

CAS CLINIQUE**ENDOMETRIOSE OMBILICALE SPONTANEE: A PROPOS D'UN CAS****SPONTANEOUS UMBILICAL ENDOMETRIOSIS: A CASE REPORT****DIOUF AA^(1,2), BÂ PA^(3,4), FAYE DIÉMÉ ME^(1,2), FALLAUGOWET NA^(1,2), DIOUF A^(1,2)***1- Faculté de médecine de l'Université Cheikh AntaDiop de Dakar -**Tél (221): 33 865 23 41 / BP: 5005 Dakar (Sénégal).**2- Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier Natonal de Pikine sis ex Camp Thiaroye -**Tél (221): 33 853 00 71 / BP: 20630 Dakar (Sénégal)**3- Université de Thiès - UFR des Sciences de la Santé Ex 10e RIAOM -**Tél (221): 33 951 11 64 / BP: 967 Thiès (Sénégal).**4- Service de Chirurgie Centre Hospitalier Régional de Thiès, 1 Avenue Malick SY Prolongée,**Tél (221): 33 951.11.62 / BP: 34 Thiès (Sénégal).**Auteur correspondant - Dr Papa Abdoulaye BA - Email : papeablayeba@yahoo.fr*

Résumé

Nous rapportons le cas d'une endométriose extra-génitale de localisation ombilicale associée à une adénomyose et à une myomatose utérine, chez une femme de 34 ans nulligeste sans antécédent chirurgical. L'endométriose s'est manifestée par une masse siégeant au niveau de la région ombilicale avec une sensibilité accrue au moment des menstruations. Le diagnostic était confirmé par l'examen anatomo-pathologique et le traitement était chirurgical.

Mots-clés: Endométriose. Adénomyose. Nodule ombilical.

Summary

We report acase of 34 years old woman without previous surgery. She consulted in our department for spontaneous umbilical endometriosis associated with adenomyosis and uterine myoma. Endometriosis was manifested by a painful umbilical swellingwhich increased sensitivity to the menstrual period. The diagnosis was confirmed by pathological and surgical treatment was performed.

Keywords: Endometriosis. Adenomyosis. Umbilical nodule

INTRODUCTION

L'endométriose est définie par la présence d'îlots de tissu d'origine endométriale en situation hétérotopique, sensible à la stimulation ovarienne [1]. Classiquement on distingue l'endométriose externe lorsque le tissu endométrial se développe hors de l'utérus, et l'endométriose interne ou adénomyose quand il y a présence d'endomètre au sein du myomètre. L'endométriose pariétale peut s'observer soit spontanément, soit le plus souvent, sur le trajet de cicatrices de chirurgie abdominale ou pelvienne [2,3].

A travers notre observation et les données de la littérature, nous discuterons les aspects épidémiologiques, physiopathologiques et thérapeutiques de cette affection.

OBSERVATION

Madame MCD, âgée de 34 ans était reçue en consultation pour une tumeur ombilicale de petite taille. Cette tumeur saignait de façon concomitante avec ses menstruations. Ce tableau clinique évoluait dans un contexte de ménorragies et de douleurs pelviennes chroniques à recrudescence menstruelle. La patiente était nulligeste et présentait une infertilité primaire de 6 ans. L'examen physique révélait un nodule ombilical brun-noirâtre, ferme, sensible, mesurant 4 cm de diamètre (fig. 1). L'utérus était augmenté de volume et irrégulier. L'échographie pelvienne mettait en évidence un utérus polymyomateux avec plus de 5 noyaux interstitiels dont le plus gros faisait 8 cm de grand axe. L'examen histologique d'un prélèvement biopsique au niveau du nodule ombilical montrait la présence d'un épithélium endométrial. La patiente avait par la suite bénéficié de 3 injections intra-musculaires d'analogue de la Gn-RH (Triptolérine) en 28 jours d'intervalle, avec persistance du nodule ombilical. L'exploration chirurgicale mettait en évidence des adhérences pelviennes d'origine endométriosique et une myomatose utérine floride. Nous avons réalisé une adhésiolyse, une myomectomie et une exérèse du nodule ombilical. L'épreuve au bleu de méthylène objectivait une perméabilité tubaire bilatérale. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires était en faveur d'une endométriose ombilicale, d'un adénofibrome utérin ainsi que d'une adénomyose.

DISCUSSION

L'incidence de l'endométriose chez la femme en âge de procréer est estimée entre 3 et 15% [1,4]. L'endométriose pariétale représente 1 à 2% des cas d'endométriose extra-génitale [5]. Elle regroupe deux entités de physiopathologie différente : l'endométriose pariétale incisionnelle consécutive à une intervention gynéco-obstétricale et l'endométriose pariétale spontanée, plus rare, apparaissant en dehors de tout antécédent chirurgical comme nous l'avons constaté chez notre patiente [1,5].

