

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2011

Thèse N° 129/11

ENDOMETRIOSE PARIETALE (A propos de 02 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/09/2011

PAR

Mlle. MOUSSAOUI FIRDAOUSS

Née le 24 Août 1982 à Al hocema

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Endométriose pariétale - Traitement chirurgical

JURY

M. BANANI ABDELAZIZ.....	PRESIDENT
Professeur de Gynécologie-obstétrique	
M. MELHOUF MY ABDELILAH.....	RAPPORTEUR
Professeur de Gynécologie-obstétrique	
Mme. CHAARA HEKMAT.....	} JUGES
Professeur de Gynécologie-obstétrique	
Mme. BOUGUERN HAKIMA.....	
Professeur agrégé de Gynécologie-obstétrique	
Mme. JAYI SOFIA.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant de Gynécologie-obstétrique	

PLAN

INTRODUCTION.....	6
HISTORIQUE.....	8
DEFINITION.....	10
I-L'endométriase interne.....	11
II- L'endométriase externe.....	11
A/ l'endométriase externe génitale.....	11
1/ intra péritonéales.....	11
2/ extra péritonéales localisées.....	12
B/ l'endométriase externe extra génitale.....	12
CLASSIFICATION.....	14
ANATOMO-PATHOLOGIE.....	20
A/ MACROSCOPIE.....	21
1. Lésions typiques.....	21
2. Lésions atypiques.....	22
B/MICROSCOPIE.....	22
1. Description des lésions.....	22
a. Lésions typiques.....	22
b. Lésions atypiques.....	23
2. Modifications histologiques au cours du cycle menstruel.....	23
3. Les formes particulières.....	25
a. Lésions avancées.....	25
b. Métaplasie.....	25

c. Transformation maligne.	26
C/ Topographie.	26
OBSERVATION.	31
DISCUSSION.	38
I-Epidémiologie.	39
A/Fréquence.	39
B/Facteurs de risque.	40
B-1/Age.	40
B-2/ ETHNIE.	40
B-3 / Facteurs socio-économiques.	41
B-4/ Facteurs environnementaux et tabagisme.....	41
B-5/Antécédents.	42
a/familial.	42
b/personnel.	42
1/ gynécologique.	42
2/ obstétrical.	45
3/ Antécédents chirurgicaux.	46
4/ Antécédents non chirurgicaux.	47
II- PATHOGENIE DE L'ENDOMETRIOSE PARIETALE.	47
A. Théorie de la métaplasie cœlomique.....	47
B. Théorie de transplantation.	48
C. La théorie de l'induction.	50

D. La théorie dysembryoplastique.	50
E. Facteurs surajoutés.	51
III. CLINIQUE.	55
IV. PARACLINIQUE.	65
A. ECHOGRAPHIE.	65
B. TOMODENSITOMETRIE ET L'IRM.....	66
C. Biologie.	69
D. Ponction à l'aiguille fine.	69
V. Diagnostic différentiel.	70
A. Clinique.....	70
1. Devant un syndrome tumoral pariétal sur cicatrice.	70
2. Devant un syndrome tumoral pariétal avec fluctuation de la taille de la masse.....	70
B. Para clinique.....	71
1. Echographie.....	71
2. Tomodensitométrie et imagerie par résonnance magnétique.	72
C. Ana pathologie.....	72
VI. Facteurs pronostiques.....	74
VII. Traitement.....	74
A. Moyens thérapeutique.....	74
1. Traitement médical.....	74
a. Moyens médicaux.	75

b. Indications.....	76
2. Traitement chirurgical.....	77
a. Buts.....	77
b. Indications.....	77
c. Technique.....	77
B. Conduite à tenir thérapeutique.....	79
C. Résultats thérapeutiques.....	80
1. Traitement médical.....	80
2. Traitement chirurgical.....	80
VIII. Complications.....	82
A. Traitement médical.....	82
B. Traitement chirurgical.....	84
1. L'hématome.....	84
2. L'épanchement lymphatique.....	85
3. La nécrose cutanée.....	85
4. Les complications thromboemboliques.....	85
IX. Prévention.....	86
CONCLUSION.....	87
RESUMES.....	89
BIBLIOGRAPHIE.....	95

INTRODUCTION

L'Endométriose est définie par la présence d'îlots de tissu d'origine endométrial en situation hétérotopique, sensible à la stimulation ovarienne. 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. Les localisations endométriosiques pariétales peuvent s'observer soit spontanément, soit le plus souvent sur le trajet de cicatrices de chirurgie abdominale ou pelvienne. La localisation au sein des muscles grands droits est exceptionnelle, et pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques particuliers.

Dans ce travail nous rapportons deux cas d'endométriose localisée à la paroi abdominale, à travers lequel et à la lumière d'une revue de la littérature nous discuterons les caractéristiques épidémiologiques, physiopathologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques de cette entité pour en déduire d'éventuels moyens de prévention. Un rappel sur l'endométriose en général est nécessaire avant de parler plus précisément de cette atteinte ectopique.

Puis, nous évoquerons :

son diagnostic relativement aisé en cas de symptomatologie cyclique évoluant en intensité au rythme des menstruations, elle peut cependant représenter un piège diagnostique dont l'énigme n'est parfois résolue qu'à l'étape anatomopathologique. Reposant plus sur les examens complémentaires, que nous détaillerons, que sur des données cliniques, dénuées de signes pathognomoniques.

son traitement conjuguant actuellement la privation hormonale avec un traitement chirurgical.

Une discussion sur l'orientation diagnostique et la stratégie thérapeutique sera ensuite développée.

HISTORIQUE

La fin du 19ème siècle marque le début de l'endométriose dans la littérature médicale, ROKITANSKY décrivant la présence de tissu endométriosique dans l'épaisseur du myomètre. (1)

En 1887, CHIARI signale des nodosités kystiques de la trompe. En 1896, CULLEN suggère que les lésions peuvent dépasser les limites des organes génitaux féminins et publie l'observation d'une endométriose du ligament rond. (2)

La première observation d'une endométriose ombilicale et ses particularités a été décrite par VILLAR en 1886. (3)

Le premier cas d'une endométriose inguinale rapporté dans la littérature le fut par ALLEN en 1896. (4)

Dès 1903, la littérature relate une localisation ectopique sur une cicatrice de césarienne. (5)

En 1995, HEALY et COLL publient le premier cas de dissémination endométriosique iatrogène produite dans un tube de trocart laparoscopique. (6)

Le terme d'endométriose a été proposé par SIMPSON en 1925 (7 ; 8) en même temps qu'il formulait une théorie réaliste susceptible d'expliquer la pathologie. Il est actuellement définitivement adopté, ayant mis un terme à une terminologie variée et sujette de nombreuses controverses.

DEFINITION

L'endométriose se définit par la présence en dehors de la cavité utérine de tissus possédant les caractères **morphologiques** et fonctionnels de l'endomètre.

L'endométriose est une affection de la femme en période d'activité génitale qui guérit normalement avec la ménopause par atrophie des lésions, sauf s'il persiste une sécrétion hormonale pathologique.

L'endométrioïde, évoqué la première fois par SAMPSON, correspond à de la muqueuse utérine ectopique prenant une forme circonscrite, nodulaire ou tumorale. On parle également d'endométrioïde ou de solénome (JAYE).

Les localisations sont multiples, on distingue classiquement:

I- L'endométriose INTERNE:

Ou endométriose murale ou adénomyose, et caractérisée par la présence de glandes endométriales et de stroma à l'intérieur du myomètre. C'est la plus fréquente, représentant 75% des endométrioses.

II- L'endométriose EXTERNE:

Englobe toutes les localisations hors de l'utérus, atteignant les organes du petit bassin, voire des organes plus éloignés.

A/ L'endométriose externe génitale :

1/intra péritonéales (les plus fréquentes) :

- ovaires,
- trompes,

- péritoine:
 - ligaments utero sacrés,
 - ligaments ronds,
 - autres....

2/ extra péritonéales localisées :

- col de l'utérus,
- vagin et cloison recto vaginale,
- vulve et périnée (le plus souvent sur les cicatrices obstétricales),
- région inguino-crurale sur le trajet extra péritonéal du ligament rond.

B/ l'endométriose externe extra génitale.

Moins fréquente, pouvant être :

digestive: grêle, appendice, colon.

urinaire: vessie, uretère, rein, urètre.

autres: pèlvre, poumon, bronches, ganglions, peau, foie, ombilic....

