

# Parietal Endometriosis about Seven Cases and Review of the Literature

Mounia Ziyadi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Souissi Rabat

Received: 6 December 2015 Accepted: 31 December 2015 Published: 15 January 2016

---

## Abstract

L'endométriose pariétale se caractérise par sa prévalence chez des femmes de la quatrième décennie de la vie, sur un terrain favorable d'antécédents de chirurgie abdominale, notamment la pratique de césarienne ou de chirurgie gynécologique. Le diagnostic est aisé devant une symptomatologie typique caractérisée par la présence chez une femme en âge de procréation, d'un syndrome pariétal abdominal tumoral douloureux, dont l'intensité fluctue au rythme des cycles menstruels. Cependant, la reconnaissance de la maladie peut s'avérer relativement ardue en absence de signes évocateurs, mettant en balance de nombreuses autres éventualités morbides bénignes ou malignes.

---

**Index terms**— endométriose pariétale; césarienne; preuve anatomo pathologique; traitement chirurgical; maroc.

**Résumé**—L'endométriose pariétale se caractérise par sa prévalence chez des femmes de la quatrième décennie de la vie, sur un terrain favorable d'antécédents de chirurgie abdominale, notamment la pratique de césarienne ou de chirurgie gynécologique.

Le diagnostic est aisé devant une symptomatologie typique caractérisée par la présence chez une femme en âge de procréation, d'un syndrome pariétal abdominal tumoral douloureux, dont l'intensité fluctue au rythme des cycles menstruels.

Cependant, la reconnaissance de la maladie peut s'avérer relativement ardue en absence de signes évocateurs, mettant en balance de nombreuses autres éventualités morbides bénignes ou malignes.

Dans ces conditions, le recours à des investigations complémentaires telles que l'échographie, la TDM et l'IRM ou encore l'aspiration biopsique permet d'étayer le diagnostic mais assez souvent, seule l'étape anatomopathologique permet de façon ultime de reconnaître l'endométriose.

Le traitement de choix de l'endométriose pariétale est l'exérèse chirurgicale de la masse. L'association d'un traitement médical à base de Danazol ou bien d'agonistes de la LH -RH se justifie surtout en cas d'atteinte pelvienne concomitante ou en présence d'une masse tumorale de grande taille.

Dans ce travail, on rapporte 7 cas d'endométriose pariétale colligées au service de gynéco obstétrique de l'hôpital militaire de Rabat sur une période de Trois ans de 2010 à 2013.

**Mots Clés**: endométriose pariétale; césarienne; preuve anatomo pathologique; traitement chirurgical; maroc.

**Abstract**—The parietal Endometriosis is characterized by its prevalence among women in the fourth decade of life, on a favorable ground of antecedents of abdominal surgery, including the practice of cesarean section or gynecological surgery.

The diagnosis is easy in front of a typical symptomatology characterized by the presence at a woman in age of procreation, of a painful tumoral abdominal parietal syndrome, whose intensity fluctuates at the rhythm of menstrual cycles. However, the recognition of the disease can prove difficult in the absence of evocative signs, putting out of balance many other benign or malignant morbid possibilities.

Under these conditions, the recourse to complementary investigations such as ultrasound, CT and MRI, or biopsy aspiration can support the diagnosis but rather enough, only the anatomopathological stage allows in an I. Introduction 'endométriose se définit par la présence de tissu endométrial en dehors de l'endomètre, susceptible

de répondre aux sollicitations hormonales ovariennes. Les localisations les plus communes sont pelviennes : ovaires, péritoine, ligaments utérins, lame recto vaginale. D'autres localisations extra pelviennes plus rares ont été décrites, en particulier au niveau de la vessie, de l'intestin, de l'appendice, de l'ombilic, des sacs herniaires, du poumon, des reins et de la paroi abdominale [1]. cette dernière l'objet de notre travail est une entité rare constitue 1 à 2% de l'endométriose extra génitale, elle survient le plus souvent sur cicatrice abdomino pelvienne, les cicatrices de chirurgie utérine, les cicatrices de césarienne, le trajet d'une aiguille d'amniocentèse [2-3], d'un orifice de trocart de coelioscopie, mais parfois en dehors de tout contexte [4] L'incidence de l'endométriose pariétale après césarienne varie selon les études entre 0,03 et 0,4% [1, 6]. Nous rapportons sept cas d'endométrioses pariétaux pris en charge au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital militaire de Rabat sur une période de trois ans de 2010 à 2013.

