

## **Nodule d'Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale : à propos d'un cas rare et revue de la littérature**

### **Endometriosis nodule on abdominal scar: about a rare case and review of the literature**

M.Laidouci 1\*, N. Tine 1, F. Djellouli 1, M. Boussadra 1, F. Boufroua 1, L. Khannaf 1

1 Service de Chirurgie Générale, EPH Timimoun

(\*) Dr. LAIDOUCI MOHAMED, E-mail : mohamed2015laidouci@gmail.com

#### **Résumé :**

L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale est une entité rare. Elle survient le plus souvent sur cicatrice de césarienne chez une femme en activité génitale. Sa physiopathologie reste imprécise et il semble que l'hypothèse d'une greffe cellulaire in situ lors de l'ouverture des espaces musculo-aponévrotiques après hystérotomie est la plus admise. L'association d'une masse cicatricielle plus ou moins algique avec des douleurs cycliques est évocatrice du diagnostic. La confirmation ne peut être qu'histologique et le meilleur traitement est chirurgical. Nous rapportons un cas d'endométriose pariétale survenues sur cicatrice de laparotomie médiane sous ombilicale pour césarienne. Le diagnostic était fortement évoqué par l'examen clinique et confirmé par l'examen anatomopathologique. L'exérèse large de la lésion pariétale a permis une guérison sans récurrence.

**MOTS CLÉS :** Endométriose ; Césarienne ; Paroi abdominale ; Nodule ; Extragénitale.

#### **Summary:**

Abdominal wall endometriosis is a rare condition. It occurs in most of the cases in Women of reproductive age with a history of cesarean section. The pathophysiology of the scar Endometriosis is unknown but a direct implantation of the endometrial tissue in scars originated At operation is the most likely mechanism underlying its development. If symptoms are a mass Located in scar area associated with cyclic pain, scar edometriosis should be considered. Histopathological examination revealed diagnosis of

endometriosis and surgical excision is the choice treatment. We report a case of parietal endometriosis occurring on midline laparotomy scar under umbilical for caesarean section. The diagnosis was strongly suggested by the clinical examination and confirmed by the anatomopathological examination. Wide excision of the parietal lesion allowed healing without recurrence.

**KEYWORDS :** Endometriosis ; Cesarean section ; abdominal scar ; nodule ; Extrapelvic.

#### **Introduction :**

L'endométriose est une pathologie fréquente en gynécologie, à l'origine de symptômes divers dominés par les douleurs. Elle touche les femmes en âge de procréer et sa prévalence peut aller jusqu'à 20 % [1]. L'endométriose externe définie comme l'implantation ectopique du tissu endométrial en dehors de la cavité utérine affecte 8 à 15 % des femmes en activité génitale [2]. Les localisations extragénitales, largement décrites, peuvent toucher presque tous les organes sauf la rate. Les organes les plus affectés sont le poumon, la vésicule biliaire, le côlon et l'intestin grêle, les reins, la cloison rectovaginale et la paroi abdominale [2,3]. L'endométriose pariétale est rare. Elle concerne 1 à 4 % des cas d'endométriose extragénitales [3]. Très rarement primitive [4,5], elle survient généralement sur cicatrice de chirurgie gynécologique ou obstétricale, notamment, les épisiotomies [6], les cicatrices de chirurgie utérine [6], les cicatrices de césarienne [3,5], le trajet d'une aiguille d'amniocentèse [7] ou d'un orifice de trocart de cœlioscopie [8,9]. Son incidence après césarienne est variable selon les

études de 0,03 à 0,4 % [3]. Le développement de l'endométriose sur une cicatrice chirurgicale peut survenir très tardivement après la chirurgie, ce qui prédispose souvent à un diagnostic erroné et à une chirurgie inadéquate [1]. Son traitement chirurgical nécessite une large excision, parfois y compris les structures musculaires et aponévrotiques adjacentes. Ce cas est rapporté en raison de sa rareté et du caractère inhabituel de sa localisation.

