



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13980
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13980>



RESEARCH ARTICLE

L'ENDOMÉTRIOSE PÉRINÉALE : A PROPOS D'UN CAS

I. El Abbassi, F. Atfi, A. Lamrissi, K. Fichtali and S. Bouhya

Service De Maternité – Chu Ibnou Rochd (Casablanca-Maroc).

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 October 2021

Final Accepted: 29 November 2021

Published: December 2021

Résumé

L'endométriose périnéale correspond à la présence de tissu endométrial au niveau du périnée superficiel, le plus souvent sur une cicatrice d'épisiotomie ou sur une déchirure obstétricale. Le diagnostic préopératoire repose sur l'IRM et sera confirmé par une analyse histologique pour exclure toute autre tumeur. Le traitement médical avec les analogues de GnRH est inefficace. Le traitement reste chirurgical et consiste en une large résection de la masse. Nous rapportons un cas d'endométriose sur une cicatrice d'épisiotomie chez une patiente de 34 ans ayant accouché il y a 4 ans.

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

Introduction:-

L'endométriose périnéale correspond à la présence de tissu endométrial au niveau du périnée superficiel [1]. Des antécédents à type d'épisiotomie, de déchirure obstétricale ou d'intervention périnéale associée souvent à une manipulation endo-utérine sont fréquemment retrouvés [2]. Nous rapportons un cas d'endométriose localisée au niveau d'une cicatrice d'épisiotomie, à travers laquelle nous mettons le point sur les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives de cette pathologie.

Observation:-

Mme M. L. âgée de 34 ans, divorcée, sans antécédents pathologiques particuliers, primigeste primipare, ayant un enfant né par voie basse avec épisiotomie, âgé de 4 ans. Ses cycles sont réguliers sous dispositif intra-utérin. Elle consulte pour douleurs pelviennes cycliques au niveau de la cicatrice d'épisiotomie remontant à 15 mois sans métrorragies, sans dyspareunie sans signes urinaires ou digestifs associés. L'examen clinique trouve une masse d'environ 25 mm au niveau de la cicatrice d'épisiotomie d'aspect bleuté, sensible à la palpation (Figure 1). Le reste de l'examen gynécologique est sans particularités.

L'échographie périnéale a objectivé en regard de la cicatrice d'épisiotomie une plage hypoéchogène, bien limitée, siège d'une formation arrondie, anéchogène mesurant 45x32 mm (Figure 2). L'IRM pelvienne a mis en évidence deux nodules endométriosiques : l'un fibreux périnéal postérieur droit de 14 mm de grand axe, et l'autre hémorragique pelvien sous péritonéal de la cloison intervagino-rectale de 47 mm de grand axe (Figure 3).

La patiente a bénéficié d'une résection de la masse, réalisée sous rachianesthésie, nous avons réalisé une incision biconcave autour de la cicatrice d'épisiotomie avec un décollement sous cutané emportant les deux nodules endométriosiques arrivant jusqu'à la fosse pararéctale (Figure 4). L'examen anatomo pathologique a confirmé le diagnostic d'endométriose. Les suites postopératoires étaient simples avec une bonne évolution et un recul de 12 mois sans récurrence.

Corresponding Author: I.El Abbassi

Address:-Service De Maternité - Chu Ibnou Rochd (Casablanca-Maroc).



Figure 1:- Une tuméfaction d'environ 25 mm d'aspect bleuté au niveau de la cicatrice épisiotomie.



Figure 2:- A) plaque hypoéchogène, bien limité, siège d'une formation arrondie, anéchogène mesurant 45x32 mm en regard de la cicatrice d'épisiotomie. B) Utérus de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène normovascularisé au doppler couleur, l'endomètre non épaissi homogène.



Figure 3:- Deux nodules endométriosiques : l'un fibreux périnéal postérieur droit de 14 mm de grand axe, et l'autre hémorragique pelvien sous péritonéal de la cloison intervagino-rectal de 47 mm de grand axe.



Figure 4:- Pièce opératoire des deux nodules endometriosisiques.