## 1 II. Patientes et Méthodes

Notre études rétrospective porte sur sept cas d'endométriose pariétale colligées au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital militaire de Rabat Pour chaque patiente nous avons révélé son âge, l'existence d'un antécédent de chirurgie pelvienne ,ou d'antécédent de césarienne ,la localisation ,la taille de la lésion ,le type de la symptomatologie ,la réalisation des examens complémentaires ,le type de traitement effectué et enfin l'évolution avec la présence ou non d' une récédive ,nous effectuerons également une revue de la littérature.

## 2 III. Résultats

De janvier 2010 à décembre 2013 sept patientes ont été prise en charge dans notre service L'âge moyen de notre patiente était de 36 ,5 soit entre 27 et 46 ans, l'antécédent de césarienne a été retrouvé chez six patientes, une seule n'avait aucun passé chirurgical.

Les signes d'endométriose profonde a été retrouvée chez une seule patiente type algies pelviennes chroniques, dysménorrhées secondaires et dyspareunies profondes.

Les six patientes qui avaient un antécédent de césarienne ont consulté en moyenne quatre ans et demi pour bilan de masse pariétale avec des douleurs cycliques, une seule malade a consulté pour nodule ombilical douloureux et bleuté qui augmente de taille en concomitance avec les règles.

Des Le délai d'apparition des lésions est variable de six mois à 37 ans [7] dans notre étude le délai moyen est de 4,5 ans entre 3 ans et 6 ans.

En général l'endométriose de la paroi abdominale affecte les femmes en période d'activité génitale entre 20 ans et 40 ans [8,9] L'âge moyen de notre patiente était de 36,5, il n'existe pas d'endométriose avant la puberté et la fréquence en général de la maladie après la ménopause est de 2% et 4% ; el ABSI et al on rapporté un cas d'endométriose chez une femme ménopausée [10] a) Ethiopathogénie L'endométriose pelvienne est une maladie complexe vraisemblablement multifactorielle plusieurs théories ont été proposées : théorie métastatique, métaplasique et d'induction.

Pour les endométrioses pariétaux le mécanisme le plus probable est la greffe locale des cellules endométriales qui vont se développer au niveau des zones non épithélialisées [10].

Leur développement est également favorisé par l'inflammation secondaire induite par des facteurs immunologiques , Patterson and al pensent que ces lésions seraient expliquées par des modifications anatomiques ,l'utérus serait attiré par les adhérences contre la paroi abdominale ,ainsi que les trompes qui se retrouvaient plaquées contre le péritoine pariétal ,au cours des menstruations le sang refluant dans les trompes suivrait les replis et les adhérences pour imprégner la cicatrice opératoire [11].

Les deux autres théories métaplasique (différenciation des cellules mésenchymateuses) et métastatique (voie lymphatique et veineuse) peuvent expliquer les cas de nodule endométriosique au niveau de l'ombilic et sur les gaines des muscles grands droit chez la femme n'ayant pas subi aucune intervention chirurgicale.

## 3 b) Anatomie pathologique

? Aspect macroscopique L'endométriose pariétal se présente comme des nodules ou des lésions micro kystiques ,rouge ,bleues ,brunes ou noires figure 4, dont la taille varie entre 2 et 3 cm et peut aller jusqu'à 12 cm [12] dans notre étude la taille a varié entre 1,5 et 4cm

? Aspect microscopique L'examen microscopique met en évidence un épithélium glandulaire cylindrique associé au chorion cytogène avec une inflammation lymphocytaire,cet aspect peut se modifier au cours du cycle menstruel du fait de l'imprégnation hormonale avec apparition de l'oedème ,de la congestion et de l'hémorragie. diagnostic sera redressé à l'étape anatomie pathologique dans 37% [11].

