

ARTICLE ORIGINAL

**ENDOMETRIOSE DE LA PAROI ABDOMINALE AU BURKINA-FASO :
A PROPOS DE 11 CAS COLLIGES**

**ENDOMETRIOSIS OF THE ABDOMINAL WALL IN BURKINA-FASO:
ABOUT 11 CASES**

**GP Bonkougou¹, BL Benao², BG Sanon², C Zare², YE Sawadogo³, H Belemilga², OR
Some², M Windsouri¹, A Sanou¹**

1. Service de chirurgie générale et digestive CHU Blaise Compaoré, Ouagadougou, Burkina-Faso
2. Service de chirurgie générale et digestive CHU Souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina-Faso
3. Service de chirurgie générale et digestive CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina-Faso

**Auteur correspondant : Adama SANOU CHU Blaise
COMPAORE, Ouagadougou, Burkina Faso Tel: 00226 70 41
57 17; Email: sanoua14@yahoo.fr**

RESUME

Introduction :

L'endométriose de la paroi abdominale, définie comme l'implantation de tissu endométrial au sein des structures abdominales plus superficielles que le péritoine, est peu connue des chirurgiens traitant les affections de la paroi abdominale. Le but de ce travail est de rapporter notre expérience dans la démarche diagnostique et la prise en charge de cette affection rare. **Patients et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique colligeant les dossiers des patientes ayant présenté une endométriose de la paroi abdominale confirmée par un examen histologique de Décembre 2006 à Mars 2015. **Résultats :** au total 11 patientes avec un examen histologique d'endométriose pariétale ont été colligées. L'âge moyen des patientes était de 35 ans. Dans 7 cas, les patientes avaient un antécédent de chirurgie abdominopelvienne. Les lésions siégeaient au niveau de la région ombilicale dans 7 cas et dans la cicatrice opératoire dans 4 cas. La symptomatologie faite essentiellement de douleur et de tuméfaction pariétale, parfois rythmées par le cycle menstruel était retrouvée chez

toutes les patientes. Le traitement a consisté une exérèse large de la tumeur et l'histologique a confirmé le diagnostic dans tous les cas. Les suites opératoires étaient simples chez toutes les patientes. La durée moyenne du suivi post opératoire était de 12 mois et aucun cas de récurrence n'a été noté. **Conclusion :** L'endométriose pariétale est une localisation rare de la maladie endométriosique. La confirmation diagnostique est apportée par l'examen histologique des lésions. Le traitement est essentiellement chirurgical et les récurrences sont rares.

Mots clés : Endométriose, Paroi abdominale, Chirurgie, Burkina-Faso

SUMMARY

Introduction: Endometriosis of the abdominal wall, defined as the implantation of endometrial tissue within abdominal structures more superficial than the peritoneum, is little known to surgeons treating the affections of the abdominal wall. The aim of this work is to report our experience in the diagnosis and management of this rare condition. **Patients and Methods:** This was a retrospective multicenter study of patients

with endometriosis of the abdominal wall confirmed by histological examination from December 2006 to March 2015.

Results: A total of 11 patients with a histological examination of parietal endometriosis were collected. The average age of patients was 35 years. In 7 cases, patients had a history of abdominopelvic surgery. The lesions were located in the umbilical region in 7 cases and in the operative scar in 4 cases. The symptomatology, essentially of pain and parietal swelling, sometimes punctuated by the menstrual cycle, was found in all patients. Treatment consisted of a broad

excision of the tumor and the histological confirmed the diagnosis in all cases. The surgery was simple in all patients. The mean duration of postoperative follow-up was 12 months and no recurrence was noted. **Conclusion:** Parietal endometriosis is a rare localization of endometriotic disease. Diagnostic confirmation is provided by histological examination of lesions. The treatment is essentially surgical and recurrences are rare.