Dans l'endométriose spontanée, trois hypothèses étiopathogéniques ont été évoquées : la menstruation rétrograde de cellules endométriales par reflux tubaire, la théorie de la métaplasie de l'épithélium cœlomique en tissu endométrial sous l'influence de facteurs hormonaux et la théorie métastatique qui expliquerait certaines localisations extra-génitales par embolisation veineuse et lymphatique [6].

Classiquement la lésion est décrite comme une masse ombilicale qui augmente de volume et devient douloureuse de façon cyclique. Le caractère cyclique de la douleur est un élément important d'orientation diagnostique.

Les principaux diagnostics différentiels sont les tumeurs ombilicales : hernies, granulomes, hématomes, neurinomes, kystes épidermoïdes et plus rarement des tumeurs malignes (sarcome, nodule de Sœur Mary Joseph révélatrice d'un adénocarcinome ovarien) [1,6,7].

L'échographie joue un rôle déterminant dans l'orientation diagnostique et le bilan préopératoire même si elle ne permet aucun diagnostic formel. Typiquement on observe une masse hétérogène avec des cavités kystiques à composante liquidienne très variable en fonction des cas et en fonction du cycle [6]. L'échographie permet de déterminer la taille, les contours, l'extension de la masse, et surtout d'affirmer son appartenance pariétale.

L'imagerie par résonance magnétique constitue l'examen de choix pour délimiter et évaluer l'atteinte des tissus sains, car elle permet de mettre en évidence des dépôts d'hemosidérine contenu dans les endométrioses [7].

Sur le plan anatomo-pathologique, l'endométriose pariétale se présente macroscopiquement sous la forme d'une tumeur kystique dont le diamètre est en moyenne de 2 à 3 cm pouvant atteindre 12 cm [3,6]. L'examen microscopique confirme le diagnostic en mettant en évidence un épithélium de type glandu-

laire cylindrique de taille variable, souvent de type kystique associé à un chorion cytogène et à une inflammation lymphocytaire [3].

Bien qu'il permette d'améliorer la symptomatologie, le traitement médical de l'endométriose par des agonistes de la LH-RH ou des progestatifs ne permet pas la guérison des lésions qui récidivent dès l'arrêt de celui-ci et expose aux effets secondaires de l'hormono-suppression ou aux effets androgéniques [3,6]. Ainsi, la chirurgie est le seul traitement curatif. L'exérèse chirurgicale doit être large, emportant la totalité de la lésion et passant au minimum à 5 mm en zone saine permettant ainsi d'éviter les récurrences quitte à utiliser une prothèse pariétale pour refermer le défaut aponévrotique [5,7]. L'exérèse totale de la tumeur a été réalisée chez notre patiente sans nécessité de recourir à une plaque pour la fermeture pariétale.

Dans notre observation en plus de l'endométriose pariétale, l'exploration chirurgicale avait découvert des adhérences pelviennes d'origine endométriosique, une myomatose utérine et une adénomyose. En effet, l'endométriose pariétale est associée dans 24 à 26% des cas à des lésions pelviennes [7,8]. L'impact de l'endométriose sur l'infertilité n'est pas toujours évident et son mécanisme est encore discuté. Les troubles théoriquement corrélés à l'endométriose sont ceux de la folliculogénèse, des anomalies de transport des gamètes liées à un environnement péritonéal ou tubaire perturbé et une phase

lutéale inadéquate [9]. L'infertilité primaire observée chez notre patiente pourrait être en partie liée à ces anomalies.

CONCLUSION

L'endométriose pariétale n'est pas une affection fréquente. Mais il faut y penser et savoir l'évoquer dans la pratique au quotidien devant une masse pariétale. Son retentissement non négligeable sur la vie de la femme à savoir l'infertilité et les douleurs chroniques nécessite un diagnostic précoce et une exérèse chirurgicale qui est la seule réponse au traitement.



Figure 1 : Endométriose ombilicale sous forme d'un nodule ombilical brun-noirâtre

RÉFÉRENCES

1. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999; 65: 36-39.
2. Pouehe D, Galtier JL, Robin-Sollier V, Lacroux F. Kyste endométriosique du nombril. *Presse Med* 1999; 28: 176-177.
3. Seydel AS, Sickel JZ, Warenr ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996; 171: 239-241.
4. Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, Essadel H, Benamer S, Mohammadine. A, et al. L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale. *Ann Chir* 2002; 127: 65-67.
5. Lamblin G, Mathevet P, Buenerd A. Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale, à propos de trois observations. *J GynecolObstetBiolReprod* 1999; 28: 271-274.
6. Duranda X, Daligandb H, Auberte P, Baranger B. Endométriose de la paroi abdominale. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2010; 147: 354-359.
7. Matthes G, Zabel DD, Nastala CL, Shestak KC. Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of the literature. *Ann Plast. Surg* 1998; 40: 672-675.
8. Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *ObstetGynecol* 1980; 56: 81-84.
9. Brani C. Endométriose et fertilité. *La Revue du Praticien Gynécologie et Obstétrique* 2001; 56: 21-27.