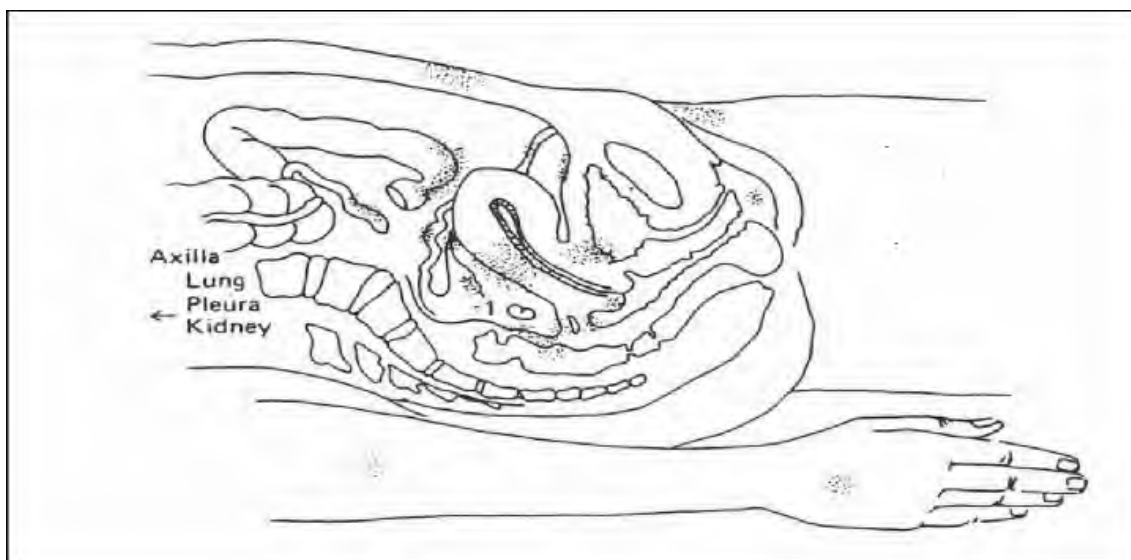
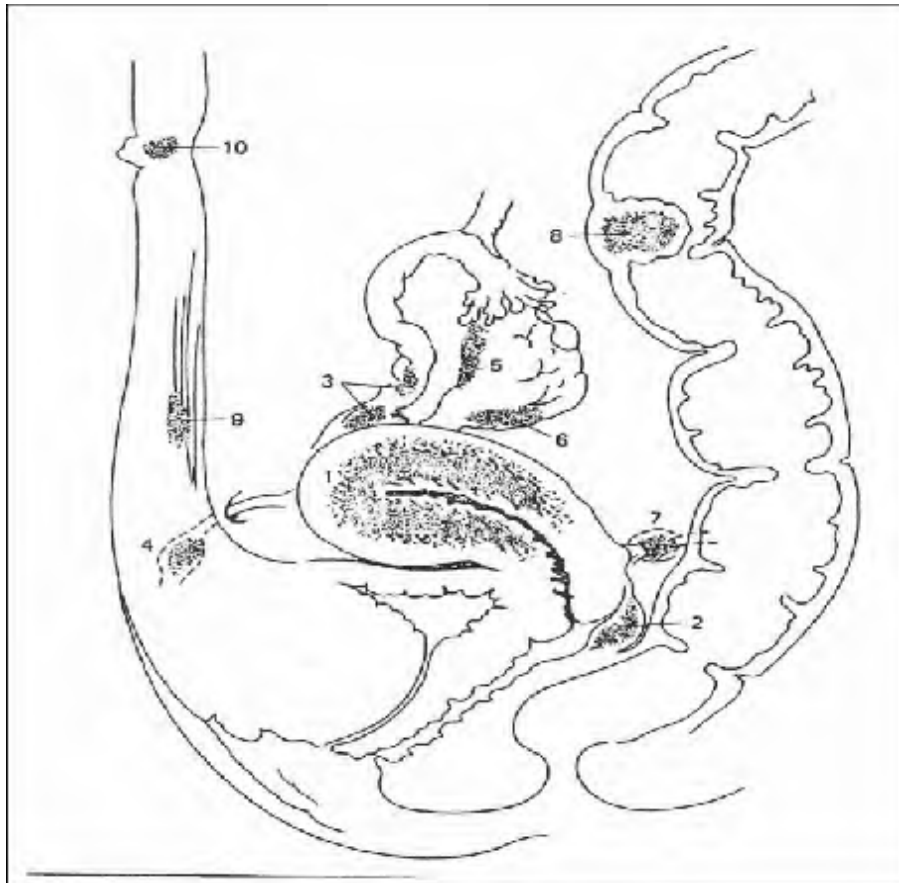


Figure 1 : Les différentes localisations de l'endométriose

CLASSIFICATION

Un système de classification est indispensable pour :

- Etudier le degré d'extension de cette affection.
- Etablir un protocole thérapeutique médico-chirurgical et comparer les résultats à long terme.
- Déterminer de manière aussi précise que possible, le pronostic à long terme de chaque patiente.

Plusieurs classifications ont été proposées mais aucune n'est parfaite, tant l'endométriose est une pathologie complexe :

- Classification d'ACOSTA (1973): portant sur l'atteinte ovarienne.
- Classification de KISTNER (1975): très détaillée mais complexe pour un usage de routine.
- Classification de l'AFS ou AMERICAN FERTILITY SOCIETY qui est la plus utilisée: rapportée par MALINAK en 1979, puis révisée en 1985; insistant sur la taille et la notion d'unilatéralité et bilatéralité des lésions.
- Classification FOATI du GEE (1994), se basant sur les mêmes principes de la classification TNM des cancers.

Tableau 1 : Classification d'ACOSTA

ATTEINTE LEGERE.

Lésions fraîches, disséminées (implants sans cicatrice ni rétraction péritonéale) dans le cul de sac antérieur, dans le cul de sac de douglas, ou dans le péritoine pelvien.

Pas d'adhérences péri tubaires.

ATTEINTE MODEREE.

Endométriose concernant un ou deux ovaires ; avec plusieurs lésions superficielles, avec cicatrice ou rétraction, ou petit endométriome.

Adhérences péri tubaires, Adhérences péri -ovariennes : associées aux lésions ovariennes sus décrites.

Implants superficiels dans le cul de sac antérieur ou postérieur, avec cicatrice et rétraction; quelques adhérences, pas d'atteinte du sigmoïde.

ATTEINTE SEVERE.

Endométriose concernant un ou deux ovaires (le plus souvent, les deux), avec endométriomes de plus de 2cm× 2cm de diamètre.

Un ou deux ovaires fixés par des adhérences, associées à l'endométriose, avec ou sans adhérences tubo-ovariennes.

Une ou deux trompes fixées ou oblitérées par l'endométriose; associées à d'autres adhérences et d'autres lésions d'endométriose.

Comblement du cul de sac de douglas par des adhérences et lésions endométriosiques.

Epaissement des ligaments utéro -sacrées et lésions du cul de sac de douglas dus à une endométriose invasive avec oblitération du cul de sac.

Atteinte importante de l'intestin ou des voies urinaires.

Tableau 2 : Classification de l'AFS

Endométriose	< 1cm	1 à 3 cm	>3cm
Péritonéale Superficielle Profonde.	1	2	4
	2	4	6
Ovarienne droite Superficielle Profonde	1	2	4
	4	16	20
Ovarienne gauche Superficielle Profonde	1	2	4
	4	16	20
Oblitération du cul de sac postérieur	Partielle Score 4	complète Score 40	
Adhérences par rapport à la Circonférence	<1/3	1/3 à 2/3	>2/3
Ovariennes droites Transparentes opaques	1	2	4
	4	8	16
Ovariennes gauches Transparente Opaques	1	2	4
	4	8	16
Tubaires droites Transparentes Opaques	1	2	4
	4	8	16
Tubaires gauches Transparentes Opaques	1	2	4
	4	8	16

Stade 1 (minime):1-5.

Stade 2 (modéré):6-15.

Stade 3 (moyen):16-40.

Stade 4 (sévère): >40.

Tableau 3 : Classification française FOATI.

F	FOYER (diamètre cumulé)	0 : absence 1 : < 1 cm 2: 1-5 cm 3: >5cm profond ou superficiel
O	OVAIRES	0 : normal 1: ≤1cm 2: 1-4 cm 3:3-5cm 4: ≥ 5 cm ou bilatéral
A	ADHERENC ES AVANT LYSE	0 : absence 1 : mobilité trompe et ovaire conservée 2 : conservation partielle de la mobilité de la trompe et/ou de l'ovaire 3 : absence de mobilité de la trompe et/ou de l'ovaire 4: comblement du douglas
T	TROMPES	0 : absence 1 : occlusion partielle (proximale ou distale) 2 : occlusion totale (proximale ou distale) 3 : bi ou multifocales
I	— INFLAMMA TION: +	Appréciation visuelle: perte de ou - brillance + hyper vascularisation % lésions typiques (noires) % lésions blanches % lésions rouges

Tableau 4 : Classification et stades de l'endométriose extra pelvienne d'après Markham.

Classification de l'endométriose extra pelvienne.
Classe I : endométriose du tractus intestinal. Classe U : endométriose du tractus urinaire. Classe L : endométriose du poumon et de la cage thoracique. Classe O : endométriose des autres localisations en dehors de la cavité abdominale.
Stades de l'endométriose extra pelvienne.
Stade I : sans dysfonctionnement d'organe. 1. Extrinsèque. a lésion inférieur à 1 cm. b lésion de 1 à 4 cm. c lésion supérieure à 4 cm. 2. Intrinsèque : muqueuse, muscle, parenchyme. a lésion inférieur à 1 cm. b lésion de 1 à 4 cm. c lésion supérieure à 4 cm. Stade II : dysfonctionnement d'organe. 1. Extrinsèque : surface de l'organe (séreuse, plèvre). a lésion inférieur à 1 cm. b lésion de 1 à 4 cm. c lésion supérieure à 4 cm. 2. Intrinsèque : muqueuse, muscle, parenchyme. a. lésion inférieur à 1 cm. b. lésion de 1 à 4 cm. c. lésion supérieure à 4 cm.

ANATOMO-PATHOLOGIE

A/ MACROSCOPIE.

L'aspect des lésions d'endométriose varie suivant leur siège, leur caractère superficiel ou profond, leur ancienneté et la période du cycle.

Certains auteurs la décrivent comme étant solide, de couleur blanc cassé, de taille moyenne d'environ 5 cm de diamètre, avec de multiples zones éparses de coloration marron.

1. Lésions typiques. (9)

L'endométriose typique apparaît comme un ensemble de lésions d'aspect :

- Héorragique.
- Plane.
- Nodulaire.
- ou Kystique.

Polymorphes tant par leur couleur (rouge sombre, brunâtre ou bleu nuit) que par leur taille (grains de la taille d'une tête d'épingle à des kystes pouvant atteindre 15 cm de diamètre), que par leur forme (plane, nodulaire ou kystique).

Elle s'accompagne d'une fibrose plus ou moins intense expliquant :

- l'aspect nacré et la sensation d'induration au contact.
- les images de rétraction stellaire péri-lésionnelle.
- Les lésions enchâssées et recouvertes d'une cicatrice fibreuse opaque.
- Les adhérences souvent importantes, étroites entre les organes, finissant par déterminer des sténoses évoquant cliniquement et radiologiquement des proliférations malignes; d'autant plus qu'il n'existe jamais de plan de clivage, même histologique, entre l'endométriose et l'organe atteint.
- La rupture des kystes laisse s'écouler un liquide dont l'aspect caractéristique est goudron ou chocolat.

2. Lésions atypiques.

Elles correspondent en général aux lésions débutantes. Elles peuvent être non pigmentées et se présenter sous la forme de lésions claires ou dépolies, jaunâtres ou translucides. Elles ont toutefois les caractéristiques histologiques d'authentiques lésions endométriosiques.