Key words: Endometriosis, Abdominal wall, Surgery, Burkina Faso

INTRODUCTION

L'endométriose est définie par la présence aberrante de tissu glandulaire endométrial accompagné de son stroma en dehors de la cavité utérine. La prévalence de la maladie dans la population générale, toutes formes confondues, serait de 5 à 10% [1]. Sa localisation au niveau de la paroi abdominale, définie comme l'implantation de tissu endométrial au sein des structures abdominales plus superficielles que le péritoine, est rare (1 à 2%) et peu connue des chirurgiens traitant les affections de la paroi abdominale [2]. Elle se rencontre le plus souvent chez les femmes ayant des antécédents de chirurgie gynécologique ou obstétricale et siège dans les cicatrices opératoires [3-5]. Elle peut également se rencontrer chez des femmes sans antécédents chirurgicaux où elle siège électivement au niveau de l'ombilic [6-10]. Sa pathogénie est discutée et le diagnostic est souvent difficile sans la contribution de l'histologie. Nous rapportons notre expérience dans la démarche diagnostique et la prise en charge de cette affection.

PATIENTES ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique colligeant les dossiers des patientes ayant présenté une endométriose de la paroi abdominale confirmée par un

examen histologique de Décembre 2006 à Mars 2015. Pour chaque patiente, les éléments suivants ont été collectés : l'âge, les antécédents chirurgicaux, le délai de consultation, les signes cliniques, les résultats de l'histologie des pièces opératoires, les traitements reçus et le suivi post-opératoire.

RESULTATS

Au total, 11 patientes prises en charge pour endométriose pariétale ont été colligées. L'âge moyen des patientes était de 35 ans avec des extrêmes de 29 et 41 ans. Sept (7) patientes avaient des antécédents de chirurgie abdomin-opelvienne. Il s'agissait de chirurgie pour kyste ovarien dans 3 cas, pour fibromes utérins dans 2 cas, de césarienne dans un cas et de laparotomie pour péritonite d'origine gynécologique dans un cas. La durée moyenne du temps écoulé entre la chirurgie et le moment du diagnostic était de 6,6 ans avec des extrêmes de 2 et 12 ans. Les lésions étaient localisées au niveau des cicatrices opératoires chez 4 patientes et en péri-ombilicale dans 3 cas dans les formes secondaires. La localisation ombilicale a été retrouvée chez les 4 patientes sans antécédents de chirurgie abdomin-opelvienne. La symptomatologie clinique faite de tuméfaction douloureuse parfois

rythmée par les règles était retrouvée chez toutes les patientes (**figure 1**).

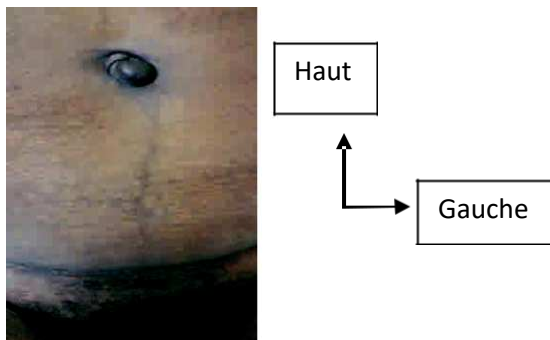


Figure 1 : Nodule ombilical d'endométriase chez une patiente avec antécédent de césarienne

L'échographie pariétale et abdominale était réalisée chez toutes les patientes. Seules deux patientes avaient bénéficié d'une laparoscopie exploratrice à la recherche d'autres localisations intra abdominales. Toutes les patientes avaient bénéficié d'une exérèse large des lésions pariétales. Aucun cas de plastie par prothèse n'a été nécessaire pour fermer le defect pariétal. Le traitement médical hormonal était administré à 8 patientes avant l'exérèse chirurgicale. Il s'agissait de la Triptoréline® injectable dans 6 cas et du Décapeptyl® injectable dans 2 cas. Les

suites opératoires étaient simples chez toutes les patientes.

L'étude histologique des pièces opératoires a confirmé le diagnostic d'endométriase dans tous les cas (**figure 2**).

