



GLOBAL JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH: E  
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS  
Volume 16 Issue 1 Version 1.0 Year 2016  
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal  
Publisher: Global Journals Inc. (USA)  
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

## Parietal Endometriosis about Seven Cases and Review of the Literature

By Mounia Ziyadi, Abdellah Babahabib, Mehdi Hassani, Jaouad Kouach,  
Driss Rhali Moussaoui & Mhamed Dehayni

*Souissi Rabat, Morocco*

**Résumé-** L'endométriose pariétale se caractérise par sa prévalence chez des femmes de la quatrième décade 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.

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

**GJMR-E Classification :** *NLMC Code: WP 390*



*Strictly as per the compliance and regulations of:*



© 2016. Mounia Ziyadi, Abdellah Babahabib, Mehdi Hassani, Jaouad Kouach, Driss Rhali Moussaoui & Mhamed Dehayni. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 3.0 Unported License <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), permitting all non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

# Parietal Endometriosis about Seven Cases and Review of the Literature

## Endométriose Pariétale : A Propos De Sept Cas Et Revue De La Littérature

Mounia Ziyadi <sup>α</sup>, Abdellah Babahabib <sup>σ</sup>, Mehdi Hassani <sup>ρ</sup>, Jaouad Kouach <sup>ω</sup>, Driss Rhali Moussaoui <sup>¥</sup>  
& Mhamed Dehayni <sup>§</sup>

**Résumé-** L'endométriase 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'endométriase.

Le traitement de choix de l'endométriase 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'endométriase 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:** *endométriase 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

ultimate way to recognize the endometriosis. The treatment of choice of parietal endometriosis is surgical excision of the mass.

According to the extent of resection, an adjuvant procedure to repair the aponevrotic defects and cutaneous with reinforcement by plate may be required.

The association medical treatment containing Danazol or agonists of LH - RH is justified especially in the event of infringement concomitant pelvic or in presence of a large size tumor mass.

We report seven cases of endometriosis parietal collated in the service of gynecology - obstetrics HMIMV between 2010 and 2013.

### I. INTRODUCTION

L'endométriase 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'endométriase 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'endométriase pariétale après césarienne varie selon les études entre 0,03 et 0,4% [1.5.6]

Nous rapportons sept cas d'endométriomes 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.

### II. PATIENTES ET MÉTHODES

Notre études rétrospective porte sur sept cas d'endométriase pariétale colligées au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital militaire de Rabat

Author <sup>α</sup> <sup>σ</sup> <sup>ρ</sup> <sup>ω</sup> <sup>¥</sup> <sup>§</sup>: Service de gynéco obstétrique de l'hôpital militaire de RABAT. e-mail: ziyadimounia@gmail.com

sur une période de trois ans de janvier 2010 à décembre 2013.

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 récurrence ,nous effectuerons également une revue de la littérature.

### 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 examens complémentaires ont été demandés chez nos patientes :

- Quatre patientes ont bénéficié d'une échographie pariétale couplée au doppler chez une malade

ayant montré un nodule hétérogène solido kystique figure 1

- Une seule patiente a bénéficié d'un scanner abdominopelvien révélant une masse tissulaire pariétale prenant le produit de contraste après injection figure 2
- l'IRM dont le but était de préciser les rapports de la masse ainsi que la recherche de localisations associées a été pratiquée chez trois malade ayant montré un nodule hétérogène en T1 et T2 figure 3

Le diagnostic d'endométriose pariétale a été suspecté chez toutes nos malades avant le traitement, dans tous les cas le traitement chirurgical à type d'exérèse chirurgicale a été effectué. Le nodule était intra musculaire chez quatre malades, pré aponévrotique chez deux et une patiente avait une localisation sous aponévrotique.

Pour toutes les malades une suture simple de l'aponévrose a été effectuée, sans recours au traitement prothétique.

Des lésions d'endométriose profonde ont été retrouvées chez une patiente avec des nodules bleuâtres au niveau du cul de sac de douglas.

Le traitement médical a été préconisé chez une patiente pendant six mois à base d'agonistes LHRH dans le cadre d'une récurrence pour soulagement de la symptomatologie

L'évolution était en général favorable en dehors d'une récurrence qui a été reprise

Tableau I : Résumé des données cliniques et du traitement

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7
Age	31 ans	34 ans	46 ans	44 ans	30 ans	27 ans	32 ans
ATCDS chirurgicaux	Oui	Oui	Non	oui	Oui	Oui	Oui
Intervalle post opératoire	6 ans	5ans	-	4 ans	4 ans	5 ans	3 ans
Clinique	Masse en regard de la cicatrice Indolore	Nodule sous cutané +dl continue	Nodule ombilical +dl cyclique	Masse pariétale +dl cyclique	Nodule douloureux	Nodules douloureux	Masse pariétale douloureuse
Siège	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	Péri ombilical	FIG en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	FIG en regard de la cicatrice pfannentiel
Caractère Cataménial	NON	NON	OUI	OUI	OUI	Oui	OUI
Dimensions	25mm	20mm	15mm	40mm	25mm	15 mm	35mm
Traitement	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse +ttt médical	Exérèse	Exérèse	Exérèse
Evolution	Bonne	Bonne	Bonne	Récidive	Bonne	Bonne	Bonne

