



RESEARCH ARTICLE

ENDOMETRIOSE SOUS CUTANEE SUR CICATRICE DE CESARIENNE : A PROPOS D'UN CAS

S. Jebli^{1,2}, L. Rouas^{1,2} and N. Lamallmi^{1,2}

1. Service d'anatomie Pathologique Unité Mère-Enfant, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.
2. Université Mohamed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 May 2023
Final Accepted: 28 June 2023
Published: July 2023

Abstract

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

Introduction:-

L'endométriose est une pathologie bénigne mais dont les conséquences sont variables. Parmi toutes les localisations extra abdomino-pelviennes l'endométriose pariétale est la plus fréquente. L'incidence de l'endométriose cutanée n'est pas connue avec précision et varierait de 1 % à 3,5 %. [1-2]

On parle d'endométriose pariétale lorsque la localisation ectopique est superficielle au péritoine.[3]

Dans ce cas nous présenterons une observation d'une jeune maman âgée de 29 ans, primipare ayant bénéficié d'une césarienne 18 mois avant l'apparition de douleurs périodiques au niveau d'une masse sous cutanée en regard de la cicatrice de sa chirurgie, et chez qui l'examen radiologique et anatomopathologique ont révélé une endométriose pariétale.

Observation:-

Nous rapportons une nouvelle observation d'une femme âgée de 29 ans, primipare, ayant bénéficié d'une césarienne, présentant 18 mois après l'intervention chirurgicale une masse sous cutanée en regard de la cicatrice de césarienne mesurant 8 mm de grand axe. Cette masse, mobile à la palpation, se caractérise par des douleurs périodiques. L'examen radiologique a révélé à l'échographie la présence d'un nodule sous cutané hypoéchogène de contours irréguliers douloureux au passage de la sonde, et à l'IRM pelvienne, cette masse était en hypersignal T1 en rapport avec des spots hémorragiques faisant évoquer un nodule endométriosique pariétal. (figure 1)

Corresponding Author:- S. Jebli

Address:- Service d'anatomie Pathologique Unité Mère-Enfant, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.