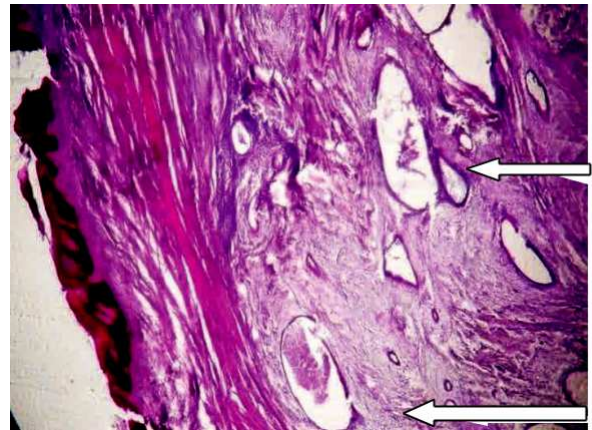


Figure 2 : Coupe histologique de la pièce opératoire montrant des glandes endométriales (flèches) entourés d'un chorion cytogène

La durée moyenne du suivi post opératoire était de 12 mois avec des extrêmes de 8 et 22 mois. Deux patientes étaient perdues de vue. Aucun cas de récurrence n'a été noté durant la période de suivi.

DISCUSSION

L'endométriase pariétale abdominale a été décrite dans différentes localisations dont les muscles droits de l'abdomen et l'ombilic [3,4], les cicatrices de césarienne [3], la peau et le tissu adjacent de cicatrices de chirurgie abdominale ou pelvienne [4], le site de passage d'une aiguille d'amniocentèse [13], les orifices de trocarts de laparoscopie [12]. D'autres localisations ont également été rapportées comme le col de l'utérus ou la vulve sur cicatrice d'épisiotomie [13].

Elle est le plus souvent rencontrée chez des femmes en période d'activité génitale avec un maximum dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans [13], comme c'est le cas pour la quasi-totalité de nos patientes. Elle est exceptionnelle avant 20 ans. Des cas

d'endométriase pariétale chez des femmes ménopausées ont été rapportés [14]. L'endométriase est dite primitive si elle survient chez une femme sans antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne, sinon elle est dite secondaire.

Dans les formes secondaires, au nombre de 7 cas dans notre série, la théorie la plus rapportée dans la littérature [13], est celle selon laquelle une greffe de tissu endométrial aurait eu lieu au niveau de la plaie opératoire, au moment de l'intervention chirurgicale. En effet, les cellules endométriales auraient un potentiel élevé de développement au niveau de zones non épithélialisées [3,4]. Leur développement est également favorisé par une inflammation secondaire induite par

des facteurs immunologiques [3,4]. Cette greffe se manifesterait après un délai variant entre 1 mois et 13 ans [11]. Corrêa Leite et al ainsi que Vellido -Cotelo et al rapportaient respectivement une durée moyenne de 4,2 ans et 46,7 mois [3,4]. Koger et al rapportaient un intervalle de 1 à 20 ans avec une moyenne de 4,8 ans entre la chirurgie et le début des symptômes [15]. Dans notre série cette durée moyenne était 6,6 ans avec un intervalle de 2 à 12 ans.

Pour les localisations ombilicales primitives, qui représentaient 4 cas dans notre série, la pathogénie de la maladie fait toujours l'objet de controverse. Si la migration vers l'ombilic à travers les vaisseaux sanguins et/ou lymphatiques des cellules endométriales provenant de la cavité péritonéale est évoquée par la majorité des auteurs [6,8] ; pour d'autres, une métaplasie des cellules cœlomiques embryonnaires pluripotentes pourrait expliquer une origine locale de l'endométriose ombilicale [11].

Au plan clinique, les modes de révélation de la maladie les plus fréquentes sont la découverte d'une masse palpable ou d'une douleur localisée au niveau d'une cicatrice opératoire ou au niveau de l'ombilic. Le caractère cataménial, c'est-à-dire l'exacerbation de ces signes non spécifiques pendant les règles est un élément important du diagnostic. Dans notre série, c'est cette symptomatologie retrouvée chez toutes les patientes qui nous a permis de suspecter le diagnostic.

Cependant, cette symptomatologie cyclique n'est retrouvée que dans la moitié des cas et est rarement complète [16]. Il est à noter que les signes d'endométriose pelvienne intra-abdominale ne sont retrouvés que dans 26% des cas dans la littérature [13]. Dans notre série, seules deux patientes avaient pu réaliser une laparoscopie exploratrice à la recherche d'autres localisations. Pour certains auteurs, cette recherche ne devrait pas être systématique, mais plutôt devant les signes d'appels pelviens [3,4,9,11].

Des cas de troubles psychiques à type d'anxiété et de dépression ont été rapportés chez des femmes porteuses d'endométriose [17].

