



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

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/16514

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16514>



### RESEARCH ARTICLE

#### L'ENDOMETRIOSE PARIETALE A PROPOS D'UN CAS ET UNE REVUE DE LA LITTERATURE

Bellajdel Ibtissam, El Harcha Kamal, Taheri Hafsa, Saadi Hanane and Mimouni Ahmed

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 25 January 2023

Final Accepted: 27 February 2023

Published: March 2023

#### Abstract

L'Endométriose est définie par la présence de tissu endométrial en situation hétérotopique, particulièrement pelviennes. Les localisations pariétales sont rares peuvent s'observer soit spontanément, soit le plus souvent sur le trajet de cicatrices de chirurgie abdominale ou pelvienne nous rapportons le cas d'une patiente avec antécédent d'un Utérus cicatriciel qui se plaignait des douleurs pelviennes chroniques d'évolution cyclique dont les investigations cliniques et paracliniques étaient en faveur d'une endométriose pariétale au site de l'ancienne césarienne, la patiente avait bénéficié d'un traitement chirurgical, nous discuterons à travers ce cas les différents aspect diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

#### Introduction:-

L'Endométriose est définie par la présence d'îlots de tissu d'origine endométrial en situation hétérotopique, sensible à la stimulation ovarienne. Les localisations les plus communes sont pelviennes. Les localisations pariétales peuvent s'observer soit spontanément, soit le plus souvent sur le trajet de cicatrices de chirurgie abdominale ou pelvienne. [1]

#### Observation:-

Mme I.C âgée de 29 ans, G2P2, porteuse d'un utérus cicatriciel depuis 9 ans, qui consulte pour des douleurs pelviennes chroniques à exacerbation cyclique au moment des menstruations, chez qui l'examen clinique trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, avec un abdomen souple indolore, siège de cicatrice type pfannenstiel.

Une échographie a montré un utérus de taille normal avec une image pariétale de 20 /23mm en faveur d'une endométriose pariétale. Fig [1]

Une IRM pelvienne a montré la présence d'une lésion pelvienne antéro-droite en hyposignal T1 et hyposignal T2, renfermant des spots en hypersignal T2 dont certains sont en hypersignal T1, rehaussée de façon marquée après contraste. Fig [2]

Une micro biopsie au tricutéchoguidée de la lésion pariétale a montré un aspect morphologique compatible avec une endométriose pariétale droite.

La patiente a bénéficié d'une pariéctomie sans réparation de la paroi abdominale avec des suites postopératoires saines Fig [3]

L'examen anatomopathologique est venu pour une endométriose pariétale droite, sans éléments suspects.

**Discussion:-**

L'incidence de l'endométriose pariétale est de 0,03 à 2% des endométrioses extra-génitales. Sa pathogénie vraisemblablement multifactorielle, tient à plusieurs théories à savoir métastatique, métaplasique et d'induction. [2],[4],[5]

L'endométriose pariétale devrait être évoquée si la patiente présente des antécédents de chirurgie gynécologique ou obstétricale. Cependant elle l'est aussi en dehors des antécédents chirurgicaux. La symptomatologie peut apparaître des semaines ou des années après la chirurgie avec un délai moyen de 4,8 ans (1-20 ans).

Cliniquement, elle se manifeste par la présence, chez une femme toujours réglée, d'une masse pariétale et/ou d'un syndrome pariétal abdominal tumoral douloureux, dont l'intensité fluctue au rythme des cycles menstruels. Toutefois, l'absence de signes évocateurs, pourrait dérouter le diagnostic vers d'autres pathologies bénignes ou malignes. [4]

L'échographie abdominale, la TDM et l'IRM permettent d'orienter le diagnostic, Cependant les aspects en imagerie ne sont pas spécifiques. [5]

L'aspect le plus évocateur en échographie est celui d'une image hypoéchogène bien limitée, souvent hypervasculaire en écho-doppler.

La TDM peut montrer une masse tissulaire bien limitée prenant le contraste ou kystique. [7]

L'IRM montre d'avantage la lésion soit en hypersignal T1 et T2 en rapport avec une hémorragie sous-aiguë ou en hyposignal T1 et T2 en rapport avec un saignement chronique.

La biopsie au trépan échoguidée est de valeur lorsque le diagnostic est douteux.

L'examen histopathologique permet l'identification définitive de l'endométriose en mettant en évidence des glandes endométriales en position ectopiques. [4]

Le traitement de choix de l'endométriose pariétale est l'exérèse chirurgicale de la masse [6]. Une résection pariétale prothétique pourrait être envisagée en cas de défauts aponévrotiques et cutanés importants.

Quant au traitement médical, il ne permet qu'une disparition transitoire des symptômes et est surtout introduit dans le cas d'une localisation secondaire de l'endométriose. [1],[3].

**Conclusion:-**

L'endométriose est caractérisée par la grande variabilité de sa fréquence. Son diagnostic, orienté par l'imagerie, est essentiellement histologique quel que soit le polymorphisme clinique. Le traitement médical étant souvent décevant, la chirurgie reste la thérapeutique de choix.

