouve une masse abdominale au dépend du muscle grand droit de 4 cm, les touchers pelviens sont normaux et absence d'adénopathies à l'examen des aires ganglionnaires.

La patiente a bénéficiée d'une échographie abdominale objectivant une masse oblongue sous cutanée paramédiane droite du muscle grand droit de l'abdomen bien limitée hétérogène solido-kystique.

La patiente a bénéficié d'une exérèse de la masse pariétale par un abord direct en regard emportant la masse avec le tissu musculaire qui l'entoure et l'aponévrose du grand oblique sans ouverture du péritoine ; l'étude

Corresponding Author:- Radouane Chouiba

anatomopathologique de la pièce confirme l'endométriose pariétale avec des marges saines, Le suivi avec un recul de 06 mois n'a pas montré de récurrence.



Discussion:-

L'endométriose se définit par la présence d'îlots de tissu endométrial en situation hétérotopique en dehors de la cavité utérine représentant les caractères histologiques et biologiques de l'endomètre [4]. donc c'est une masse ectopique de tissu endométrial sous forme d'une masse kystique ou solide, ainsi il définit une quantité importante de tissu endométrial ectopique.[2]

L'endométriose pariétale abdominale a été décrite dans différentes localisations incluant les muscles grands droit de l'abdomen, l'ombilic, les cicatrices de césarienne, d'hystérectomie, de chirurgie abdominopelvienne, le site de passage d'une aiguille d'amniocentèse, les orifices de trocart de cœlioscopie [5]. Elle est retrouvée le plus souvent chez les femmes en âge de procréer. En effet, il existe une corrélation entre l'endométriose et l'âge avec une moyenne de 35 ans pour la localisation extra-pelvienne [6]. Le délai d'apparition reste très variable (2 mois à 15 ans après l'acte chirurgical). 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 [2].

Le tableau clinique est souvent évocateur. Les femmes les plus affectées sont en activité génitale, entre 20 et 40 ans. Le maître symptôme est souvent sous forme d'une infiltration nodulaire, irrégulière, persistante, de taille variable, en regard d'une cicatrice abdominale. Elle se trouve généralement associée à des douleurs cycliques concomitantes avec les règles, fortement évocatrices du diagnostic mais loin d'être indispensables [7]. ainsi une masse qu'elle soit douloureuse ou non, était le signe de présentation de la maladie dans 84,6% des cas au cours de l'étude rapportée par DWIVEDI [8], dans tous les cas des séries de Patterson [9] et de Picod.G [2]

Les principaux diagnostics différentiels d'une masse associée à une cicatrice abdominale sont : les granulomes sur fils, les abcès, les hématomes, les neurinomes, les kystes épidermoïdes et enfin plus rarement des tumeurs malignes (sarcome, métastases de carcinomes) [9]. En cas de tableau typique, le diagnostic peut être facile à évoquer. Mais, il est parfois plus difficile. Cependant, l'échographie reste l'examen à réaliser en première intention devant toute masse abdomino-pelvienne, facile, simple, peu coûteux, reproductible et non invasif. Ceci dit, plusieurs facteurs peuvent influencer le résultat, notamment la qualité de l'appareil, le terrain, et l'expérience de l'examineur [10]. L'ensemble des études semble être en accord sur les caractéristiques échographiques de cette masse. Il s'agit souvent d'une image arrondie de consistance liquidienne anéchogène parfois kystique, attenante à la paroi abdominale, possédant un seul pédicule vasculaire latéralisé dont le flux augmente durant la période des règles [11].

L'aspect tomodensitométrique des localisations souscutanées de l'endométriose n'est en aucun cas caractéristique : il s'agit d'une masse tissulaire homogène ne prenant que peu le contraste après injection en raison du caractère

faiblement vascularisé des lésions. Cet aspect est identique à celui des localisations intra-abdominales ou pelviennes [1]. La ponction cytologique ou mieux encore la microbiopsie permettent parfois le diagnostic préopératoire [12].

Le traitement est l'exérèse chirurgicale totale. L'exérèse doit être large, emportant la totalité de la lésion et passant au minimum à 5 mm en zone saine [7]. La reconstruction pariétale après exérèse nécessite parfois la mise en place d'une prothèse pariétale lorsque la fermeture des berges musculo-aponévrotiques est impossible.

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 [13].

Des moyens théoriques de prévention de l'affection peuvent être proposés ainsi la prévention en cas de laparotomie est basée sur le lavage abondant de la cavité abdominale et de la cicatrice en fin d'intervention, ainsi que le changement de gants pour le temps de fermeture pariétale. Alors qu'en cœlioscopie, l'extraction des pièces opératoires dans un sac de protection et le lavage abondant de la cavité pelvienne devraient être systématiques. Ainsi, ces mesures relèvent de la bonne pratique chirurgicale bien que leur bénéfice n'a jamais été démontré [14, 15].

Conclusion:-

L'endométriose pariétale reste une pathologie peu fréquente, et dont le diagnostic est le plus souvent tardif. La symptomatologie spécifique par le caractère cataménial représente des éléments capitaux pour évoquer le diagnostic. Le traitement est toujours chirurgical par l'excision complète de la masse qui assure la guérison avec une bonne évolution.

Références:-

1. Boufettal H, Hermas S, Boufettal R, et al. Endométriose de cicatrice de la paroi abdominale. Presse Med 2009;38:e1—6.
2. Picod G, Boulanger L, Bounoua F et al. Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne: à propos de 15 cas. GynecolObstetFertil. 2006 Jan; 34(1): 8-13
3. Lamblin G, Mathevet P, Buenerd A. Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale: à propos de trois observations. J GynecolObstetBiolReprod (Paris). 1999 Jun; 28(3): 271-4.
4. O. Toullalan, P. Baqué, D. Benchimol et al. Endométriose des muscles grands droits de l'abdomen Ann Chir 2000.
5. Thylan S. Re: abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. Am Surg. 1996 Jul; 62(7): 617.
6. Karaalp E., Guzin K., GunduzGet Al. Abdominal wall incision scar endometriosis. Goztepe Tip Dergisi 26(3) : 140-142, 2011.
7. Kouach J, Babahabib A, Elhassani M, et al. L'endométriose ombilicale : à propos d'un cas. Med Ther Med ReprodGynecolEndocrinol 2010;12:324—7.
8. Dwivedi J., Agrawal N. and Al. Abdominal wall endometriomas. Digestive Diseases and Sciences, Vol. 47, n° 2 (February 2002), pp. 456- 461.
9. Patterson G., Winburn G. Abdominal wall endometriomas : report of eight cases. Am Surg 1999;65:36-9.
10. Savelli et al. Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and Doppler characteristics. UltrasoundObstetGynecol 2012; 39: 336-340.
11. Jan-Hein J., Adriaan C., Julien B. et Al. Abdominal Wall Endometriosis: Clinical Presentation and Imaging Features with Emphasis on Sonography AJR:186, March(2006)
12. Merran S, Karila-Cohen P. Endométriose sous-cutanée sur cicatrice de la paroi abdominale antérieure : à propos de deux observations. J Radiol 2004;85:409—10.
13. 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.
14. Audebert A. Les endométrioses iatrogènes de la femme avant la ménopause: principaux enjeux. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2013;41:322—327
15. Jayi S., Laadioui M., Bouguern H., et Al. L'endométriose de la paroi abdominale: à propos d'un cas rare ; Pan Afr Med J. 2013; 15: 86.