L'échographie, qui est un examen facile d'accès et non invasif, joue un rôle important dans l'orientation diagnostique et le bilan préopératoire. Même si elle ne permet aucun diagnostic formel, elle confirme la localisation pariétale de la masse suspectée à l'examen clinique. Elle en précise également la taille, les contours et ses relations avec les structures adjacents. Dans notre série, l'échographie a été réalisée chez toutes les patientes. Malgré l'absence d'aspect échographique spécifique de l'endométriose pariétale, l'échographie associée à l'histoire de la maladie doit aider à suspecter le diagnostic d'endométriose pariétale et exclure certains diagnostics différentiels tels les granulomes sur cicatrice, les éventrations post-opératoires, les tumeurs bénignes pariétales et exceptionnellement les tumeurs malignes comme les lymphomes et les sarcomes [3,4]. Pour la localisation ombilicale et péri ombilicale les diagnostics différentiels peuvent être les tumeurs pariétales primitives bénignes et malignes, les métastases ombilicales et les anomalies du canal omphalomésentérique ou de l'ouraque [9]. Dans tous les cas, c'est l'examen histologique de la pièce opératoire qui permet de poser le diagnostic définitif.

À l'examen microscopique, le tissu endométriosique présente un aspect semblable à celui de l'endomètre ectopique ; c'est-à-dire la coexistence de glandes endométriales bordées par un épithélium cylindrique et un stroma endométrial, fait de petites cellules rondes et d'un réseau vasculaire étendu. Les fibres musculaires lisses sont inconstantes, la sclérose périfocale est un élément non spécifique mais constant [9].

Au plan thérapeutique, le traitement médical hormonal (agonistes de la LHRH ou progestatifs) est très discuté, en raison de la faible quantité des récepteurs

hormonaux et de la sclérose péri lésionnelle qui crée une certaine indépendance circulatoire surtout dans les formes ombilicales primitives [9]. Cependant, il permet d'améliorer la symptomatologie en diminuant le caractère douloureux et inflammatoire des lésions d'endométriose de cicatrice pariétale. Par contre, ce traitement ne permet pas la guérison et les lésions récidivent rapidement à son arrêt [3,4,9]. Il est alors utile pour réduire la taille des lésions volumineuses d'endométriose, rendant l'exérèse chirurgicale plus facile et moins délabrante. La chirurgie reste le geste le plus adéquat, vu l'accessibilité de la lésion à l'exérèse qui doit être large afin d'éviter les récurrences [2-4,5-10]. Le geste chirurgical peut être délabrant et la reconstruction pariétale doit alors faire appel à des artifices tels que l'utilisation de treillis de fils non résorbables afin de renforcer les cicatrices aponévrotiques [4,5]. Dans notre série, l'exérèse chirurgicale a été réalisée chez toutes les patientes et huit d'entre elles avaient bénéficié d'un traitement hormonal préalable. Aucun cas de plastie n'a été nécessaire pour la réfection aponévrotique.

La photo-coagulation au laser CO₂ est efficace mais peu répandue [18]. De

nouvelles voies de traitement médical de l'endométriose utilisant la régression des lésions endométriales par la régularisation négative de la prolifération cellulaire sont en cours [19].

Les récurrences cutanées après traitement chirurgical sont estimées à 11 % et apparaissent souvent au cours de l'année qui suit l'intervention [9]. Des cas de transformation maligne de lésion d'endométriose ont été rapportés [20]. Dans notre série aucun cas de récurrence n'a été noté au cours du suivi post-opératoire.

CONCLUSION

L'endométriose pariétale est une entité pathologique rare de la maladie endométriosique souvent méconnue des chirurgiens traitant des pathologies de la paroi abdominale. Le diagnostic doit être évoqué devant des douleurs ou une masse de la paroi abdominale chez une femme en période d'activité génitale surtout si cette lésion présente des modifications cataméniales et si la patiente a un antécédent de chirurgie gynécologique ou obstétricale.

Dans tous les cas, le diagnostic de certitude est apporté par l'analyse histologique des pièces opératoires. Le traitement chirurgical est le seul à même d'apporter la guérison complète. Les récurrences après la chirurgie sont rares.

