

ENDOMÉTRIOSE DU MUSCLE GRAND DROIT : À PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

E. BISSINDE, L.M. SISSOKO, W.C.A. DOAMBA

RESUME

L'endométriose extra génitale qualifiée de rare est de plus en plus rapportée dans la littérature. La pathogénie reste à élucider, la théorie la plus admise étant la greffe ectopique au cours de précédentes expositions de tissu endométrial en post chirurgical. Nous présentons un cas d'endométriose du muscle grand droit post césarienne pour souligner l'importance des mesures préventives et la qualité de la résection chirurgicale. Cliniquement il s'agit d'une tumeur douloureuse rythmée par le cycle menstruel. Le scanner met en évidence une tumeur vascularisée, le traitement chirurgical a consisté en une résection complète.

Mots-clés : Endométriose ; Extra génital

INTRODUCTION

L'endométriose de la paroi abdominale est une entité rare parmi les localisations extra génitales d'endométriose dont elle représente 1-4 % des cas [1]. Son incidence est de l'ordre de 0,03% à 0,4% [2,3]. Son association aux localisations endopelviennes est de l'ordre de 5 à 15%, faisant de ces deux entités deux affections potentiellement distinctes [4]. L'endométriose de la paroi abdominale du point de vue physiopathologique semble être une affection iatrogène [8], résultant d'une greffe ectopique de tissu endométrial occasionnée par une ou plusieurs ouvertures chirurgicales antérieures telles la césarienne ou tout autre hystérotomie [5]. L'antécédent de césarienne ou d'hystérotomie est retrouvé dans plus de 74% des cas d'endométriose pariétale [1]. Le risque de dégénérescence maligne de ces lésions est également souligné : il s'agit principalement du carcinome à cellules claires et du carcinome endométrioïde [4]. Nous rapportons ici un

SUMMARY

Endometriosis of the rectus muscle: a case report and review of the literature

Extragenital endometriosis, considered rare, is increasingly reported in the literature. Its pathogenesis remains unclear, with the most widely accepted theory being ectopic implantation during previous exposure of endometrial tissue post-surgery. We present a case of endometriosis of the rectus abdominis muscle following cesarean section to highlight the importance of preventive measures and the quality of surgical resection. Clinically, it presents as a painful tumor that fluctuates with the menstrual cycle. A CT scan revealed a vascularized tumor, and surgical treatment consisted of complete resection.

Keywords: Endometriosis; Extragenital.

cas d'endométriose pariétale post césarienne afin de souligner l'importance des mesures préventives et la qualité de la résection chirurgicale qui doit être « carcinologique ».

I. OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'une patiente de 28 ans, primigeste, primipare, qui a consulté pour des douleurs pelviennes cycliques exacerbées en période menstruelle et évoluant depuis 1 an. Elle avait eu une césarienne 2 ans auparavant. L'examen physique trouvait une masse palpable et douloureuse en fosse iliaque gauche au-dessus de la cicatrice de césarienne. L'échographie décrivait une lésion vascularisée et développée dans l'épaisseur du muscle grand droit gauche. Le même constat était retrouvé à la tomодensitométrie : masse de densité tissulaire de 25x16mm, se rehaussant discrètement après injection de produit de contraste dans l'épaisseur du muscle grand droit gauche (Figure 1).

Tirés à part : Evariste BISSINDE, chirurgien général, praticien hospitalier au CHU Bogodogo du Burkina-Faso ; BP : 13375 Ouaga10 ; Tel : 00226 73301013 ; email : bemoise@gmail.com

BISSINDE E., SISSOKO L.M., DOAMBA W.C.A. Endométriose du muscle grand droit: à propos d'un cas et revue de la littérature. Journal de la SAGO, vol.26, n°4, P 98-100.

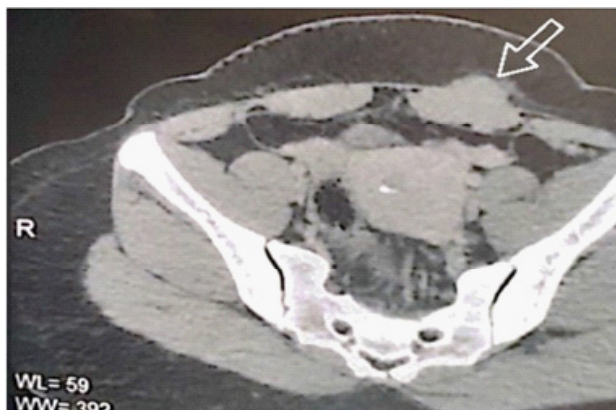


Figure 1 : Image tomodensitométrique du foyer d'endométriose

Le traitement a consisté en une résection large avec des marges de 2 cm en latéral et 5mm en profondeur (Figure 2) suivie d'une fermeture dont l'excès de tension a été limité par des incisions de décharge.