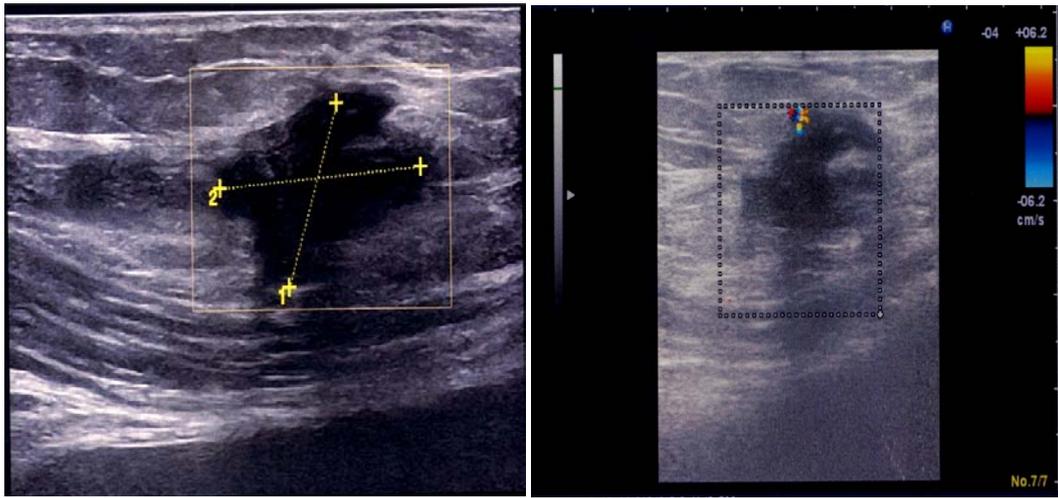


Figure 1 : échographie +doppler de la paroi abdominale montrant le nodule endométriosique

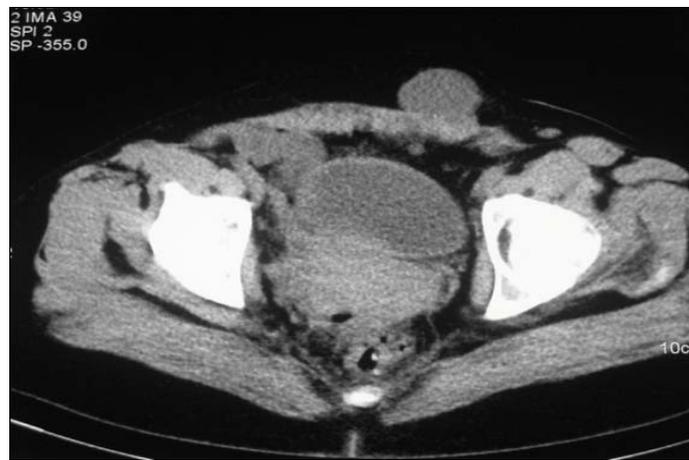


Figure 2 : formation pariétale de densité tissulaire ne prenant pas le produit de contraste et envahissant le muscle grand droit sous-jacent

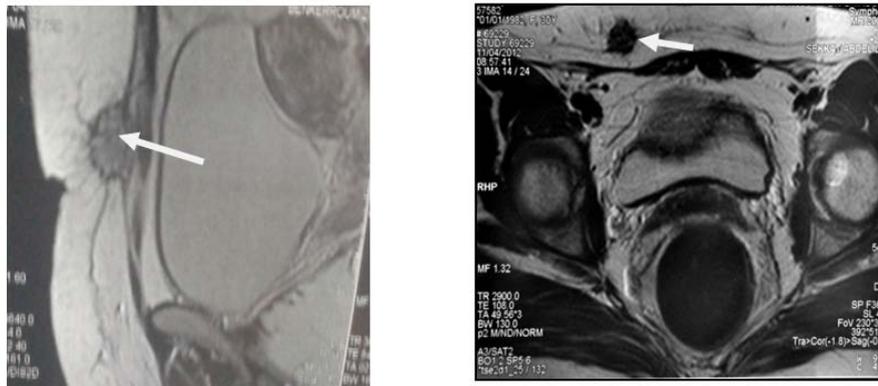


Figure 3 : a) coupe coronale, b) coupe transversale : images IRM montrant l'implant endométriosique infiltrant l'aponévrose des muscles grand droit

#### IV. COMMENTAIRE

L'endométriose est une pathologie non néoplasique quasi exclusive de la femme en période d'activité génitale qui se définit par la présence du tissu endométrial en dehors de la cavité utérine,

l'endométriome est une forme de l'endométriose sous forme d'une masse solide ou kystique, les endométriomes pariétaux sont rares, observés surtout sur cicatrice chirurgicale dans notre étude 6 patientes avaient un antécédent de césarienne avec cicatrice pfannentiel

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 endométriomes 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.

b) *Anatomie pathologique*

• Aspect macroscopique

L'endométriome 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'œdème ,de la congestion et de l'hémorragie.