REFERENCES

1. **Boufettal H, Zekri H, Majdi F, et al. Endométriose ombilicale primitive. Annales de Dermatologie et de Vénérologie 2009 ; 136 :941-3.**
2. **Lamblin G, Mathevet P, Buenerd A.** Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale. A propos de 3 observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* **1999 ; 28 :271-4.**
3. **Corrêa Leite GK, Pina de Carvalho LF, Korkei H, Guazzelli TF, Kenj G, De Toledo Viana A.** Scar endometrioma following obstetric surgical incisions: retrospective study on 33 cases and review of the literature. *Sao Paulo Med J.* **2009; 127(5):270-7**
4. **Vellido-Cotelo R, Muñoz-González JL, Oliver-Pérez MR, de la Hera-Lázaro C, Almansa-González C, Pérez-Sagaseta C and al.** Endometriosis node in Gynaecologic scars: A study of 17 patients and the diagnostic considerations in clinical experience in tertiary care center. *BMC Women's Health* (2015) **15:13**

5. **Abdeljalil K, Mouna K, Memmi A, et al** Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne : à propos de 3 cas Volume 22, Issue 3, Sept **2012**, Pages 156–161.
6. **Wiegatz I, Kissler S, Engels K, Strey C, Kaufmann M.** Umbilical endometriosis in pregnancy without previous surgery. *Fertility and Sterility* **2008**; 90: 17-20.
7. **Bonkougou GP, Sanon BG, Bénao BL, Zaré C, Belemlilga H, Sanou A, et al.** Primary umbilicus endometriosis in Burkina-Faso. *Open J Clin Med Case Rep.* **2016**; 1202.
8. **S. Abramowicz et al :** Endométriose ombilicale chez les femmes sans antécédents chirurgicaux. *J Gynécol Obst et Biol Reprod.* **2011** ; 40, 572- 576.
9. **K. Jaouad et al :** l'endométrieuse ombilicale : à propos d'un cas. *MT/Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* **2010** ; 12 (4) : 324- 7.
10. **S Jayi, M Laadioui, H Bouguern, H Chaara, A Melhouf.** L'endométrieuse de la paroi abdominale: à propos d'un cas rare. *Pan African Medical Journal.* **2013** ; 15:86
11. **Chandoul A, Sbei N, Messaoudi F, et al.** Endométriose ombilicale: A propos de trois cas. *Tunis Med* **2003** ; 81 : 126-9.
12. **Barbaros U, Iybozkurt A, Gulluoglu M, Erbl Y, Tunal V, et al.** Endometriotic umbilical port site metastasis after laparoscopy. *Americ J Obstet Gynaecol* **2005**; 193:1761-3
13. **Demir M, Yildiz A, Ocal I, Yetimalar MH, Kilic D, Yavasi O.** Endometriosis in episiotomy scar: a case report. *J Cases Obstet Gynecol*, **2014**;1(1):8-10
14. **Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, Benamer S, Mohammadine A et al.** L'endométrieuse cicatricielle de la paroi abdominale. *Ann Chir* **2002** ;127 :65-7.
15. **Koger K, Shatney C, Hodge K, Mc Clenathan J.** Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* **1993**; 177:243-6.
16. **Ortonne N, Dupin N.** Un nodule ombilical hémorragique par intermittence. *Images en Dermatologie* **2009** ; 2 : 54-5.
17. **Laganà AS, La Rosa V, Petrosino B, Vitale SG.** Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: A longitudinal follow-up study. *J Affect Disord.* **2016** Jan 15; 190:282-5.
18. **Desquesne JG.** Evaluation of combined GnRH agonist and CO2 laser therapy for sever endometriosis. *J Am Assoc GynecolLaparosc* **1995**; 2 : S13.
19. **Laganà AS, Salmeri FM, Triolo O, Vitale SG, Granese R, Sofo V.** rhTNFR:Fc Suppresses the Development of Endometriosis in a Mouse Model by Downregulating Cell Proliferation and Invasiveness. *Reprod Sci.* **2016**Jul; 23(7):847-57.
20. **F. Sergent, M. Baron, J.-B. Le Cornec, M. Scotté, P. Mace, L. Marpeau.** Transformation maligne d'une endométriose pariétale. *J Gyneco Obstet Biol Reprod* **2006** ; 35 :186-190.