## 4 d) Paraclinique

? L'échographie L'échographie est une bonne méthode de recherche pour les masses tumorales compte tenu de sa pratique et son faible cout elle n'est pas un examen spécifique de l'endométriose pas d'image pathognomonique elle permet un diagnostic de présomption en accord avec la clinique, elle permet de préciser l'origine pariétale, la taille, les contours et l'extension de l'endométriose et enfin d'éliminer les diagnostics différentiels

? La TDM L4 aspect au scanner n'est pas caractéristique, classiquement c'est une masse tissulaire prenant le contraste injection du fait du caractère vasculaire de la lésion, par ailleurs il peut être utile pour préciser

---

104 les rapports du nodule en profondeur ? L'IRM [15] En raison de la résolution très spécifique de l'imagerie par  
105 résonance magnétique (IRM), cette technique permet d'identifier les lésions plus petites et distinguer les signes  
106 d'hémorragie organisée dans les endométriomes, ce qui laisse supposer ce diagnostic. En outre, l'IRM a de  
107 meilleures performances que la tomodensitométrie (TDM) par rapport à la description de la graisse sous-cutanée,  
108 les tissus musculaires et aponévrotiques.

109 En séquence T1, la lésion sera en hyper-signal si un saignement intra lésionnel est présent. Ces examens  
110 complémentaires peuvent également permettre d'éliminer un diagnostic différentiel comme par exemple une hernie  
111 inguinale.

## 112 5 ? Biopsie aspiration à l'aiguille fine

113 Elle peut faire le diagnostic avant d'envisager un traitement chirurgical, mais reste un geste indésirable du fait  
114 du risque d'ensemencement le long du trajet de la ponction.

## 115 6 e) Traitement

116 Des tentatives de traitement médical par castration médicamenteuse ont été effectuées en se basant sur de  
117 progestatifs puissants le danazol et les agonistes GnRH, mais le traitement de référence reste l'exérèse chirurgicale  
118 de la lésion, Dans notre étude toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical qui a été efficace dans  
119 100 % des cas en dehors d'une seule récurrence. Plusieurs études, [1,11] signalent un taux important de récurrence.  
120 Les risques de récurrence rapportés sont cependant variables d'une étude à l'autre, de 0 à 15 % [11,16]. Il nous  
121 paraît donc important d'effectuer une exérèse large d'emblée quitte à utiliser une prothèse pariétale pour refermer  
122 le défaut aponévrotique, Dans notre étude nous n'avons pas eu besoin d'utiliser de prothèse.

123 Des moyens théoriques de prévention de l'affection peuvent être proposés : protection de la paroi par des champs  
124 opératoires, Le lavage et le débridement du tissu décidual avec une irrigation vigoureuse avec une solution saline,  
125 avant toute fermeture de la plaie abdominale.

126 Il faut éviter l'inoculation de tissu décidual au niveau des berges de la plaie utérine et de suturer à travers  
127 la déciduale au moment de la fermeture utérine [16] V. Conclusion L'endométriose pariétale est rare et ses  
128 mécanismes de survenue sont bien cernés.

129 L'établissement du diagnostic de cette affection pariétale est sujet à une ambivalence spécifique:

130 -Aisé devant une symptomatologie cyclique évoluant au rythme des menstruations, d'une masse douloureuse,  
131 quasi pathognomonique ; -Beaucoup plus délicat et ardu en absence de ce caractère, entraînant une mise  
132 en évidence du diagnostic à l'étape histologique seulement. L'échographie Doppler couleur est l'examen  
133 morphologique de choix pour confirmer le diagnostic et éliminer d'autres pathologies pariétales en montrant  
134 une masse hypoéchogène hyper vascularisée. En cas de doute diagnostique avant la chirurgie, l'IRM a une place  
135 certaine pour détecter le signal particulier de l'hémorragie dans l'endométriome et confirmer le diagnostic.

136 En outre, alors que le traitement de l'endométriose, « maladie générale », fait souvent appel à une thérapie  
137 médicamenteuse reposant de nos jours sur le Danazol et sur les agonistes de la LH-RH, le traitement curatif  
138 de celle pariétale est représenté essentiellement par l'exérèse chirurgicale de la masse ; les récurrences dans ces  
139 conditions et en absence d'une autre association sont rares.