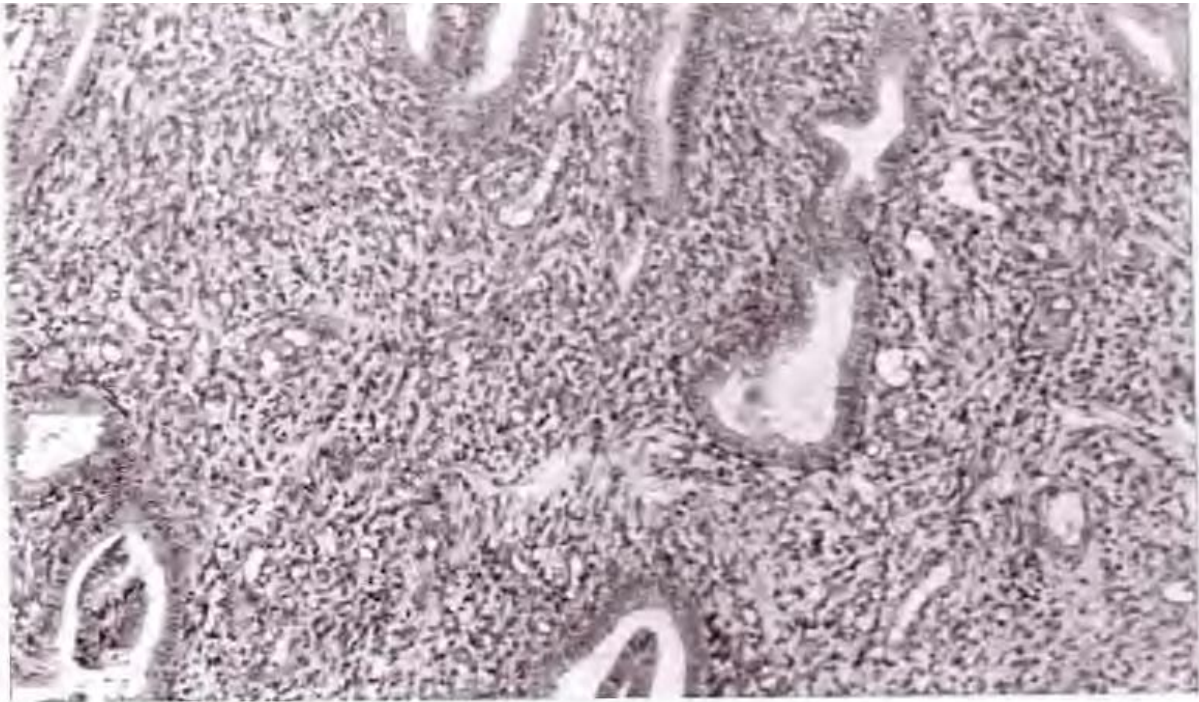
B/MICROSCOPIE. (9 ; 10)

I description.

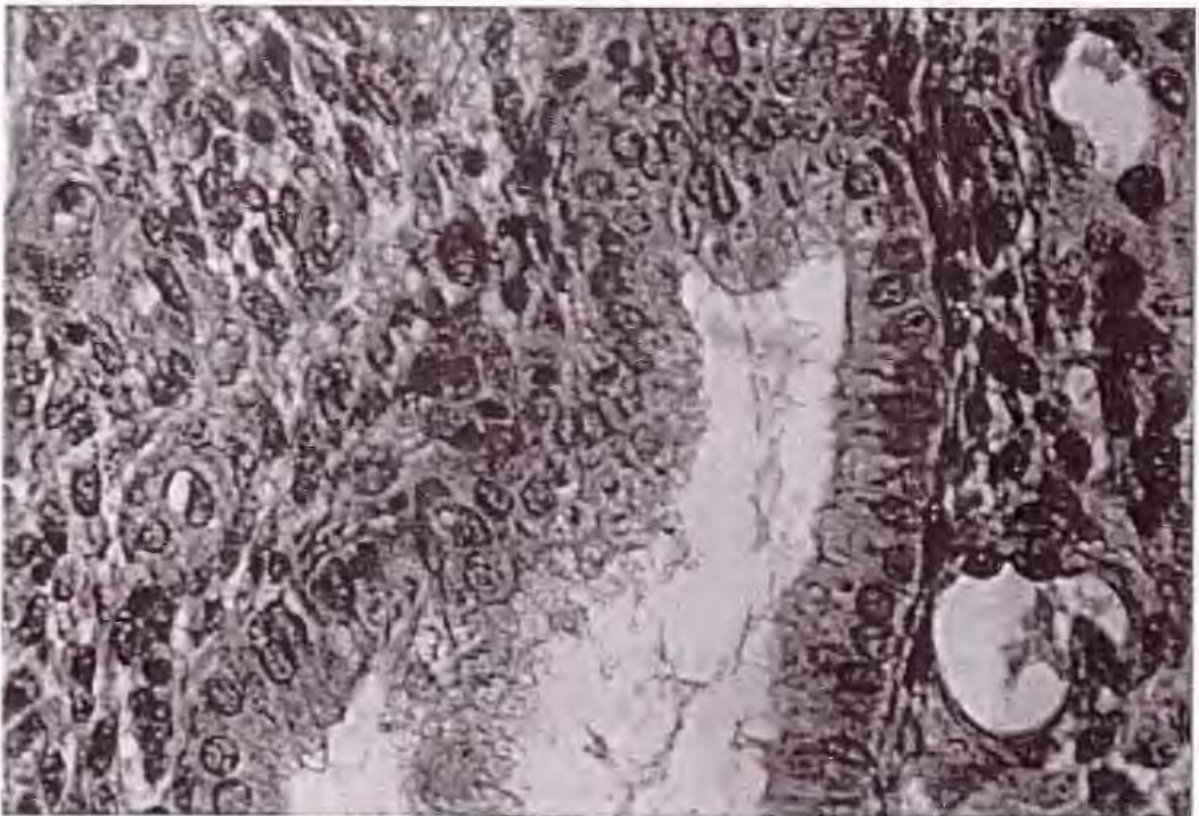
A quelques détails près, la description histologique de l'endométriose est celle d'une muqueuse utérine normale comprenant :

a. Lésions typiques.

- Un tissu glandulaire, uni stratifié, cylindrique, avec des cellules ciliées ou non, régulièrement orientées et disposées, formant des tubes, et reposant sur son chorion cytogène.
- Un chorion cytogène, caractérisé par de petites cellules fusiformes, à noyau ovoïde, riches en chromatine, reliées entre elles par de fins prolongements cytoplasmiques.
- A noter que la vascularisation n'y est jamais aussi systématisée que dans un endomètre normal.
- Dans les formes évoluées, d'une façon quasi constante, il existe une fibrose périphérique au sein de laquelle persistent parfois des nappes de macrophages chargés d'hémosidérine. D'après O'PETERSON, cette fibrose serait le résultat d'une réponse inflammatoire à l'hémorragie répétitive locale.



(x 100)



*400

Image 2 : Histologie du tissu endométriosique.

b. Lésions atypiques. (11)

- Le chorion peut faire défaut. On retrouve alors des formations glandulaires, évoquant l'endomètre, avec au pire une ou deux couches de cellules correspondant au chorion cytogène : ce sont les formations glandulaires pures.
- Au contraire, la répartition des tubes glandulaires peut être irrégulière au point d'être inexistante, au profit du seul chorion cytogène.

Il s'agit de formes incomplètes, dissociées, rendant le diagnostic de l'endométriose d'autant plus difficile qu'il manque un critère architectural.

Le diagnostic de la forme glandulaire repose sur la recherche de marqueurs : phosphatase alcaline, glycogène et celui de la forme conjonctivale sur l'expression de marqueurs tissulaires spécifiques : sulfomucopolysaccharides, relaxine.

Enfin et quelque soit son siège, l'endométriose se comporte fonctionnellement comme la muqueuse utérine normale, réagit aux incitations oestrogéno-progestatives et subit les mêmes modifications cycliques.

II MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES AU COURS DU CYCLE MENSTRUEL.

L'examen anatomopathologique peut mettre en évidence des modifications histologiques, caractéristiques des deux phases du cycle menstruel.

a. A la phase folliculaire ou proliférative:

ü au niveau glandulaire :

- Augmentation des mitoses.
- Richesse des mitoses.

ü Stroma : œdématisé, avec des cellules à limites moins nettes et aux noyaux plus denses, allongés et dilatation capillaire.

b. A la phase sécrétoire ou folliculo-lutéinique :

ü Au niveau glandulaire :

- Diminution de l'activité cellulaire mitotique.
- Apparition, surtout, dans les tubes d'inclusions vacuolaires, contenant du glycogène et des lipides.

ü Apparition dans le stroma d'épines conjonctives, soulevant l'épithélium glandulaire, et de cellules particulières contenant des sulfomucopolysaccharides et de la relaxine (HISAW et DELLENBACH, 1969)
Les sulfomucopolysaccharides sont des précurseurs de l'héparine, pouvant être partiellement responsable de l'incoagulabilité du sang des règles.

ü Apparition des artérioles spiralées.

III Formes particulières.

a. Lésions avancées.

L'endométriase vieillie est tatouée d'histiocytes qui ont phagocyté des pigments ferriques, les sidérophages. Ces histiocytes s'observent volontiers dans les liquides de kystes endométriosiques. Les lésions avancées d'endométriase peuvent contenir des histiocytes appelés pseudoxanthomateux, chargés de produits de dégradations du sang, qui ne sont pas spécifiques de l'endométriase.

b. Formes métaplasiques.

ü L'endométriase peut subir des remaniements métaplasiques :

ü Métaplasie tubulaire ou ciliée, métaplasie malpighienne, éosinophilie plus ou moins atypique avec images en clou de tapissier, ou encore métaplasie mucineuse. L'épithélium est alors de type endocervical, pouvant prêter à confusion avec un adénocarcinome mucineux bien différencié. L'endométriase

peut également présenter des remaniements myxoides, simulant un pseudo myxome, des calcifications ou foyers d'ossification.

c. Transformation maligne.

ù La cancérisation est possible en cas d'endométriose. Elle concerne surtout les formes kystiques, notamment ovariennes. La forme la plus commune est l'adénocarcinome endométrioïde, mais toutes les formes de tumeurs de l'endomètre ont été décrites.

C/ TOPOGRAPHIE DES LESIONS. (9) (10)

Elle a déjà été schématisée dans la définition. Nous ne développerons que les localisations les plus fréquentes.

1/ LOCALISATION PERITONEALE.

Les plus courantes concernent les ligaments utéro sacrés, le cul de sac de douglas, la face postérieure du ligament large et la paroi recto -vaginale.

Toutes ces lésions entraînent une réaction inflammatoire intense responsable d'un syndrome adhérentiel.