Discussion:-

L'endométriose périnéale est une pathologie relativement rare, souffrant le plus souvent d'un grand retard diagnostic. Ses mécanismes de survenue sont relativement bien cernés. Etablir le diagnostic de cette pathologie reste très équivoque [3]. En effet, il est relativement aisé devant une symptomatologie cyclique évoluant au rythme des menstruations, d'une masse douloureuse, quasi pathognomonique. Il peut être au contraire, beaucoup plus délicat en absence de ses caractéristiques, et peut retarder la mise en évidence du diagnostic à l'étape anatomopathologique [4].

L'échographie périnéale reste un examen morphologique indispensable et peu coûteux pour poser le diagnostic de l'endométriose périnéale, et éliminer tout diagnostic différentiel et ceci en mettant en évidence le plus souvent l'aspect non spécifique de nodules habituellement hypoéchogène et hétérogène, parfois hypoéchogène (formes hémorragiques), à limites externes volontiers floues et irrégulières, ayant une forme et une taille variables [5]. En cas de doute sur le diagnostic avant la chirurgie, l'IRM reste l'examen de choix concernant l'endométriose périnéale, elle montre le plus souvent un épaissement fibreux en hypo signal franc sur les séquences pondérées T2 mais l'aspect est plus évocateur lorsqu'il s'agit d'une infiltration de forme stellaire et rétractile [6]. Cependant, le diagnostic de certitude n'est confirmé que par l'étude histologique.

Contrairement aux autres localisations dont la prise en charge repose essentiellement sur le traitement médical associé à la chirurgie, en fonction du stade évolutif de la maladie ; l'endométriose périnéale nécessite un traitement curatif basé sur l'exérèse chirurgicale de la masse qui peut être accompagné d'un traitement médical [7]. Les récurrences dans ces conditions et en absence d'une autre association sont rares [8].

Conclusion:-

L'endométriose périnéale reste une pathologie peu fréquente, et dont le diagnostic est le plus souvent tardif. La symptomatologie spécifique par la douleur périnéale cyclique représente des éléments capitaux pour évoquer le diagnostic. L'examen clinique éventuellement complété par l'échographie et mieux une IRM peut renforcer le diagnostic et ceci devrait systématiquement conduire à une exérèse large ce qui permet de garantir une évolution favorable dans la quasi-totalité des cas [9].

Bibliographie:-

- [1] Juaqing Li, Yifu Shi, Juan Lin. Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015
- [2] Nalini Sharma*, Dina Aisha Khan, Roma Jethani, Department of Obstetrics and Gynaecology, North Eastern Indira Gandhi Regional Institute of Health and Medical Sciences, Shillong, Meghalaya, India 2018
- [3] Shing et Al .Endometriotic Foci in Bartholin's Cyst JOURNAL OF GYNECOLOGIC SURGERY Volume 33, Number 3, 2017
- [4] Sharma N, Thiek JL, Rituparna D, Mishra J, Singh AS (2017) Incisional endometriosis: A rare case of painful scar. Journal of Midwifery and Health 5: 927-929

- [5] Roman H, al. Digestive symptoms in women presenting with pelvic endometriosis and their low specificity for the localisation of the lesions: a preliminary prospective study. Hollywood, FL, USA; 2011.
- [6] Na Chen, Lan Zhu, Zhufeng Liu, Dawei Sun, The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases .Human Reproduction,(2012); Vol.27, No.6 pp. 1624–1627.
- [7] GALLARD F., COMBY F., DESMOULIÈRE A. Quelle prise en charge pour l'endométriose ? Actualités pharmaceutiques septembre 2014 ;20 • n° 538 •
- [8] Coşkun ÜMİT1, Mahmut Kuntay KOKANALI1 Spontaneous Vulvar Endometriosis: Report of A Case. GynecolObstetReprod Med 2014;20:119-121
- [9] Mustafa Demir1, Askin Yildiz1, Irfan Ocal2, Endometriosis in episiotomy scar: a case report. J Cases ObstetGynecol, 2014;1(1):8-10.