140 Des moyens théoriques de prévention de l'affection pariétale existent : attention particulière vis-à-vis de la  
141 protection de la paroi par des champs opératoires, irrigation appropriée à la fin des interventions chirurgicales.

142 1 2

---

<sup>1</sup>© 2016 Global Journals Inc. (US)

<sup>2</sup>Parietal Endometriosis about Seven Cases and Review of the Literature

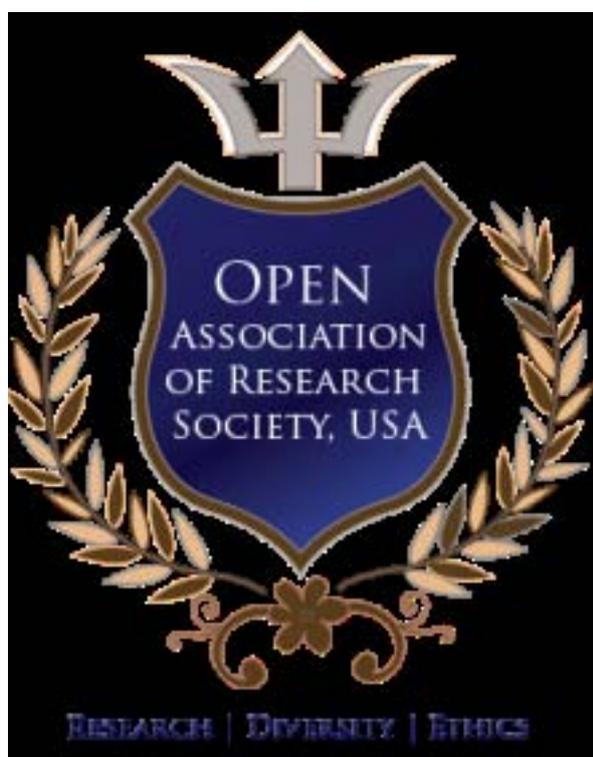


Figure 1: L

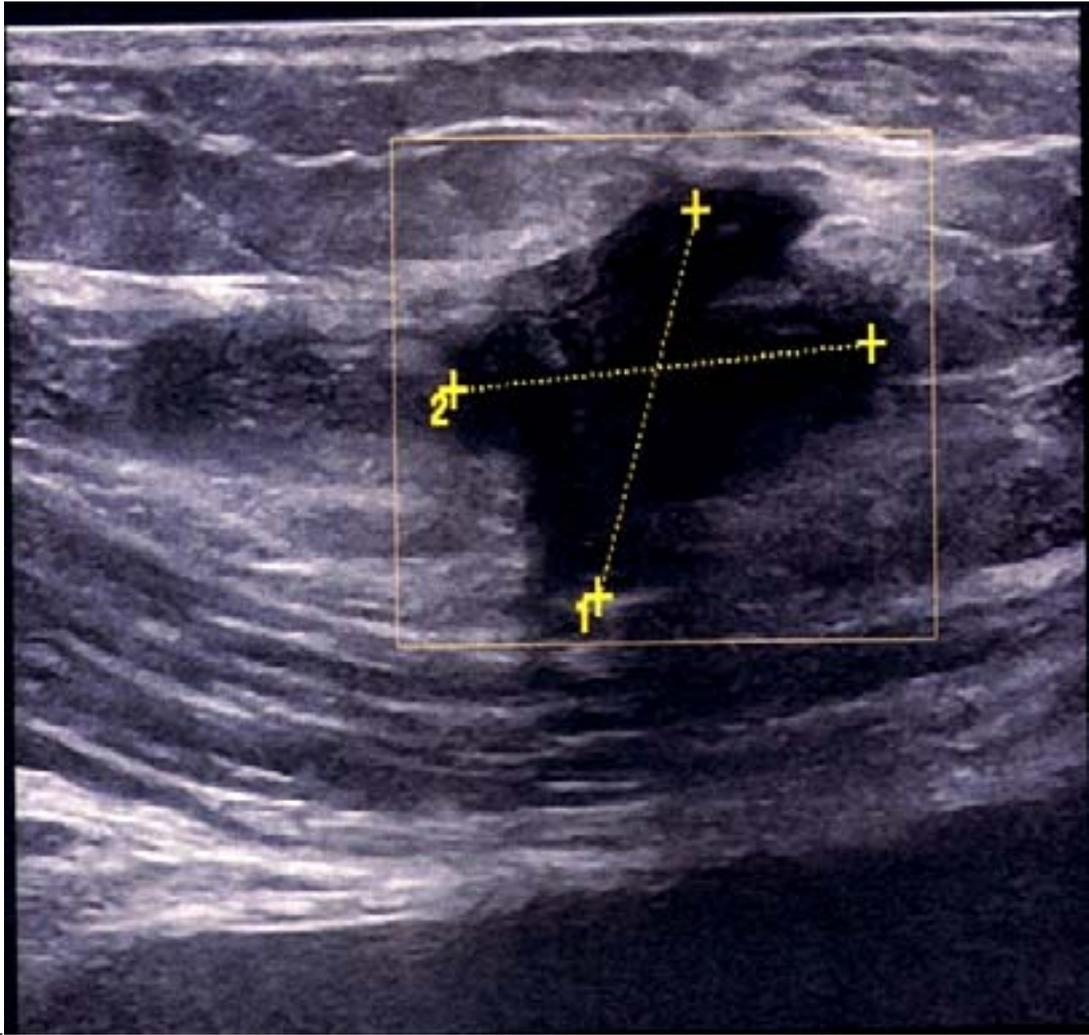


Figure 2: Figure 1 :