### Observations :

Patiente de 41 ans G3P3, trois césariennes. La dernière césarienne Remonte à 8 ans. Consulte pour un nodule pariétale apparu au niveau de la cicatrice de laparotomie médiane sous ombilicale (Fig. 1). Depuis environ 09 mois; qui augmente progressivement de volume, Douleuruse de façon cyclique et écoulement du sang à travers cette cicatrice en concomitance avec les règles. L'examen clinique : un nodule de 4 cm au niveau de la cicatrice. Ce nodule est sous cutané, dur, fixé au plan profond. Le reste de l'examen somatique était sans particularité.



Figure 1. Cicatrice LMSO Avec des lésions noirâtres.

L'échographie de la paroi abdominale montrait un nodule hypoéchogène hétérogène avec des zones anéchogènes au centre, mesurant environ 4cm. TDM abdominale avait montré un nodule de 4 cm en faveur d'une endométriose pariétale (Fig.2).

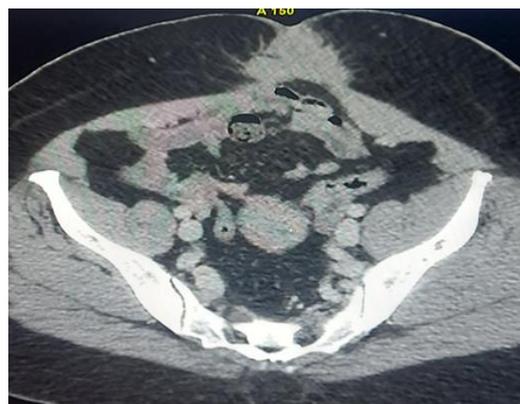


Figure 2. TDM montrant la masse de 40mmx 37mm en contact avec le muscle grand droit de l'abdomen aux limites spéculées

Devant l'antécédent de 3 césariennes, le caractère cataménial de la symptomatologie et le siège pariétale juxta cicatriciel de la lésion et vu l'aspect à l'échographie et à TDM ; le diagnostic de l'endométriose pariétale a été évoqué. La patiente a été opérée et a bénéficié d'une résection chirurgicale large en marge saine en monobloc (Fig.3 et 4). L'histologie de la pièce opératoire en faveur d'endométriose dermique sans signe de malignité, les limites d'exérèse sont saines. Les suites opératoires ont été simples sans récurrence avec un recul de 16 mois.

### Discussion :

L'endométriose pariétale est une implantation ectopique du tissu endométrial fonctionnel au niveau de la paroi abdominale, au niveau cutané ou musculo-aponévrotique [6]. Elle a été décrite dans différentes localisations [7] : la paroi abdominale, les cicatrices de césarienne, la peau et les tissus adjacents de cicatrices de chirurgie abdominale ou pelvienne, sur le site de passage d'une aiguille d'amniocentèse, au niveau des orifices des trocarts de coelioscopie [1], le muscle grand droit de l'abdomen et une cicatrice d'épisiotomie. L'endométriose



**Figure 3.** Exérèse complète de nodule pariétal d'endométriose



**Figure 4.** Pièce opératoire d'endométriose ouverte

Pariétale est une entité rare dont la fréquence varie de 0,03-2% des cas d'endométriose extragénitale [6]. Elle touche 0,03-0,4% des cicatrices de césariennes, et peut survenir plusieurs semaines ou années après l'intervention causale. C'est une pathologie de la femme jeune en période d'activité génitale 20 à 50 ans ; cependant, quelques cas ont été décrits chez des femmes ménopausées, en rapport avec la réactivation des lésions sous traitement hormonal substitutif de la ménopause ou en cas de tumeurs surrenaliennes ou ovariennes œstrogénosécrétantes [1, 4]. L'endométriose pariétale n'est associée aux localisations pelviennes que dans 14,3-26% des cas [1]. Le mécanisme physiopathologique est mal élucidé, plusieurs théories ont été évoquées, la première est celle du reflux menstruel dans le pelvis à travers les trompes en cas de saignement menstruel abondant ou en cas d'obstacle à son évacuation. La théorie métaplasique, par métaplasie de l'épithélium cœlomique en tissu endométrial sous l'action de divers facteurs