L'endométriose intra péritonéale se présente sous deux aspects :

Polyploïdes : lésions pédiculés inférieur à 1 mm et faisant saillie à la surface du péritoine avec une base d'implantation sous péritonéale. Elles sont constituées de lésions cubiques sans orifice glandulaire mais en continuité avec des éléments glandulaires situés plus en profondeur, recouverts ou non par du péritoine.

Planes : ensemble de cellules endométriales réparties en nappes à la surface du péritoine et en continuité avec des cellules mésothéliales; la surface est ponctuée d'orifices glandulaires.

Lorsque des organes recouverts par le péritoine sont atteints par l'endométriose, cela définit des lésions réactionnelles toujours importantes, pseudo-néoplasiques.

Ceci s'observe dans la forme extrinsèque de l'endométriose urétérale.

Les localisations extra-péritonéales sont difficilement visibles directement en coelioscopie et sont parfois mises en évidence à la surface du péritoine par leurs complications liées à l'activité de l'endomètre ectopique :

- ü Adhérences.
- ü Fibrose.
- ü Hémorragies.

2/ LOCALISATION OVARIENNE.

La plus fréquente : 70 à 80 %

- ü Macroscopiquement, on observe des kystes typiques plus ou moins enchâssés dans le stroma ovarien, de tailles variables, uniques ou multiples. L'atteinte est souvent bilatérale. La coque est plus ou moins épaisse variant en fonction du volume et de l'ancienneté de la lésion.
- ü A la rupture du kyste, un liquide crémeux, épais, incoagulable et couleur chocolat typique s'écoule.
- ü L'étude cytologique du liquide des ponctions des kystes permet de décrire trois aspects chronologiques des lésions ovariennes:
 - ü L'endométriome florissant : hématies et cellules endométriales bien conservées, parfois hémolysées.
 - ü L'endométriome remanié: cellules macrophagiques ponctuées de pigments sanguins (hemosidérine).

ü L'endométriome vieilli: nappes de pigments d'hémosidérine et de cellules anucléés.

ü Microscopiquement, l'endomètre ectopique tapisse la paroi du kyste et siège à la surface de l'ovaire.

Lors d'une augmentation de la pression intra -kystique, l'endomètre s'atrophiant, les critères diagnostiques disparaissent.

3/ LOCALISATION TUBAIRE.

Ø Les localisations distales ne sont pas fréquentes. La fréquence des localisations proximales a été très diversement appréciée.

L'endométriose favorise la formation d'adhérences souvent très denses, responsables d'oblitérations tubaires distales.

Ø L'endométriose tubaire proximale peut atteindre la paroi séro musculaire de la trompe, sans déformation de la paroi. Dans ce cas, seule une lecture attentive de la salpingographie permettra de faire le diagnostic. Elle peut atteindre la paroi tubaire en la déformant réalisant l'aspect classique du nodule isthmo-interstitiel (les localisations sont plus fréquentes au segment interstitiel qu'au segment isthmique).L'histologie des lésions tubaires proximales est dominée surtout par la fibrose (53 %), l'endométriose occupe la deuxième place (18,6 %). La lésion tubaire se composant de diverticules pseudo-glandulaires tapissés par un épithélium de type tubaire, ne doit plus être appelé endo salpingiose, ni adénomyose (pseudo-glande et non pas glande), on peut l'appeler salpingopathie tubaire proximale, elle occupe la troisième place (16,2 %).Les autres lésions (polypes purs sans atteinte pariétale, colonisation endométriale, tuberculose) sont rares.

Ø Les localisations séreuses sont identiques à celles du péritoine pelvien.

Ø L'endométriose tubaire peut être muqueuse pure, sans déformation tubaire visible à la coéloscopie. Elle est séparée de l'endomètre normal par une portion de segment interstitiel et un ostium présentant un épithélium de type tubaire. Elle est donc à distinguer de la colonisation endométriale montrant la muqueuse endométriale en continuité depuis la cavité utérine jusqu'au segment interstitiel, cette lésion serait peut-être due à une anomalie de la jonction utéro tubaire.

Les lésions polymorphes se présentent sous forme de :

- ü Polypes tubaires : lésions sessiles de 1 à 10 mm de long, implantées dans la partie proximale de la trompe.
- ü colonisation par l'endomètre de la lumière tubaire.
- ü nodosités tubaires : renflements de la portion initiale de la trompe, de 1 à 2 cm de diamètre obstruant partiellement ou totalement la lumière tubaire.

Il lui correspond trois aspects histologiques :

- ü Images diverticulaires bordées par un épithélium tubaire sans anomalie musculaire.
- ü Adénomyose : épithélium cylindro-cubique entouré de fibres musculaires lisses hypertrophiques.
- ü Endométriose typique.

4/ LOCALISATION PARIETALE.

L'endométriose pariétale survient généralement après une intervention chirurgicale ou obstétricale (12).L'endométriose cicatricielle est due à l'implantation d'endomètre au niveau d'une cicatrice. Le délai d'apparition de ces lésions peut, dans certains cas, être de plusieurs années. Cependant, dans de rares cas, ces localisations pariétales peuvent être observées sans chirurgie préalable, comme

notamment les lésions d'endométriose décrites au niveau de l'ombilic ou de la paroi abdominale.

Les diverses locations de l'endométriose cicatricielle sont les suivantes : cicatricielle de Pfannenstiel, cicatrice de césarienne (vessie, paroi abdominale) cicatrice de laparoscopie (trocart de 5 mm), sur le site d'une aiguille d'amniocentèse, cicatrice ombilicale (cure de hernie) cicatrice d'épisiotomie, cicatrice d'hystérectomie (dôme vaginal). Elle peut envahir toutes les structures pariétales, les muscles les plus touchés sont le muscle grand droit de l'abdomen, le muscle oblique externe et le muscle transverse. Des lésions inguinales en relation avec le ligament rond sont également décrites.

L'endométriose cutanée se présente sous forme de nodules qui sont en général responsable de douleurs cataméniales localisées en regard de la cicatrice. La localisation pariétale de ces nodules permet leur palpation. (13)

Dans certains cas le diagnostic différentiel avec une tumeur desmoïde ou une tumeur des glandes sudoripares peut s'avérer difficile.

La prise en charge de l'endométriose pariétale nécessite une résection chirurgicale large en marge saine afin d'éviter les récurrences. (14, 15)

Nous rapportons 2 cas d'endométriose pariétale observés dans le service de Gynécologie -obstétrique du centre hospitalier Hassan II de Fès. Il s'agit de jeunes patientes de 36 ans ayant une endométriose de cicatrice de la paroi abdominale.

OBSERVATION

Observation n°1 :

Mme T.L âgée de 36 ans mariée et mère d'une fille, hospitalisée à la suite de l'installation d'une douleur exquise cyclique au niveau de la cicatrice de césarienne (Pfannestiel).

Dans les antécédents chirurgicaux de la patiente, on note une césarienne il y a 5 ans.

Dans les antécédents obstétricaux de la patiente on note un avortement cureté il y 6 ans.

Le début de la symptomatologie remonte à une année et demie par l'installation d'une douleur exquise cyclique au niveau de la cicatrice de la césarienne.

L'examen physique a signalé une masse 3 cm au dessus de la cicatrice de césarienne.

L'examen gynécologique n'avait objectivé aucune anomalie.

Le reste de l'examen était sans particularité.

L'exploration radiologique faite par l'échographie des parties molles a objectivé la présence au niveau de la fosse iliaque droite d'une masse tissulaire polylobée située au niveau du tissu graisseux sous cutanée, présentant une vascularisation centrale artério veineuse à l'examen écho doppler, mesurant 32/16 mm, faisant discuter :

- _ Une masse endométriosique.
- _ Une tumeur des parties molles.

D'où la décision d'excision de la lésion dans le but d'une étude anapathologie, laquelle a confirmé le diagnostic d'endométriose pariétale.

1/Macroscopie :

Masse pariétale mesurant 3 2,5 cm de grand axe.

A la coupe, la tuméfaction présente des limites imprécises et une tranche de section poly kystique avec quelques foyers hémorragiques.

2/ Microscopie :

Cette tuméfaction examinée porte sur un tissu fibro musculaire qui est dissocié par de nombreux foyers endométriosiques dont les glandes, plus ou moins dystrophiques sont parfois kystiques, entourés d'un chorion cytogène, d'abondance variable.

Ailleurs, l'épithélium de surface est détruit, remplacé par une réaction de résorption histiocytaire, riche en sidérophages.

Traitement :

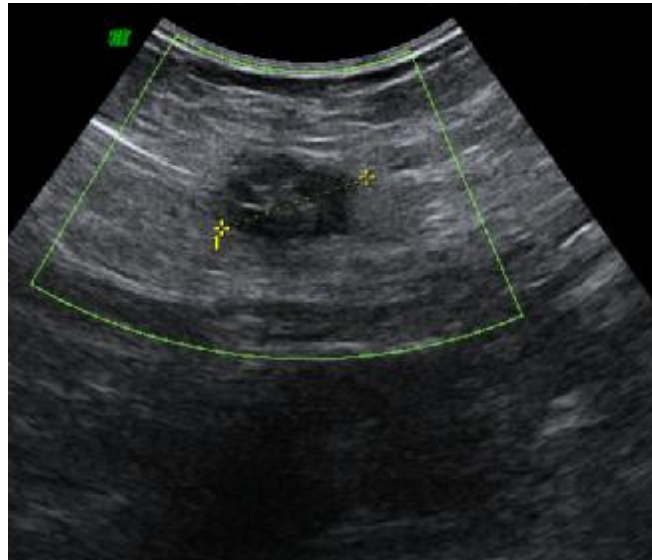
Le traitement chirurgical a été réalisé par une intervention comportant plusieurs temps et gestes :

- Reprise de l'ancienne cicatrice transversale de la césarienne.
- Décollement sous cutanée.
- Découverte en sous aponévrotique d'une masse faisant 3/2 cm, dure.
- Résection faite.
- Hémostase.
- Fermeture.