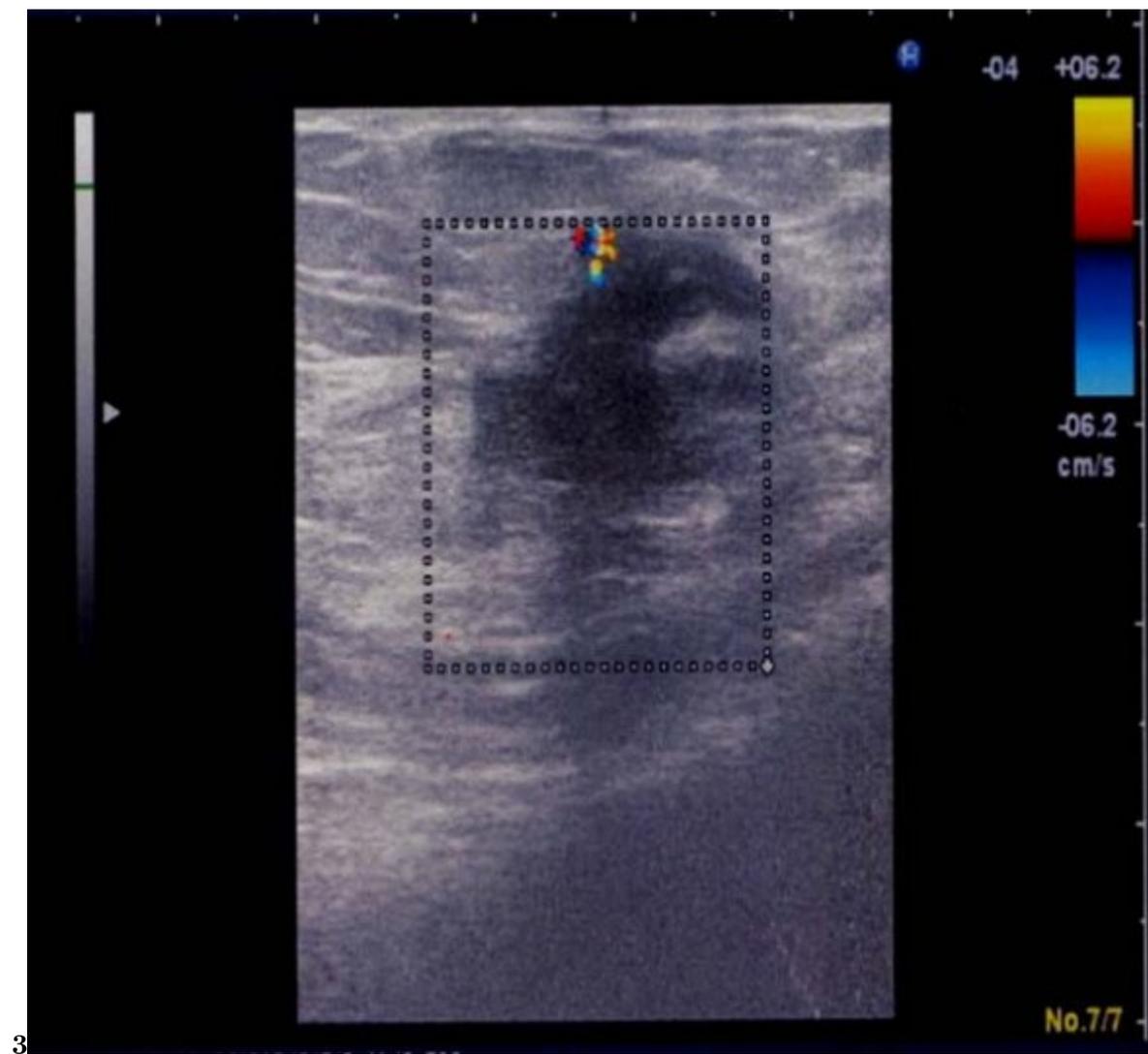


Figure 3: Figure 3 :



4

Figure 4: Figure 4 :



5



Figure 5: Figure 5 :



1

Figure 6: Bibliographie 1 .

Figure 7:

- 
- 143 [Merran Pkarila] , S Merran Pkarila . (cohen Endemetriose de la paroi abdominale anterieure a propos de deux  
144 cas)
- 145 [Wasfie et al. ()] 'Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication'. T Wasfie ,  
146 E Gomez , S Seon , B Zado . *Int Surg* 2002. 87 p. .
- 147 [Blanco et al. ()] 'Abdominal wall endometriomas'. R G Blanco , V S Parithivel , A K Shah , M A Gumbs , M  
148 Schein , P H Gerst . *Am J Surg* 2003. 185 p. .
- 149 [Zhao et al. ()] 'Abdominal wall endometriomas'. X Zhao , J Lang , J Leng , Z Liu , D Sun , L Zhu . *Int J*  
150 *Gynaecol Obstet* 2005. 90 p. .
- 151 [Patterson and Winburn ()] 'Abdominal wall endometriomas: report of eight cases'. G K Patterson , G B  
152 Winburn . *Am Surg* 1999. 65 p. .
- 153 [Patterson and Winburn ()] 'Abdominal wall endometriomas: report of eight cases'. G K Patterson , G B  
154 Winburn . *Am Surg* 1999. 65 p. .
- 155 [Tomas et al. ()] 'Abdominal wall endometriosis in absence of previous surgery'. E Tomas , A Martin , C Garfia  
156 , Sanchez Gomez , F Morillas , JD , Castellano Tortajada , G . *J Ultrasound Med* 1999. 18 p. .