surtout hormonaux. La théorie métastatique, par dissémination hématologique ou lymphatique de tissu endométrial. Pour les localisations cicatricielles, le mécanisme le plus plausible est la greffe directe de cellules endométriales qui vont se développer sur des zones non épithélialisées et inflammatoires. Des facteurs anatomiques participeraient également au développement de foyers d'endométriose pariétale. Certains auteurs suggèrent que l'adhérence de l'utérus au péritoine pariétal favoriserait l'imprégnation de la cicatrice par le sang menstruel refluant à travers les trompes, les replis péritonéaux et les adhérences pariétales [1, 4]. Habituellement, la lésion est décrite comme une masse apparaissant en regard ou à côté de la cicatrice, qui augmente de volume et devient douloureuse de façon cyclique, en concomitance avec les règles. Le caractère cataménial de la douleur est un élément important d'orientation mais non indispensable pour évoquer le diagnostic. Lorsque la lésion est superficielle, on peut observer pendant les règles un aspect cutané bleuâtre [4]. La palpation va permettre de préciser la taille, la localisation et l'extension en profondeur de la lésion. En effet le nodule envahit fréquemment les muscles grand droit de l'abdomen et leur gaine, il est alors très douloureux, parfois volumineux et profond, sa taille peut varier de 5 à 200mm, rendant son exérèse parfois délabrante. Dans 37% des cas, ces lésions sont de découverte anatomopathologique en post opératoire [3, 4, 8]. Les principaux diagnostics différentiels sont les hernies, les granulomes sur fil de suture, les abcès, les hématomes, les kystes épidermoïdes et rarement les tumeurs malignes (tumeur desmoïde. Sarcomes, métastases de carcinomes) [9, 10]. Echographie c'est la technique de première intention pour l'évaluation d'une endométriose pelvienne mais présente des limites liées au champ d'analyse et à l'expérience de l'opérateur. L'aspect échographique de l'endométriose pariétale n'est pas typique. Le nodule se présente le plus souvent sous forme d'une masse bien limitée, tissulaire, hypoéchogène avec parfois un aspect kystique ou mixte [8, 10, 11]. Cette lésion est vascularisée au doppler [5]. L'aspect tomographique des localisations sous

cutanées 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 [4]. Cet aspect est identique à celui des localisations intra-abdominales ou pelviennes. IRM réalisée parfois devant la persistance d'un doute diagnostique ou pour réaliser une cartographie lésionnelle devant un nodule volumineux et profond. Elle donne un aspect variable en fonction du caractère hémorragique de la lésion : hypersignal T1 et T2 en cas de saignement récent et hyposignal sur les séquences en pondération T1 et T2 en cas de saignement ancien avec dépôts hémosidérine [7]. La meilleure séquence IRM pour détecter une lésion endométriosique pariétale est celle pondérée T1 en suppression de graisse ; en effet, en T2 le nodule peut être caché à cause de l'iso signal au muscle [1]. L'IRM n'a pas été réalisée chez cette patiente, d'une part, l'accès n'était pas facile et, d'autre part, le diagnostic était fortement suspecté par les données cliniques et échographiques et scanographique. La cytoponction ou mieux la micro-biopsie n'est pas nécessaire mais peut parfois confirmer le diagnostic en préopératoire [4, 7, 8, 10]. Le traitement médical par agonistes de la LH-RH ou les progestatifs permet une amélioration de la symptomatologie mais pas la guérison ; en effet la réaction scléreuse qui délimite le foyer d'endométriose, sa mauvaise vascularisation ainsi que l'importance de la masse tumorale par rapport à la faible quantité de récepteurs hormonaux ; expliquent les limites du traitement médical. En plus, ce traitement expose les femmes aux effets de l'hormono-suppression. Mais proposé en préopératoire, peut réduire le volume du nodule et faciliter ainsi la chirurgie [2, 5, 8]. Le traitement chirurgical reste la règle par l'exérèse large du nodule et du tissu adipeux ou musculo-aponévrotique adjacent, avec une marge de sécurité de 5 mm [4, 5] et en évitant toute effraction de la lésion afin de réduire le risque de récurrence locale, surtout que des cas de carcinomes endométriodes sur cicatrice ont été