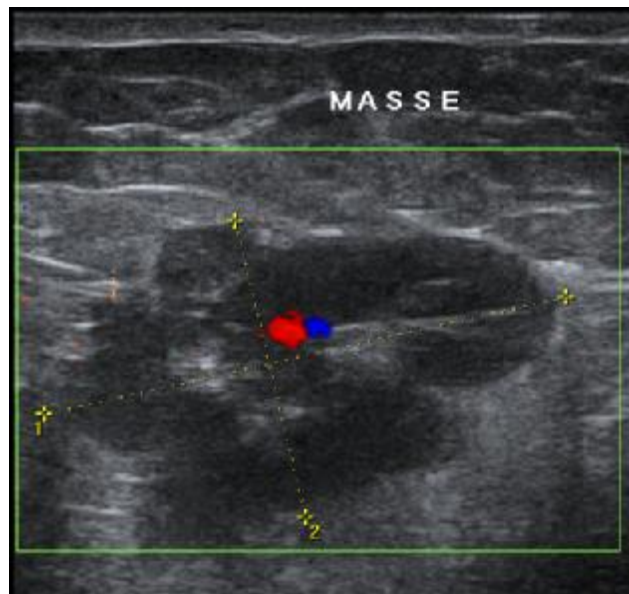
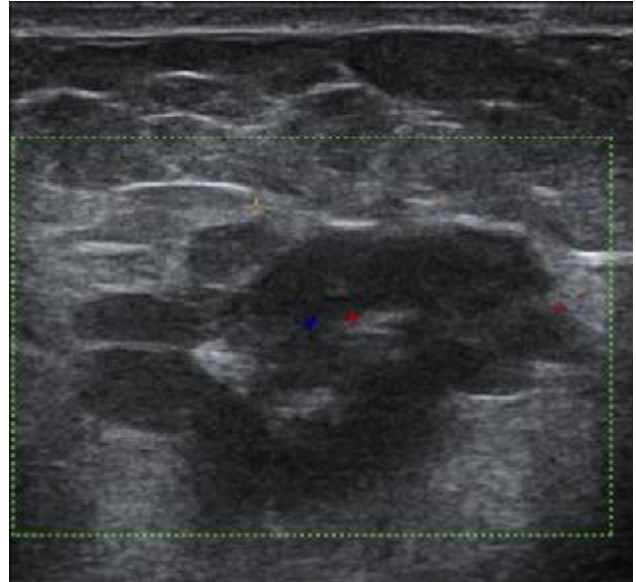
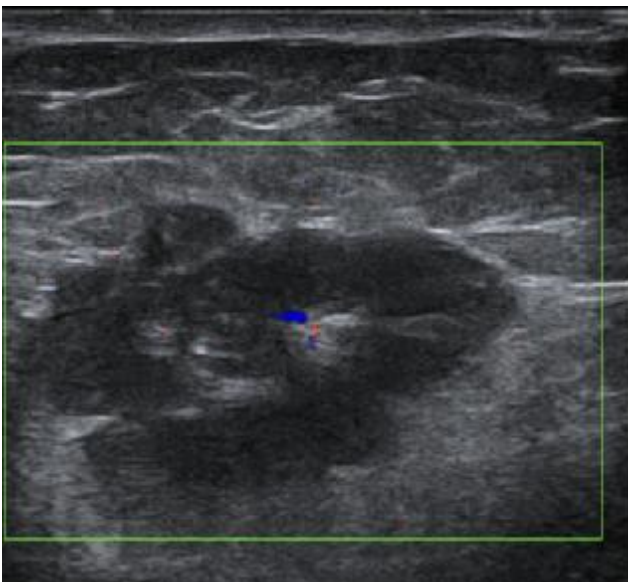
Evolution :

Le résultat post opératoire immédiat fut jugé satisfaisant.

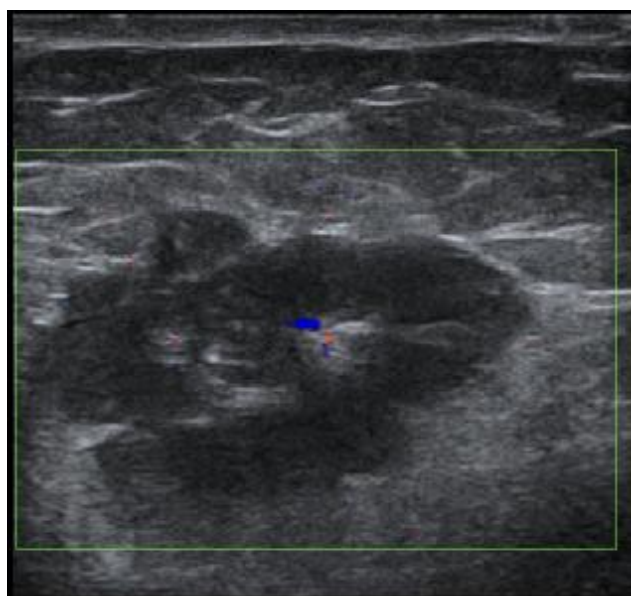
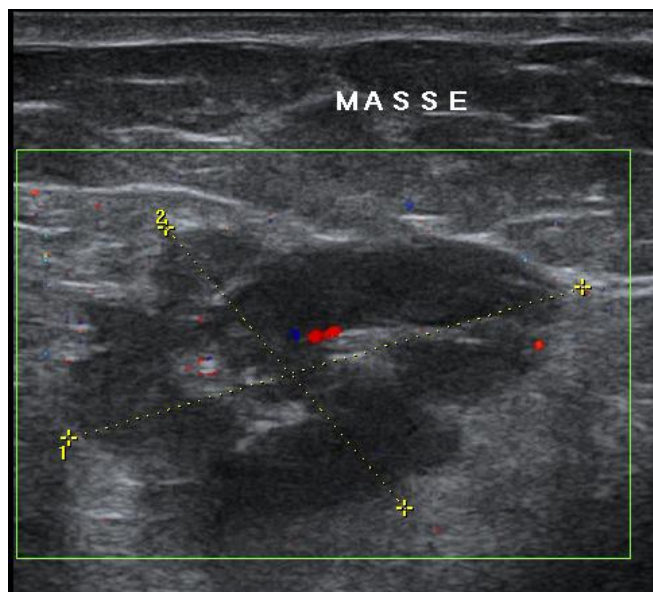
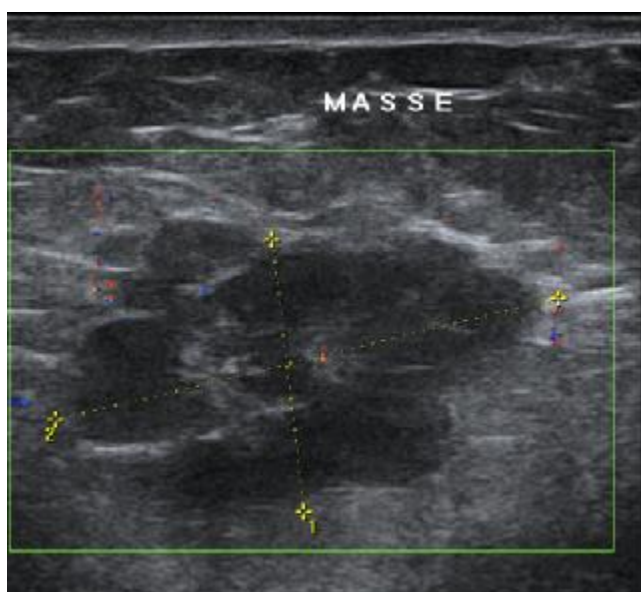
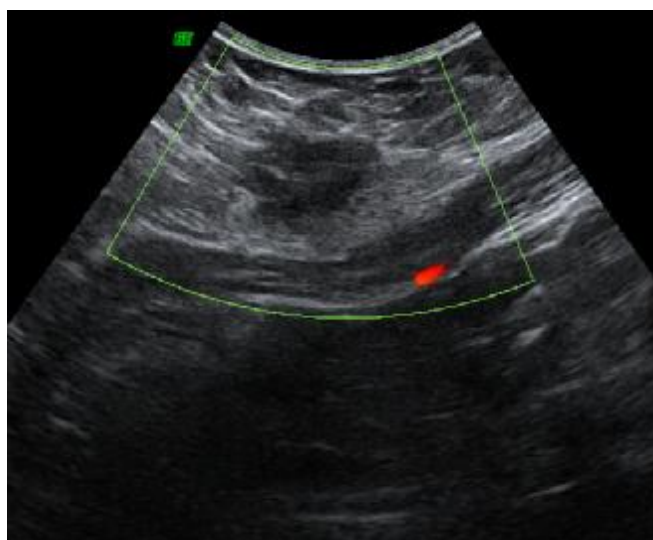
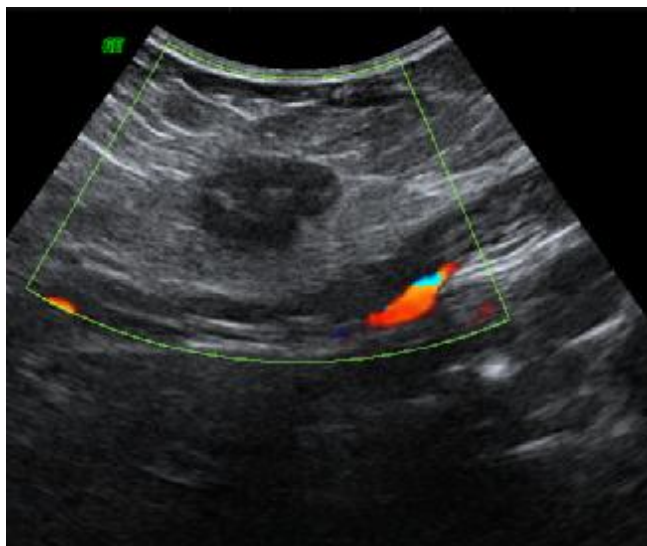
Lors de sa dernière consultation (recul de 10 mois), l'état de la patiente était jugé bon : pas de récurrence de douleurs.



Echographie de la paroi abdominale.



Echo-doppler de la masse montrant la vascularisation centrale artérioveineuse.



Echo-doppler de la masse pariétale.

Observation n°2 :

Mme T.F âgée de 36 ans mère d'un enfant de 2 ans, hospitalisée à la suite de la découverte fortuite d'une masse de la fosse iliaque droite en regard de la cicatrice de césarienne (Pfannestiel).

Dans les antécédents chirurgicaux la patiente rapporte une césarienne il y a dix huit mois.

L'examen clinique a trouvé une tuméfaction de la paroi abdominale de 4 cm de grand axe au niveau de la région sus décrite, ferme et fixe.

L'examen gynécologique n'avait objectivé aucune anomalie.

Le reste de l'examen était sans particularité. Ce constat clinique avait nécessité ainsi la réalisation d'un bilan.