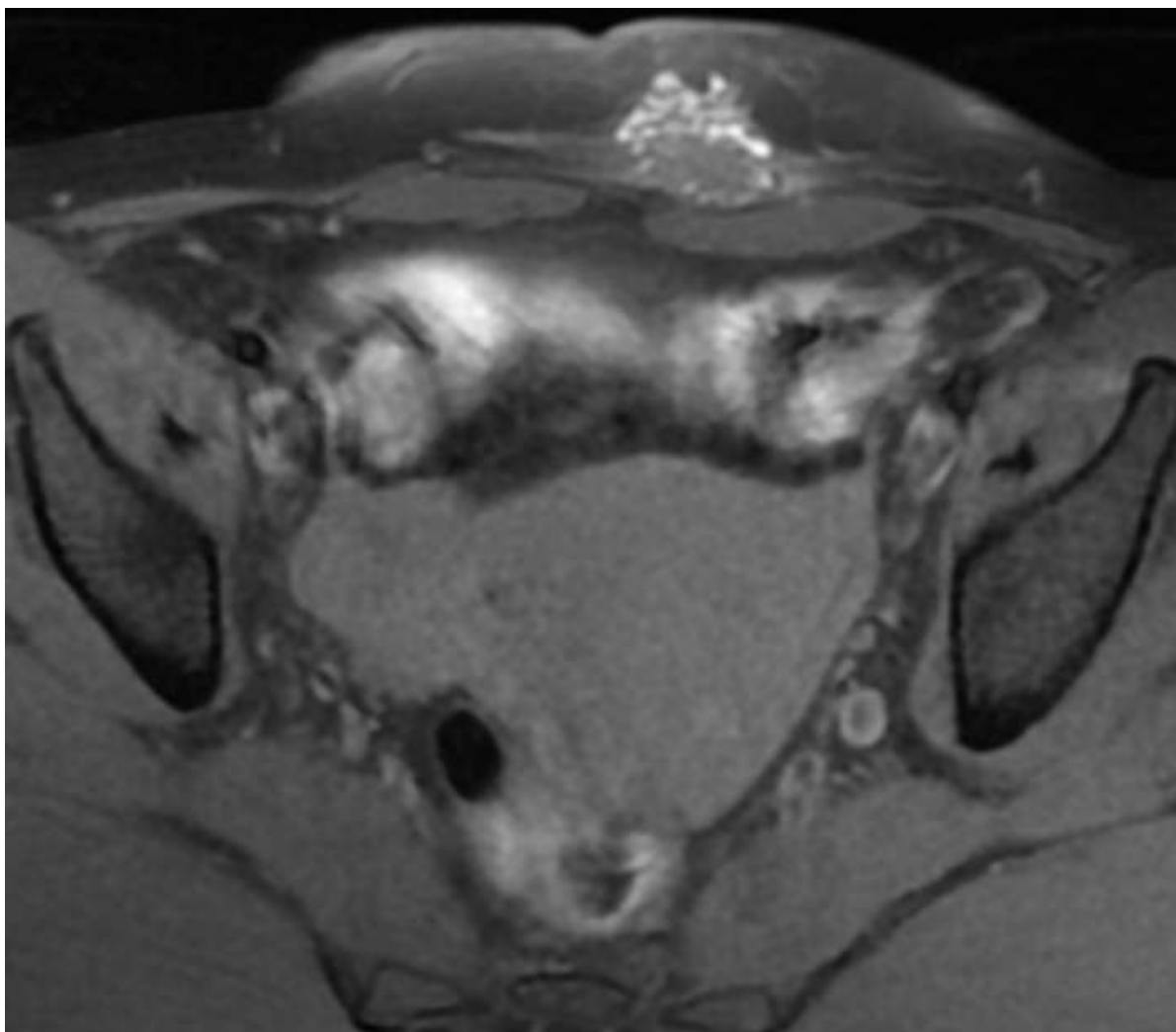
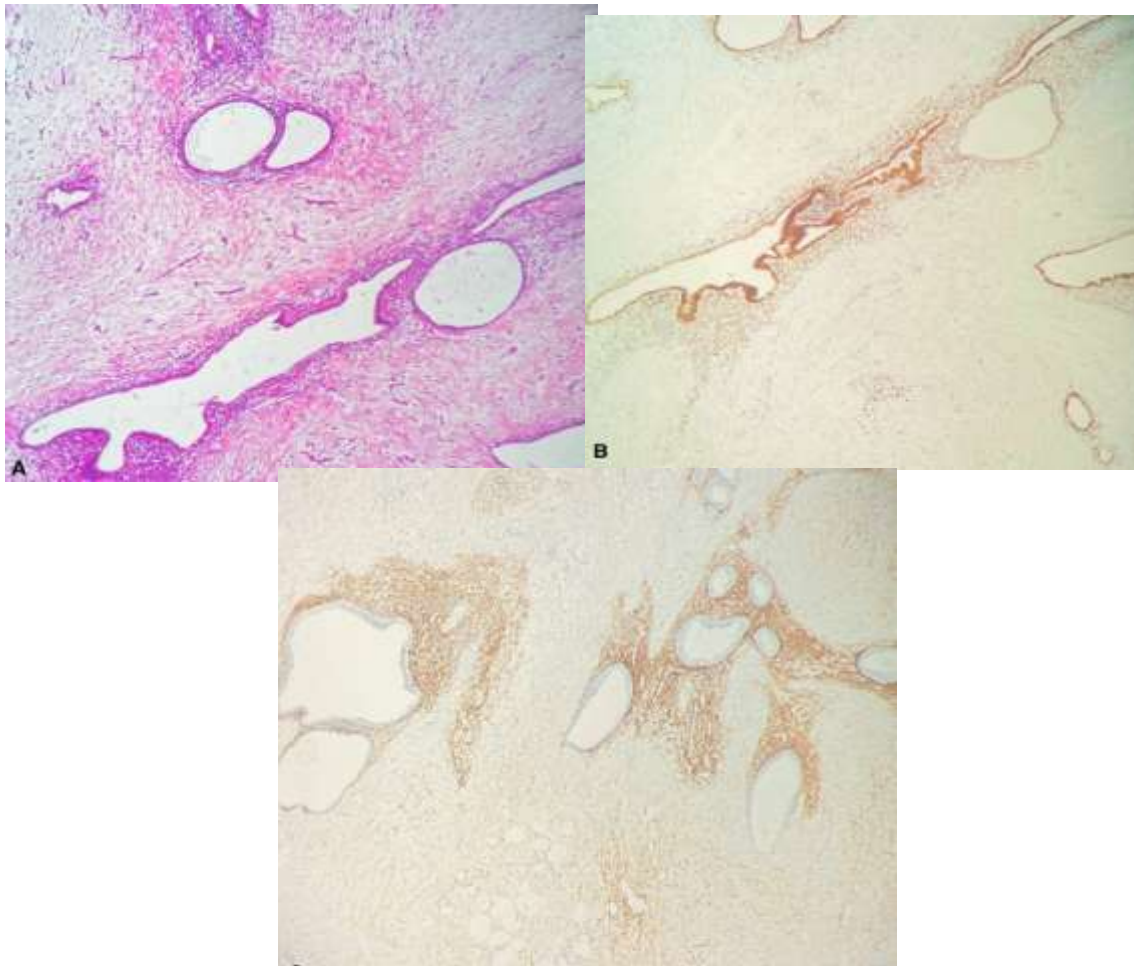


Figure 1:- IRM pelvienne en coupe axiale T1 Fat Sat montrant une masse de la paroi abdominale antérieure gauche en regard de la cicatrice de la césarienne en hypersignal T1 FS franc en rapport avec des spots hémorragiques.