rapportés [4, 12]. La reconstruction pariétale après exérèse nécessite parfois la mise en place d'une prothèse pariétale lorsque le défaut est important, rendant la fermeture des berges musculo-aponévrotiques impossible [1,4]. L'examen histologique de la pièce confirme le diagnostic. L'aspect macroscopique est variable en fonction de la période du cycle menstruel, il s'agit habituellement d'une tumeur kystique avec à la coupe, un aspect fibreux avec nécrose centrale rappelant du sang ancien. L'aspect microscopique est celui d'un endomètre eutopique [2]. La dégénérescence maligne a été rapportée avec un risque de 0,7-1% [8, 13, 14]. Certains auteurs ont proposé, sans preuve d'efficacité, des mesures préventives, comme la protection de la paroi par des champs opératoires, une fermeture de qualité de la cicatrice d'hystérotomie, lavage de la cicatrice au sérum physiologique sous pression au cours des césariennes surtout corporéales, en cas de chirurgie gynécologique impliquant une ouverture de la cavité utérine ou en cas d'endométriose pelvienne associée [8, 11].

### **Conclusion :**

L'endométriose pariétale est une pathologie peu fréquente, souvent méconnue. Elle doit être évoquée devant toute masse siégeant sur la cicatrice d'une chirurgie abdomino-pelvienne. Le diagnostic repose sur la clinique et l'imagerie, mais seule l'histologie le confirme, la chirurgie permet une guérison sans récurrence.

**Conflits d'intérêts :** Aucun

### **Références :**

- [1]. Boyfettal H, Herma S, Boufettal R, Rifki jai S, Kamri Z, et al. Endométriose de cicatrice de la paroi abdominal Presse Médicale. 2009 ; 38 :1-6.
- [2]. Khlifi A, Kouira M, Anis M, Ziadi S, Labidi I, Saidi H, et al. Endométriose pariétale sur cicatrice de Césarienne : à propos de 3 cas. Imagerie de la Femme 2011 ; 21 :125-127.

- [3]. Kouach J, Babahabib A, El Hassani M, et al. L'endométriase ombilicale à propos d'un cas. *Med Ther Med Reprod Endocrinol* 2010 ; 12 :324-7.
- [4]. Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Endométriase pariétale sur cicatrice de césarienne : à Propos de 15 cas. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2006 ; 34 :8-13.
- [5]. Kouach J, Kamouss O, Moussaoui D, et al. Endométriase cicatricielle de la paroi abdominale/ *Gynecol Obstet Prat* 2006 ; 188 :12-3.
- [6]. Drissi J, Babahabib A, Kouach J, Moussaoui D, Dehayni M. Endométriase pariétale sur cicatrice de césarienne À propos d'un cas et revue de la littérature. *Médecine de Maghreb* 201 ; 240 : 33-36.
- [7]. Merran S, Karila-Kohen P. Endométriase sous cutanée sur cicatrice de la paroi abdominal antérieure : à propos De deux observations. *J Radiol* 2004 ; 85 :409-10.
- [8]. Hafid R, Kouach J, Yakka M, Salek G, Oukabli M, Moussaoui D, Dehayni M. L'endométriase cicatricielle de La paroi abdominale. *Imagerie de la femme* 2011 ; 21 : 125-127.
- [9]. Barbaros U, Lybozkurt A, Gulluoglu M, et al. Endometriotic umbilical port site metastasis after laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 2005 ; 193 : 1761- 3.
- [10]. 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.
- [11]. Francia G, Giardello C, Cristiano S, et al. Abdominal wall endometriomas near caesarean delivery scars : sonographic and color Doppler findings in a series of 12 patient. *J Ultrasound Med* 2003 ; 22 : 1041-7.
- [12]. Durant X, Daligand H, Aubert P, Barabger B. Endométriase se la paroi abdominal. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2010 ; 147 : 354-359.
- [13]. Sergent F, Baron M, Le Comec J-B, Mace P, Marpeau L. Transformation maligne d'une endométriase Pariétale : un nouveau cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2006 ; 35 : 186-190.
- [14]. Chene G, Darchay C, Dechelottey P, et al. Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar cas Report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 2007 ; 17 : 705-34