Investigations para cliniques :

A. Radiologique.

L'échographie a montré une image tissulaire hypoéchogène à contours irréguliers mesurant 51/52 mm, alors que l'exploration des organes abdomino-pelviens a été sans particularités.

B. B. Ana pathologique.

L'étude histologique a conclu à une greffe endométriosique.

Traitement :

Une ablation de la masse a été décidée, l'exploration l'a trouvé fixée à l'aponévrose.

Evolution :

L'évolution est jugée bonne (sans récurrence) avec un recul de 13 mois.



Echographie de la masse pariétale.

DISCUSSION

I/ EPIDEMIOLOGIE.

A/FREQUENCE. (16) (17)

La fréquence réelle de l'endométriose dans la population générale n'est pas connue car un bon pourcentage de femmes porteuses d'endométriose sont asymptomatiques et ne sont pas conscientes de son existence. Bien que l'endométriose soit fréquemment associée à l'infertilité, plusieurs femmes deviendront enceintes sans traitement et la maladie ne sera pas diagnostiquée. De plus, la fréquence est très dépendante des outils diagnostiques utilisés, de la population étudiée, de l'intérêt et des connaissances du médecin concernant les différents aspects cliniques de la maladie. Par conséquent, les chiffres obtenus ne représentent pas la fréquence de la maladie dans la population générale.

Elle est de 2% dans la population féminine générale, de 10 à 20% pour les femmes en période d'activité génitale et de 30 à 40% pour les femmes infertiles. Il est estimé que 5 millions de femmes en USA sont affectées par cette maladie.

L'endométriose est la 2ème pathologie pelvienne la plus fréquente chez les femmes. Il n'existe cependant aucune donnée relative à la prévalence spécifique de l'endométriose pariétale abdominale dans la population générale mais le fait que sa fréquence représente 2% de toute la pathologie donne une certaine idée de son importance relative.

La localisation pariétale abdominale fait partie des localisations cutanées (cicatrice, ombilic, vulve, creux inguinal), moins habituelles que celles des ovaires, des ligaments utérins (utéro sacrés, ronds et larges), de la cloison recto-vaginale, du cul de sac, du péritoine pelvien de l'utérus, des trompes, du recto sigmoïde, de la vessie du colon et de l'intestin grêle.

L'endométriose pariétale concernant avant tout les localisations sur cicatrices chirurgicales et celles ombilicales voire inguinales ; cependant un petit nombre de cas survient en dehors de tout contexte d'antécédents chirurgicaux.

L'endométriose sur cicatrice chirurgicale est plus fréquente que ne le montrent les chiffres.

La fréquence d'endométrioses sur cicatrices chirurgicales est rapportée à hauteur de 5% chez les femmes ayant subi une césarienne ou une hystérectomie.

Les endométrioses sur cicatrice chirurgicale survenant après césarienne ont une incidence estimée entre 0,03% et 4%. L'incidence exacte de l'endométriose sur cicatrice chirurgicale après hystérectomie n'est pas bien précisée au niveau de la littérature médicale, étant donné sa rareté relative.

B/FACTEURS DE RISQUE. (16) (17)

B-1/AGE.

C'est une pathologie de la femme en activité génitale, selon le GEE (groupe d'étude d'endométriose), 50% des femmes souffrant d'endométriose sont âgées de 20 à 40 ans, alors que pour KICHUKOVA, 79,1% des malades appartiennent à une tranche d'âge de 31 à 50ans.

L'âge moyen des cas rapportés d'endométriose pariétale est compris entre 31, 7 et 34 ans, pour un intervalle de 17 à 68 ans. Il n'existe pas d'endométriose avant la puberté et la fréquence générale de la maladie après la ménopause est estimée entre 2 et 4%.

B-2/ETHNIE.

L'endométriose est plus fréquente chez la race blanche, chez les femmes d'origine caucasienne. En revanche Majmudar trouve que la salpingopathie

isthmique noueuse se rencontre plus dans la race noire .des études démontrent aussi une grande fréquence de l'endométriose en Asie du Sud-est (Vietnam et Japon).Cependant, il n'existe pas de précision concernant l'endométriose pariétale.

B-3/ FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES. (18) (19) (20)

Elle est plus fréquente chez les femmes de haut niveau socioéconomique ayant reçu un niveau d'éducation plus élevé. Cette notion est confirmée par l'étude multicentrique du GEE. En effet, 42,6% des patientes ont fait des études secondaires et 19,4% des études universitaires, alors que les chiffres de référence pour l'ensemble de la population sont respectivement de 15,5% et 8,6% ; la signification de cette différence est grande ($p < 0,001$).

Cette information peut cependant être biaisée par la plus forte tendance à consulter des femmes instruites.

B-4/ FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET TABAGISME.

A côté de ces notions classiques, une place de plus en plus grande est réservée aux facteurs comportementaux comme le tabac (à âge égal, il y a plus d'endométrioses et plus de formes sévères chez les femmes qui fument que chez les autres) et aux facteurs environnementaux : La pollution par la dioxine, résidu naturel des combustions de forêts et des éruptions volcaniques, artificiel de l'industrie des carbones, dont quelques ppt de plus(1ppt=une partie par trillion) traînent actuellement dans l'air qui nous entoure, l'eau que nous buvons, les légumes que nous mangeons, par l'augmentation des combustions et les innombrables produits chimiques déversés par la civilisation .(21)

B-5/ANTECEDENTS.

a/ familial. (22) (23)

SIMPSON et COLL trouvent une fréquence plus élevée de l'endométriose lorsqu'il existe des antécédents familiaux (6 fois en cas d'antécédents chez la mère).

L'atteinte d'une parente du premier degré multiplie par 5 selon LAM (1986), ou, par 7 selon CRAMER (1986), le risque relatif et expose à des lésions plus graves.

Les études familiales ont montré que cette condition se transmet selon le mode polygénique et multifactoriel. Lamb pense toutefois que ce sont les habitudes familiales de vie qui expliquent cette différence, plutôt que le facteur génétique.

Aucune étude concernant le système HLA n'a pu établir de lien entre ce système et l'endométriose.

Ainsi que l'exposition in utero au DISTILBENE serait selon STILLMAN, un facteur favorisant: 50% des femmes infertiles exposées au DISTILBENE auraient une endométriose.

b/personnel.

1/ gynécologique.

L'histoire menstruelle influence fortement la survenue d'endométriose. Ainsi le risque de développer cette pathologie serait double chez les femmes ayant des cycles de moins de 27 jours et des menstruations de plus de 8 jours. La survenue des premières règles avant 11ans augmente légèrement le risque relatif à 1,3. Ceci a été constaté par CRAMER en 1986 sur une étude s'étendant de 1970 à 1980.

Toute malformation basse et obstructive du tractus génital augmente le risque d'atteinte. Selon SCHIFRIN en 1973, 6 adolescentes sur 20, présentant une endométriose, avaient de telles malformations (atrésie cervicale ou vaginale...). Ces anomalies qu'elles soient congénitales ou acquises constituent un obstacle à l'écoulement du sang menstruel qui par conséquent, va refluer dans les trompes

avant d'être déversé dans la cavité péritonéale, ce sang menstruel est riche en cellules endométriales capables de s'implanter au niveau du péritoine et des viscères pelviens et même de répondre aux stimuli hormonaux.

Ø Contraception.

L'endométriose est œstrogéno-dépendante et tout facteur réduisant le taux d'œstrogène diminue le risque d'endométriose. Ainsi, la pilule faiblement dosée diminue ce risque alors que le DIU l'augmente en augmentant l'abondance et la durée du flux menstruel. (27) (28) (22)

Ø Chirurgical.

Comme l'a constaté CONSELLER, l'incidence de la maladie est élevée chez les femmes déjà opérées pour un problème gynécologique ou obstétrical (curetage, épisiotomie, césarienne, hystérectomie avec conservation ovarienne....). (24).

Cette incidence élevée peut s'expliquer par la dissémination iatrogène de cellules endométriales viables lors de l'acte chirurgical et qui vont se greffer sur la cicatrice pour développer des foyers endométriosiques au niveau de la cicatrice d'épisiotomie ou même au niveau de la paroi abdominale. (25) (26).

1. Césarienne. (29 ; 30 ; 31, 32 ,33)

La fréquence d'antécédents de la césarienne en cas d'endométriose pariétale est très variable selon les études : de 0,03 à 0,4% pour certains ; jusqu'à 1% voire pour d'autres.

Cependant la plupart notent que l'endométriose pariétale est plus fréquente après l'hystérectomie du deuxième ou au début de troisième trimestre. A l'encontre de ceci, Yang et collaborateurs rapportent une prédominance de l'endométriose après césarienne à terme.

Les cicatrices cutanées impliquées sont localisées au niveau des incisions de Pfannenstiel, mais aussi des laparotomies médianes sous ombilicales, moins pratiquées de nos jours. D'autres incisions beaucoup plus rares peuvent être concernées : incision de BASTIEN et de MOUCHEL, incision de RAPIN-KUSTNER, incision de PANDOFO. Les cicatrices utérines sont surtout celles d'hystérectomies segmentaires transversales ; beaucoup moins celles segmentaires verticales.

2. Hystérectomie. (34)

L'incidence exacte de l'endométriose sur cicatrice chirurgicale après hystérectomie n'est pas bien précisée, étant donné sa rareté relative.

Cependant, CHATTERJEE a rapporté que les avortements du second semestre et les stérilisations via une hystérectomie abdominale étaient la procédure chirurgicale générant le plus d'endométriose cicatricielle, suivies des épisiotomies.

3. Laparoscopie. (6)

Le premier rapport d'endométriose sur voie de trocart de laparoscopie est l'œuvre de HEALY et COLL. Etant données la fréquence de l'endométriose et son hétérotopie, cumulées avec le recours accru à cette modalité, l'on devrait s'attendre à une augmentation de l'incidence de l'endométriose par son biais, en l'absence de certaines précautions.

4. Amniocentèse. (35)

L'amniocentèse est une modalité d'investigation réalisée de coutume lors de l'évaluation et du diagnostic précoce des anomalies chromosomiques fœtales.

Les complications habituellement rapportées de l'amniocentèse sont le travail prématuré, une lésion placentaire et /ou fœtale, l'infection et l'hémorragie. La complication mineure la plus fréquente est le spotting. Le premier cas démontrables d'endométriose faisant suite à deux procédures d'amniocentèse a été publié en

1997 par HUGHES et COLL. Cette complication potentielle doit être gardée à l'esprit chaque fois que l'on réalise ce geste.