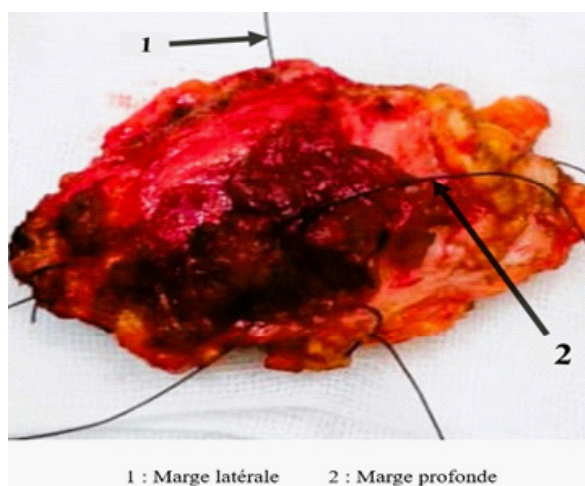
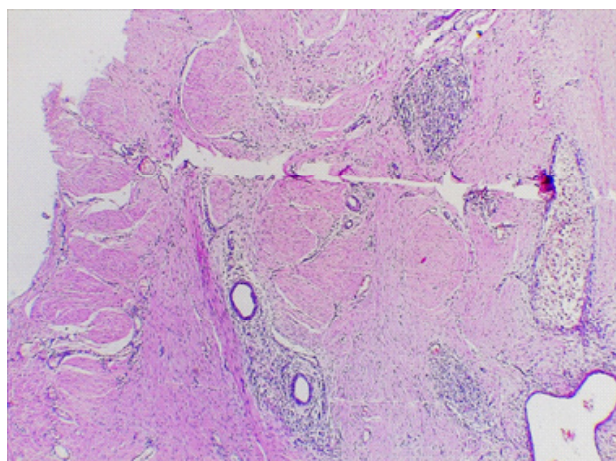


Figure 2 : Pièce de résection chirurgicale du foyer d'endométriose

L'examen anatomopathologique de la pièce confirmait l'endométriome par la présence au sein d'un tissu fibreux, de glandes de type endométrial bordées d'un revêtement cubique sans atypies dans un chorion cytogène (figure 3). Le suivi post opératoire à 12 mois était sans particularité.



1: faisceaux musculaire strié ; 2: chorion cytogène ; 3: glandes endométriales

Figure 3 : Image histologique d'une endométriose du muscle grand droit

II. DISCUSSION

L'étiopathogénie de l'endométriose pariétale abdominale reste peu élucidée jusqu'à nos jours. L'explication admise est celle de la greffe iatrogène de tissu endométrial occasionnée par de précédentes ouvertures chirurgicales de la cavité endométriale [1]. En effet, un antécédent de césarienne ou d'hystérectomie est retrouvé dans 66% [6] à 100% [7] des cas d'endométriose pariétale abdominale. A priori, il s'agit au minimum d'un facteur favorisant [6]. Cependant, la faible fréquence de cette affection contraste avec le nombre élevé de césariennes ou d'hystérotomie ce qui plaide pour l'existence d'autres déterminants, hormonaux ou génétiques [7].

En pratique, le traitement préventif doit être appliqué en amont, c'est à dire au cours des césariennes et hystérotomies :

- protection des berges pariétales (champs, jupe de type Alexis® etc.) et ou leur lavage sous pression dans du sérum salé avant fermeture [6] ;
- utilisation de fils et aiguilles différents pour chaque plan de fermeture : utérin et pariétal [7].

Le traitement repose sur la qualité des résections d'endométriomes qui doit être de type carcinologique pour deux raisons : d'une part, pour emporter une éventuelle lésion maligne (dégénérescence d'endométriomes ou authentique tumeurs des tissus mous, voir infra), d'autre part pour éviter les récives [1]. Les marges latérales de résections dans la littérature vont de 5 à 10mm. Des résections larges conduisent à des délabrements pariétaux, à prendre en compte dans l'approche thérapeutique. Les modes de fermeture de paroi ne sont pas spécifiques mais l'usage de prothèses est préconisé lorsque le défaut pariétal atteint 50mm [6].

Le diagnostic différentiel se fait avec les tumeurs pariétales vascularisées : tumeurs desmoïdes, les sarcomes, les métastases, les granulomes de paroi [4].

CONCLUSION

L'endométriose de la paroi abdominale est une pathologie rare. L'exposition du tissu endométrial lors des interventions chirurgicales semble être le principal facteur de risque même si la physiopathologie reste à élucider. La prévention est primordiale et la qualité de la résection chirurgicale permet d'éviter les récives.

Remerciements : Au Dr Eric SAVIER, pour sa relecture de l'article.

REFERENCES

1. **Durand X, Daligand H, Aubert P, Baranger B.** Endométriose de la paroi abdominale. *J Chir Viscérale*. oct 2010;147(5):354-9 .
2. **Hedfi M, Essid N, Trabelsi F, Znaïdi H.** Endométriose de la paroi abdominale: à propos de deux cas. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2022 [cité 27 nov 2023];42. Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/42/54/full>.
3. **Crestani A, Dennis T, Roman H.** Exérèse d'un nodule d'endométriose de la vessie (avec vidéo). *J Chir Viscérale*. févr 2023;160(1):80-1.
4. **Petit C, Donval L, Chandeze MM, Chis C, Joste M, Panel P.** Surgery of abdominal wall endometriosis associated with clear-cell carcinoma: Case report and review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. avr 2023;52(4):102561.
5. **Destek S.** Endométriose de la paroi abdominale. *J Obstet Gynaecol Can*. nov 2020;42(11):1304.
6. **Benedetto C, Cacoza D, De Sousa Costa D, Coloma Cruz A, Tessmann Zomer M, Cosma S,** et al. Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. *Int J Gynecol Obstet*. nov 2022;159(2):530-6.
7. **Zhang P, Sun Y, Zhang C, Yang Y, Zhang L, Wang N,** et al. Cesarean scar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review. *BMC Womens Health*. déc 2019;19(1):14.