Figure 4 : aspect macroscopique d'un nodule endométriosique de couleur jaune au sein du tissu musculaire



Figure 5 : Coupe histologique montrant les glandes endométriales dilatées

c) *Clinique*

Classiquement c'est une patiente en période d'activité génitale qui consulte pour bilan de masse pariétale qui apparaissent en regard d'une cicatrice de chirurgie abdomino pelvienne et qui augmente de taille et devient douloureuse au moment des menstruations, parfois lorsque la localisation du nodule est superficiel, on remarque un changement de teinte de la lésion qui

devient bleuâtre avec fistulisation à la peau sous forme d'un écoulement sanglant.

En revanche quand le nodule est à distance ou en absence de la cicatrice, chez une femme très jeune ou très âgée, ou en dehors de tout contexte chirurgicale le diagnostic peut se confondre avec d'autre pathologie :les abcès ,les hématomes ,les neurinomes et rarement les tumeurs malignes (sarcomes, métastases de carcinomes) [11,13,14],en général le

diagnostic sera redressé à l'étape anatomie pathologique dans 37% [11].

d) *Paraclinique*

- L'échographie

L'échographie est une bonne méthode de recherche pour les masses tumorales compte tenu de sa pratique et son faible coût 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

L'aspect au scanner n'est pas caractéristique, classiquement c'est une masse tissulaire prenant le contraste après injection du fait du caractère vasculaire de la lésion, par ailleurs il peut être utile pour préciser les rapports du nodule en profondeur

- L'IRM [15]

En raison de la résolution très spécifique de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), cette technique permet d'identifier les lésions plus petites et distinguer les signes d'hémorragie organisée dans les endométrioses, ce qui laisse supposer ce diagnostic. En outre, l'IRM a de meilleures performances que la tomodensitométrie (TDM) par rapport à la description de la graisse sous-cutanée, les tissus musculaires et aponévrotiques.

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

- Biopsie aspiration à l'aiguille fine

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

e) *Traitement*

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

aponévrotique, Dans notre étude nous n'avons pas eu besoin d'utiliser de prothèse.

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

Il faut éviter l'inoculation de tissu décidual au niveau des berges de la plaie utérine et de suturer à travers la décidual au moment de la fermeture utérine [16]

## V. CONCLUSION

L'endométriose pariétale est rare et ses mécanismes de survenue sont bien cernés.

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

- Aisé devant une symptomatologie cyclique évoluant au rythme des menstruations, d'une masse douloureuse, quasi pathognomonique ;
- Beaucoup plus délicat et ardu en absence de ce caractère, entraînant une mise en évidence du diagnostic à l'étape histologique seulement.

L'échographie Doppler couleur est l'examen morphologique de choix pour confirmer le diagnostic et éliminer d'autres pathologies pariétales en montrant une masse hypoéchogène hyper vascularisée. En cas de doute diagnostique avant la chirurgie, l'IRM a une place certaine pour détecter le signal particulier de l'hémorragie dans l'endométriose et confirmer le diagnostic.

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

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

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Lamblin G, Mathevet P, Buenerd A.** Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale, à propos de trois observations. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1999; 28: 271-4.
2. **Hughes ML, Bartholomew D, Paluzzi M.** Abdominal wall endometriosis after amniocentesis. A case report. J Reprod Med 1997; 42: 597-9.

3. **Kaunitz A, Di Sant'Agnesse PA.** Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1979; 54: 753–5.
4. **Tomas E, Martin A, Garfia C, Sanchez Gomez F, Morillas JD, Castellano Tortajada G, et al.** Abdominal wall endometriosis in absence of previous surgery. *J Ultrasound Med* 1999; 18: 373–4.
5. **Chatterjee SK.** Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 81–4
6. **Patterson GK, Winburn GB.** Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999; 65: 36–9.
7. **Kennedy SH, Brodribb J, Godfrey AM, Barlow DH.** Preoperative treatment of an abdominal wall endometrioma with nafarelin acetate. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 521–3.
8. **Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH.** Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003; 185: 596-8
9. **Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L.** Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90: 218-22
10. **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: 65–7.
11. **Patterson GK, Winburn GB.** Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999; 65: 36–9.
12. **Bumpers HL, Butler KL, Best IM.** Endometrioma of the abdominal wall. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1709–10
13. **Simsir A, Thorner K, Waisman J, Cangiarella J.**
14. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Am Surg* 2001; 67: 984–6.
15. **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: 672–5.
16. **S MERRAN PKARILA cohen** Endemetriose de la paroi abdominale anterieure a propos de deux cas
17. **Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B.** Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int Surg* 2002; 87: 175–7.