5. Avortement. (36, 35)

En 1977, FERRARI et COLL rapportèrent un cas d'endométriose pariétale après un avortement du second trimestre par solution hyper saline. Lors de ce cas, une aiguille de calibre 18 avait été utilisée, tant pour aspirer le liquide amniotique que pour injecter la solution hyper saline afin de provoquer l'avortement.

2/ obstétrical.

La grossesse a toujours été considérée comme jouant un rôle prophylactique vis-à-vis de l'endométriose, il est classique de dire qu'il s'agit d'une maladie de la femme nullipare ou paucipare.

De même, l'âge tardif de la 1ère maternité représente un facteur de risque de l'endométriose.

La fréquence de l'infertilité inexplicée est de l'ordre de 28 à 30% chez les femmes atteintes d'endométriose, alors qu'elle est de 10 à 15% dans la population féminine générale.

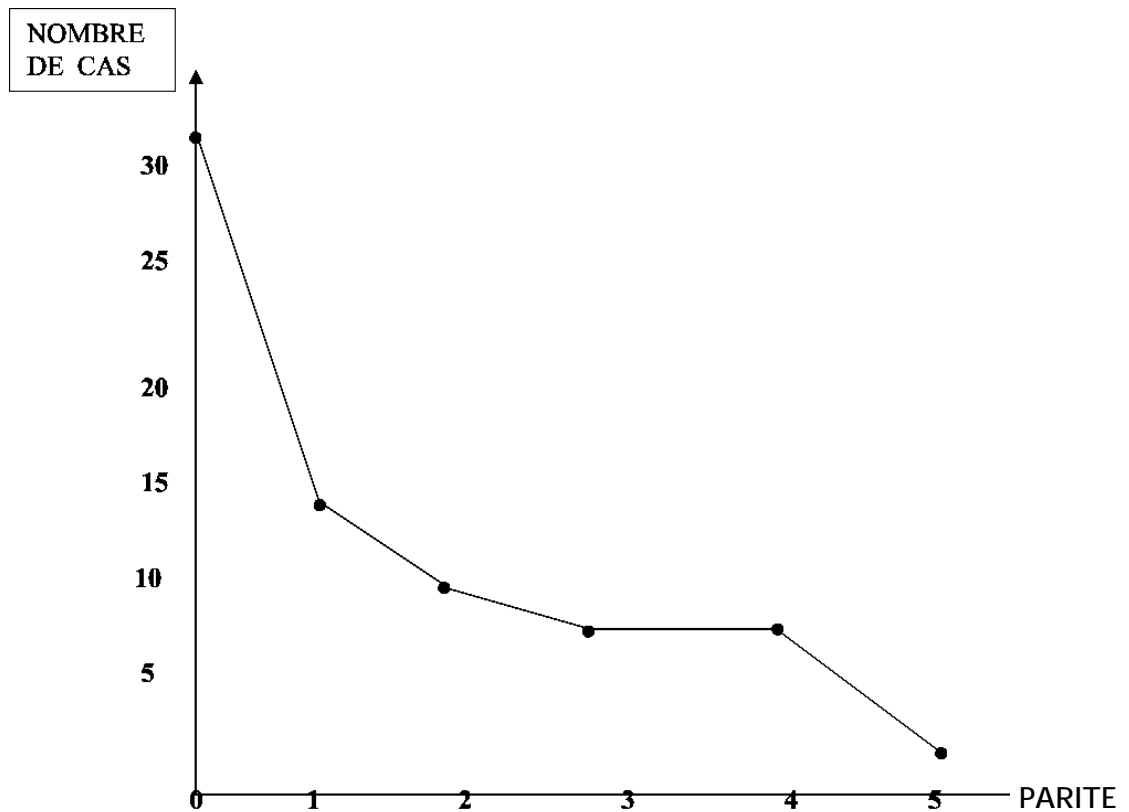


Figure 3 : Fréquence de l'endométriose en fonction de la parité

3. Antécédents chirurgicaux.

1. Appendicectomie. (29)

Il est rare que l'endométriose soit observée sur des cicatrices d'appendicectomies. Le délai entre l'intervention causale et l'endométriose est très variable, entre 6 mois et 6 ans.

Cependant, LAMBLIN et COLL avaient noté un délai de 26 ans lors d'un cas.

2. Cure de hernie. (37)

STECK et al ont publié dès 1966 des cas d'endométriose pariétale après réparation de hernie inguinale. Leur prévalence n'est pas toutefois spécifiée au niveau de la littérature.

3. Traumatisme chirurgical. (38, 39)

En général tout antécédent de traumatisme abdomino-pariétale est un facteur favorisant potentiel de l'endométriose dans cette localisation.

Les délais entre la procédure chirurgicale et le diagnostic, habituellement rapportés au niveau de la littérature s'échelonnent de 6 mois à 22 ans avec des moyennes proches de 5 ans.

4. Antécédents non chirurgicaux. (40; 37)

Le principal antécédent non chirurgical à rechercher ici est évidemment celui d'endométriose.

Il convient également ici de signaler de rares cas d'endométrioses survenus en dehors de tout antécédent chirurgical ou tout geste particulier sur la paroi abdominale.

STECK et COLL ont publié une série de grande envergure de cas d'endométriose cutanée. Sur les 82 patientes, 56 d'entre elles avaient des endométrioses sur des cicatrices chirurgicales, tandis que 21 survinrent spontanément.

II/ PATHOGENIE.

L'endométriose est une pathologie mystérieuse du fait de ses nombreuses localisations (génitale quelle soit extra-péritonéale ou péritonéale et extra-génitale).

Depuis la fin du 19^{me} siècle, de nombreuses théories se sont succédées, pour tenter d'expliquer la pathogénie de l'endométriose.

A/ THEORIE DE LA METAPLASIE COELOMIQUE.

Proposée pour la première fois par WALDEYER en 1870, elle est donc la plus ancienne.

Cette théorie évoque la potentialité du revêtement épithélial de la cavité coelomique de se métaplasier en tissu endométrial avec des glandes et un stroma

suite à une irritation répétée (infectieuse, inflammatoire, hormonale ou par le reflux de sang menstruel lui-même).

La théorie de la métaplasie cœlomique peut expliquer la survenue de l'endométriose chez la femme ayant une agénésie mullerienne, chez celle ayant une agénésie utérine ou possédant un utérus hypoplasique non fonctionnel ou les rares cas d'endométriose chez l'homme.

Cependant des problèmes restent à éclaircir :

Si les cellules péritonéales se métaplasient aisément en cellules endométriales, on devrait observer plus fréquemment l'endométriose chez l'homme, bien que plusieurs cas d'endométriose histologique ont été rapportés chez l'homme souffrant d'un carcinome prostatique et recevant pour son traitement une dose élevée d'œstrogène.

La maladie est propre de la femme en période d'activité génitale et son incidence n'augmente pas avec l'âge, contrairement à ce qu'on attendait.

La distribution non uniforme des implants endométriosiques ectopiques sur la surface péritonéale. L'utérus serait adhérent au péritoine pariétal et à chaque épisode de menstruation le sang refluant par les trompes suivrait les replis péritonéaux et les adhérences pour imprégner les cicatrices.

Même si la membrane cœlomique forme les deux cavités péritonéale et thoracique, l'endométriose touche principalement les organes pelviens.

B/ THEORIE DE LA TRANSPLANTATION. (41)

C'est la théorie la plus largement acceptée.

Plusieurs modes de dissémination sont décrits :

ü La voie lymphatique qui peut expliquer certaines localisations de l'endométriose, à titre d'exemple : l'endométriose ombilicale et celle touchant les ganglions pelviens.

ü Les voies veineuses et artérielles responsables de diverses localisations de l'endométriose qui sont cependant rares ou exceptionnelles : les poumons, la peau, l'espace vertébral, les muscles de l'avant bras, l'appareil urinaire...

ü La dissémination iatrogène au moment d'une intervention abdominale ou pelvienne à l'origine des localisations endométriosiques au niveau de la paroi abdominale, de la cicatrice d'épisiotomie.

Ces voies expliquent comment des foyers d'endométriose peuvent siéger en dehors du pelvis.

ü La théorie de l'extension directe attire l'attention sur la capacité du tissu endométriosique à envahir des organes de voisinage : vessie, uretère, tube digestif.....

ü La dissémination par voie tubaire ou la théorie de transplantation de SAMPSON : décrite dès 1921, SAMPSON avait suggéré que des cellules endométriales viables refluent, pendant la menstruation, à travers des trompes perméables pour arriver dans la cavité pelvienne où elles vont se greffer sur un organe pour proliférer et aboutir à des foyers d'endométriose.

Le reflux menstruel, événement physiologique fréquent, est retrouvé chez 90% des femmes ayant des trompes perméables et chez qui une laparoscopie a été réalisée pendant la période de menstruation.

Trois conditions doivent être réunies dans cette théorie :

ü La survenue du reflux menstruel

ü Le reflux menstruel doit contenir des cellules endométriales viables.

ü La greffe de ces cellules et leur prolifération.

La viabilité du tissu endométrial qui reflue dans la cavité péritonéale paraît très importante dans la théorie de SAMPSON qui disait: "si tout fragment de la muqueuse mullerienne transporté par le sang menstruel et arrivant dans la cavité péritonéale meurt toujours, la théorie d'implantation que j'ai présentée meurt aussi et doit être barrée et oubliée".

C/ THEORIE DE L'INDUCTION.

Evoquée dès 1955 par LEVANDER et NORMAN, c'est une combinaison des deux théories précédentes qui a été réactualisée par MINH. En se fondant sur des travaux d'embryogenèse, il a montré que l'endométriose se développe sur place à partir du blastème mullerien qui se trouve dans la paroi tubaire, sous l'incitation de substances de dégradation présentes dans le sang menstruel et régurgitées dans la trompe à travers l'ostium uterinum. Il généralise ensuite cette théorie sur toutes les autres localisations de la maladie. ainsi les foyers d'endométriose, qu'ils soient internes ou externes, qu'ils siègent au niveau de l'utérus, dans les trompes ou sur le péritoine pelvienne se développeraient pas à partir de l'implantation des produits menstruels refoulés par les trompes, mais se sont très probablement des substances chimiques ou protéiques libérées par les cellules dégénérées de l'endomètre nécrosé qui induisent la métaplasie du mésothélium péritonéal chez des femmes présentant une déficience humorale ou de l'immunité cellulaire.