La patiente a alors bénéficié d'une biopsie-exérèse de la masse. L'examen histopathologique de la pièce d'exérèse chirurgicale a porté sur un tissu grasseux renfermant des structures glandulaires de tailles variables, parfois kystisées, tapissées par un épithélium régulier sans atypies cytonucléaires, et entourées par un chorion cytogène. A l'examen immunohistochimique, les récepteurs hormonaux marquaient les glandes et le chorion cytogène, ce dernier était marqué par l'anticorps anti-CD10 également (Figures 2). Ainsi, le diagnostic retenu est celui d'une endométriose sous cutanée. Sur une durée de 2 ans après l'exérèse, il n'a pas été noté de récurrence.



Figures 2:- A : Image HE (hématoxyline éosine) montrant un tissu graisseux renfermant des structures glandulaires entourées par un chorion cytotrophoblastique ; B : Image immunohistochimique (IHC) montrant un marquage des structures glandulaires par les récepteurs oestrogéniques; C: Image IHC montrant le marquage du chorion cytotrophoblastique par les anticorps anti-CD10 (Gx40)

Discussion:-

L'endométriose se caractérise par la présence en situation hétérotopique, c'est-à-dire en dehors de la cavité utérine, de tissus possédant les caractères morphologiques et fonctionnels de l'endomètre.

Des localisations cutanées sont possibles. Elles sont subdivisées en deux groupes : les endométrioses cutanées spontanées et les endométrioses sur cicatrices.[4]

L'incidence de l'endométriose cutanée n'est pas connue avec précision et varierait de 1 % à 3,5 %. Son association avec la grossesse est quant à elle plus rare. SCHOLEFIELD et al. en 2002 sur une série de 21 cas d'endométriose cutanée, n'ont rapporté qu'une seule association avec la grossesse.[5]

On pense que le mécanisme de survenue serait une transplantation de tissu d'endomètre lors d'une procédure chirurgicale. L'endométriose cutanée est très fréquente au niveau des cicatrices d'interventions chirurgicales telles que l'hystérectomie et la césarienne.

D'autres mécanismes ont été évoqués, tels que des propagations vasculaires et lymphatiques.[6]

L'endométriose cutanée se présente habituellement sous forme de nodules siégeant le plus souvent au niveau de l'ombilic et de la région inguinale. Ces nodules peuvent devenir très volumineux ou douloureux en période de

menstruation. La lésion est alors confondue avec une hernie, un lipome, un granulome inflammatoire. Les douleurs cataméniales sont très évocatrices même en dehors de toute lésion palpable.

Selon DUPERRAT et al . , le temps de latence de l'endométriose des cicatrices opératoires varie de quelques semaines à 11 ans avec plus de 50 % des cas autour de la deuxième année. [4-7]

L'échographie des tissus mous est l'examen de première intention .confirme la présence de la masse, précise ses rapports avec le plan profond, sa taille, sa nature solide, le nombre de lésions sans montrer des signes spécifiques de l'endométriose pariétale.

Le Doppler couleur montre une masse vascularisée. Un changement de la vascularisation par rapport au cycle menstruel est hautement évocateur d'endométriose pariétale.[1-8-9]

L'IRM permet une meilleure définition de la taille de la masse, de ses rapports avec les structures avoisinantes notamment le plan profond . Elle peut évoquer le diagnostic avec une grande fiabilité en montrant l'hemosidérine dans la masse.[8-10]

Des réticence existent vis-à-vis de la ponction à l'aiguille fine, qui en plus du fait qu'elle est souvent non concluante (insuffisance de matériel) , présente aussi un risque de greffe sur le trajet de ponction . Elle trouve sa place surtout lorsque le diagnostic n'est pas posé grâce à l'imagerie .[8-11-12]

Le diagnostic est établi seulement après examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Le pathologiste doit savoir que l'endométriose peut survenir dans des localisations inhabituelles et peut présenter des caractéristiques cytologiques atypiques.