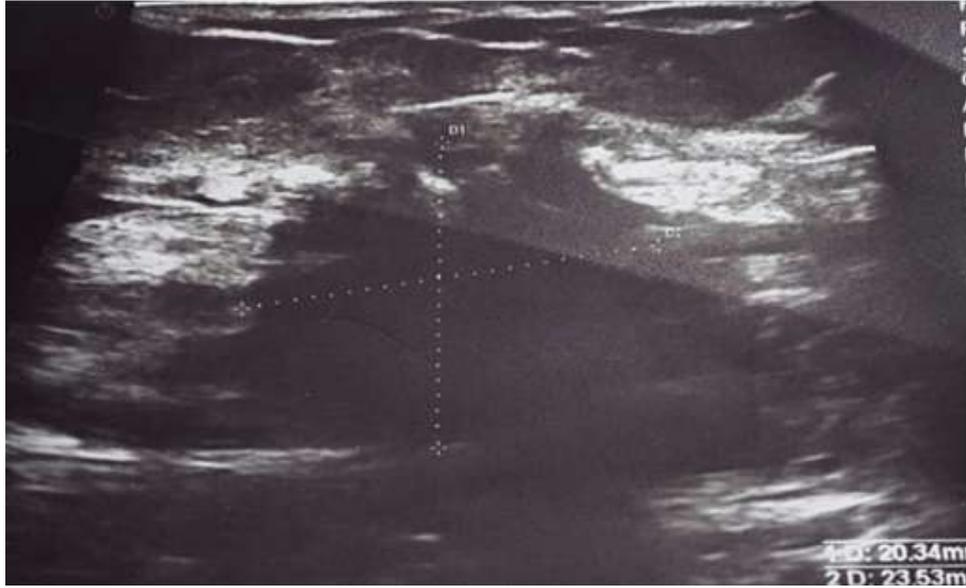
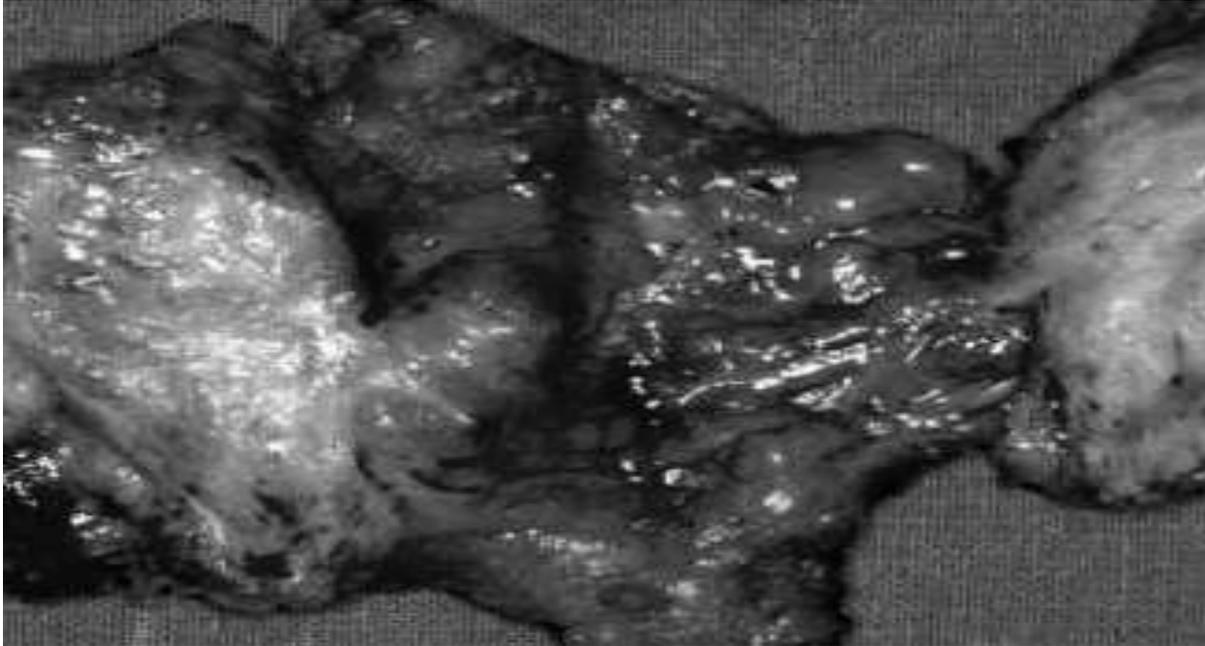


Fig 1:- Image pariétale de 20/23 mm enfaveur d'une endométriose pariétale.



Fig 2:- Lésion pariétale pelvienne antéro-droite évoquant en premier lieu une endométriose pariétale.



**Fig 3:-** Exérèse du noyau endométriosique pariétale.

#### **References:-**

1. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003;185:596-8
2. Turpin F, Daclin PY, Karam R et al. Un cas de localisation d'endométriose musculaire et du canal de Nuck. *J Radio* 2001;82:9335
3. Audebert A. Les endométrioses iatrogènes de la femme avant la ménopause: principaux enjeux. *Gynécologie Obstétrique Fertilité* 2013;41:322-327
4. CNGOF. Prise en charge de l'endométriose - Recommandations pour la pratique clinique. Mises à jour en gynécologie obstétrique. Disponibles sur: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_endometriose.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_endometriose.pdf). Accédé le 2 Juin 2013
5. Chang Y, Tsai EM, Long CY, Chen YH, Kay N. Abdominal wall endometriomas. *J Reprod Med*. 2009 Mar;54(3):155-9.
6. Ozturk A, Kaya C, Bozkurtoglu H, Tan N, Yananli ZD, Ucmakli E. Scar Endometrioma: An Uncommon Yet Easily Treated Condition. *J Reprod Med*. 2016 May-Jun;61(5-6):249-53.
7. Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometrioma: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1984;8:1213-14.