- 157 [Bumpers et al. ()] 'Endometrioma of the abdominal wall'. H L Bumpers , K L Butler , I M Best . *Am J Obstet*  
158 *Gynecol* 2002. 187 p. .
- 159 [Matthes et al. ()] 'Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy:  
160 case report and review of the literature'. G Matthes , D D Zabel , C L Nastala , K C Shestak . *Ann Plast*  
161 *Surg* 1998. 40 p. .
- 162 [Simsir et al. ()] 'Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration  
163 biopsy'. A Simsir , K Thorner , J Waisman , J Cangiarella . *Am Surg* 2001. 14 p. .
- 164 [Elabsi et al. ()] 'L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale'. M Elabsi , M K Lahlou , L Rouas , H  
165 Essadel , S Benamer , A Mohammadine . *Ann Chir* 2002. 127 p. .
- 166 [Kaunitz and Sant'agnese ()] 'Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis'. A Kaunitz  
167 , Di Sant'agnese , PA . *Obstet Gynecol* 1979. 54 p. .
- 168 [Kennedy et al. ()] 'Preoperative treatment of an abdominal wall endometrioma with nafarelin acetate. Case  
169 report'. S H Kennedy , J Brodribb , A M Godfrey , D H Barlow . *Br J Obstet Gynaecol* 1988. 95 p. .
- 170 [Chatterjee ()] 'Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases'. S K Chatterjee . *Obstet Gynecol* 1980.  
171 56 p. .