Sur une coupe microscopique, les trois critères fondamentaux (au moins deux devront être présents) pour porter le diagnostic d'endométriose :

1. La présence de glandes endométriosiques
2. La présence de cellules du stroma
3. La présence de macrophages chargés d'hemosidérine

Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic histologique de l'endométriose cutanée qui peut être mal interprété et confondu avec une métastase cancéreuse du fait de la présence de cellules épithéliales atypiques interposées entre les faisceaux de collagène, de la localisation anormale du tissu endométrial, et de l'absence d'informations nombreuses concernant cette pathologie dans la littérature dermato-pathologique.[6-13-14]

Le traitement consiste généralement en une résection de la lésion . La thérapie hormonale peut conduire à une amélioration des symptômes , mais elle ne pourrait en aucun cas conduire à une éradication de telles lésions .[2]

Sa prévention initiale lors des interventions pelviennes par une protection de la paroi avec lavage abondant pour éviter une greffe cellulaire et une luxation de l'utérus en dehors du pelvis avant son incision en cas de laparotomie. Dans tous les cas il faut être vigilant chez les femmes obèses, dans le cas d'une césarienne avant le déclenchement du travail et procéder à une suture correcte de l'utérus en deux plans sans omettre le péritoine viscéral et pariétal. Il faut utiliser des points séparés et ne pas utiliser l'aiguille de suture de l'utérus pour réparer la paroi.[1]

Conclusion:-

L'endométriose pariétale doit être évoquée devant l'apparition d'une masse adjacente à une cicatrice chirurgicale en général pour césarienne ou chirurgie gynécologique. Le caractère douloureux et cyclique n'est pas constant mais doit attirer l'attention même plusieurs années après la chirurgie initiale. L'IRM et l'étude anatomopathologique sont fondamentales pour poser le diagnostic et mettre en place une stratégie en vue d'une chirurgie radicale avec marges suffisantes.

Références:-

1. Grigore M, Socolov D, Pavaleanu I, Scripcariu I, Grigore AM, Micu R. Abdominal wall endometriosis: an update in clinical, imagistic features, and management options. *Med Ultrason*. 2017;19(4):430-437
2. SCHOLEFIELD HJ, SAJJAD Y & MORGAN PR – Cutaneous endometriosis and its association with caesarean section and gynaecological procedures. *J ObstetGynaecol*, 2002, 22, 553-554.
3. Cojocari N, Ciutacu L, Lupescu I, Herlea V, Vasilescu ME, Sirbu MP. Parietal Endometriosis: a Challenge for the General Surgeon. *Chirurgia (Bucur)*. 2018;113(5):695-703.
4. DUPERRAT B & FICHEUX L – Cutaneous and vulvar endome- triosis. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr*, 1970, 77, 673-684.
5. SCHOLEFIELD HJ, SAJJAD Y & MORGAN PR – Cutaneous endometriosis and its association with caesarean section and gynaecological procedures. *J ObstetGynaecol*, 2002, 22, 553-554.
6. F. Millogo-Traoré, A.M. Sanou-Lamien, P. Niamba et al . ; Diagnostic d'une endométriose cutanée , décidualisée et fistulisée au cours d'une grossesse .; *Bull Soc PatholExot*, 2009, 102, 2, 81-84
7. Cojocari N, Ciutacu L, Lupescu I, Herlea V, Vasilescu ME, Sirbu MP. Parietal Endometriosis: a Challenge for the General Surgeon. *Chirurgia (Bucur)*. 2018;113(5):695-703.
8. Gidwaney R, Badler RL, Yam BL, Hines JJ, Alexeeva V, Donovan V et al. Endometriosis of abdominal and pelvic wall scars: multimodality imaging findings, pathologic correlation, and radiologic mimics. *Radiographics*. 2012;32(7):2031-43
9. Bodner G, Schocke MF, Rachbauer F, Seppi K, Peer S, Fierlinger A et al. Differentiation of malignant and benign musculoskeletal tumors: combined color and power Doppler US and spectral wave analysis. *Radiology*. 2002;223(2):410-6
10. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: results of magnetic resonance imaging. *GynecolObstet Invest*. 2003;55(4):220-4.
11. Esquivel-Estrada V, Briones-Garduno JC, Mondragon-Ballesteros R. Endometriosis implant in cesarean section surgical scar. *Cir Cir*. 2004;;72(2):113-5.
12. Singh M, Sivanesan, K., Ghani, R., Granger, K. Caesarean scar endometriosis, *Arch Gynecol Obstet*. 2009;279(2):217-9.
13. ASHFAQ R, MOLBERG KH & VUITCH F – Cutaneous endome- triosis as a diagnostic pitfall of fine needle aspiration biopsy: a report of three cases. *Acta Cytol*, 1994, 38, 577-581.
14. PELLEGRINI AE – Cutaneous decidualized endometriosis: a pseudomalignancy. *Am J Dermatopathol*, 1982, 4, 171-174.