D/ THEORIES DYSEMBRYOPLASTIQUES. (9) (24)

ü Théorie de RECKLINGHAUSEN (1895) : l'endométriose serait secondaire à la prolifération tissulaire des résidus du corps de Wolff.

ü Théorie de CULLEN (1896) : les foyers de l'endométriose seraient des résidus du canal de Muller.

Bien que toutes ces théories proposées sont vraisemblable, plus qu'un mécanisme peut être responsable du développement de l'endométriose urétérale chez la même patiente.

E/ FACTEURS SURAJOUTES.

Malgré la fréquence du reflux du sang menstruel chez les femmes(HALME), elles ne développent pas toutes une endométriose. Même chose pour celles qui ont subi une intervention chirurgicale. Il existe, donc, en plus des théories citées plus haut, des facteurs susceptibles d'expliquer les conditions nécessaires au développement de l'endométriose.

Actuellement, il n'existe pas d'étude précise concernant l'incidence de ces facteurs sur la maladie mais de nombreuses hypothèses pathogéniques les mettent en cause.

E-1/ prédisposition génétique. (9)

J. L. SIMPSON puis L. R. MALINAK ont montré que la fréquence d'endométriose était plus importante lorsqu'il existe des antécédents familiaux.

L'atteinte serait d'ailleurs plus sévère que dans un groupe témoin. Mais, le facteur génétique n'est pas formellement établi. Aucune association avec un antigène HLA n'a pu être montrée à ce jour.

E-2/ profil immunologique. (24)

Des travaux récents suggèrent l'association d'anomalies du système immunitaire avec l'endométriose.

α/ altération de l'immunité humorale. (42) (43) (44) (45) (46) (47)

Pour la première fois, en 1980, par la technique d'immunofluorescence, WEED et ARQHEMBOUR constatent une altération de l'immunité humorale : la présence ectopique des protéines des cellules endométriales entraîne une réaction auto-immune AG-AC avec sécrétion d'immunoglobulines (A, G et M) se combinant avec la fraction C3 du complément pour se déposer sur les cellules endométriales.

Deux ans plus tard, par les méthodes d'hémagglutination passive et d'immunofluorescence, S. MATHUR et d'autres équipes retrouvent, chez des femmes atteintes d'endométriose, des IgG et IgA anti ovaires et anti endomètre, dans le sérum, les sécrétions vaginales et la glaire cervicale.

Ce n'est qu'en 1988, par l'utilisation de la technique de WESTERNBLOT, que MATHUR et coll. démontrent que la réponse auto-immune générale et locale, chez les femmes atteintes d'endométriose, est principalement dirigée contre les AG endométriaux aux poids moléculaires de 26 et 34. (Découverte d'AC contre ces AG spécifiques dans 87% des sérums et 100% du liquide péritonéal de ce même groupe de femmes).

N. GLEICHER a défini la nature des anticorps. Ils seraient dirigés contre des phospholipides, des histones et des nucléotides.

De plus, en 1987, il met en évidence la présence d'anticoagulant circulant et d'anticorps nucléaires en quantité importante chez les femmes atteintes d'endométriose.

G. P. WOOD a montré que les singes rhésus, après irradiation, développent plus d'endométriose que le groupe témoin.

FANTON (49) confirme cette affirmation: 53% d'endométriose, 17ans après l'exposition, contre 26% dans le groupe non irradié. Endométriose sévère dans 65%, modérée dans 16% et minime dans 19%des cas.

BARBIERI et coll. (1985) a montré l'existence d'un anti corps monoclonal OC 125, élaboré à partir d'un AG membranaire CA 125, détecté en quantité importante chez 49% des femmes atteintes d'endométriose.

MASAHACHI (1988) a retrouvé des taux très élevés surtout dans les stades 3 et 4 des atteintes endométriosiques. Le CA 125 n'est malheureusement ni spécifique, ni très sensible pour le diagnostic de l'endométriose. L'utilisation actuelle de ce marqueur semble donc être indiquée dans la surveillance de la réponse au traitement, en particulier avec le DANAZOL. On observe alors une baisse significative des concentrations initiales très élevées.

GRIMES et coll. Ont remarqué une fréquence deux fois plus élevée que la normale de lupus érythémateux chez les femmes atteintes d'endométriose. La grande variété d'anticorps rencontrée dans l'endométriose suggère l'activation d'une cellule polyclonale B, caractéristique d'une maladie auto-immune.

Cette pathologie présente donc les caractéristiques des maladies auto-immunes:

- Activation des cellules polyclonales,
- Atteinte tissulaire,
- Participation de multiples organes,
- Prépondérance féminine,
- Maladie familiale,
- Association plus fréquente avec d'autres maladies auto-immunes (diabète, polyarthrite rhumatoïde...)

β / altération de l'immunité cellulaire. (45) (9)

Evoquée pour la première fois en 1980 par STARSTEVA.

En 1981, W. P. DMONSKI et STEELE constatent une baisse de l'intradermoréaction, après injection d'AG endométriaux, chez les signes rhésus, ce

défaut de stimulation des lymphocytes en présence d'AG endométriaux est retrouvé chez la femme avec endométriose. Il n'existe pas d'autres signes apparents de déficit d'immunité.

Parallèlement, l'étude du liquide péritonéal a mis en évidence une augmentation de l'activation des macrophages influant, par l'intermédiaire de facteurs métaboliques (prostaglandines, interleukines, fractions du complément...), sur l'environnement au niveau de la cavité péritonéale (ZELLER et coll.).

Le système immunitaire intervient donc dans la physiopathologie de l'endométriose mais sa place exacte n'est pas encore totalement définie. DMONSKI W. P propose l'hypothèse suivante:

- Reflux menstruel,
- Implantation des cellules endométriales en position ectopique, normalement détruites, ne peut s'observer que lors d'un déficit du système immunitaire; transmis génétiquement selon un mode multifactoriel.
- Apparition d'anticorps secondaires à cette implantation et qui interviendraient par la suite dans la physiopathologie de la stérilité.

E-3/ facteur anatomique. (48) (49)

Toute malformation du tractus génital de localisation basse et caractère obstructif favorise les foyers d'endométriose :

- Hymen non perforant.
- Cloison vaginale.
- Adhésie cervicale, aplasie vaginale.

E-4/ profil hormonal.

Toute modification hormonale de l'environnement favoriserait le développement de l'endométriose.

KONNINCKX, en 1978, a décrit les relations entre cette maladie et le LUF-syndrome (Luteinised Unruptured follicle syndrome): au cours de ce syndrome, dans le liquide péritonéal, les concentrations de progestérone et 17 bêta -œstradiol sont diminuées pendant la phase lutéale précoce. Ce qui favoriserait la greffe de fragments d'endomètre, nombreux dans le liquide péritonéal.

A l'inverse, l'endométriose pourrait induire le LUF-syndrome: donnez, en 1987, en étudiant 81% des corps jaunes de la lapine, n'a observé qu'un ovocyte chez l'animal avec endométriose contre 58% dans le groupe témoin.

SCHENKEN et coll., induisant une endométriose chez les singes, ne constatent pas de LUF-syndrome dans les formes légères, mais en observent dans 46 à 50% des cas dans les formes modérées ou sévères.

Pour d'autres auteurs, comme DMONSKI (1980), la relation entre l'endométriose et le LUF-syndrome n'est pas aussi évidente, puisque l'incidence du LUF-syndrome serait la même en présence ou non de foyers d'endométriose.

III/ Clinique.

Généralement la tumeur est de petit volume soit environ 2 cm de diamètre. Classiquement la lésion est décrite comme une masse apparaissant en regard d'une cicatrice qui augmente de volume et devient douloureuse de façon cyclique, en concomitance avec les règles. Le caractère cyclique de la douleur est un élément important d'orientation mais il est loin d'être indispensable pour évoquer le diagnostic. Enfin, lorsque la lésion est très superficielle il est possible d'observer de façon cyclique un changement de teinte de la lésion qui devient bleuâtre et peut

même se fistuliser à la peau sous forme d'un écoulement sanglant. La palpation de la lésion doit permettre d'en apprécier la taille et la localisation en profondeur, la lésion envahissant fréquemment les muscles abdominaux et leur gaine. Les principaux diagnostics différentiels d'une masse associée à une cicatrice abdominale sont : les hernies, les granulomes sur fils, les abcès, les hématomes, les neurinomes, les kystes épidermoïdes et enfin plus rarement des tumeurs malignes (sarcome, métastases de carcinomes). En cas de tableau typique, le diagnostic peut être facile à évoquer. Mais, il est parfois plus difficile. Dans 37% des cas le diagnostic est de découverte anatomopathologique.

A/Étude clinique. (54 ; 31)

Les symptômes classiques de l'endométriose sont la dysménorrhée, la dyspareunie et l'infertilité. L'endométriose isolée sur cicatrice, peut quand à lui se manifester par une masse asymptomatique ou douloureuse au niveau de la cicatrice. Dans le cas d'endométrioses très superficielles, un saignement cyclique et /ou une ulcération peuvent survenir. Cependant, 26% des patientes ayant un endométriome pariétal sur cicatrice ont aussi une endométriose pelvienne, qui peut se manifester par la triade symptomatique classique, associées aux symptômes sous cutanés, ces derniers pouvant dans ce cas être ignorés ou relégués au second plan.

Le mode de présentation de l'endométriose pariétale peut être typique ou atypique.

1. Typique. (55 ; 56 ; 57 ; 58 ; 40)

- Douleur.

Tout comme la présence d'une masse, elle représente l'un des deux symptômes les plus rapportés. Elle est suggestive quand elle est apparue quelques mois à quelques années après un acte chirurgical abdominal, siège sur où à

proximité d'une cicatrice de chirurgie gynécologique. La douleur est en général intense, localisée, avec une sensibilité maximale au moment des menstruations, elle sera de moins en moins évocatrice en absence de l'une ou plusieurs de ces spécialités.

La douleur était le ou l'un des signes de manifestations de la pathologie dans 69,2% des cas rapportés par DWIVEDI ; dans 87,5%(constante 50%, fluctuante 37,5%) des cas dans la série de PATTERSON.

Pour notre 1^{ère} patiente, typiquement, on est en présence d'une patiente aux environs de la trentaine, se plaignant d'un syndrome tumoral très localisé, siège à proximité de la cicatrice de césarienne type pfannestiel tendu et douloureux, majoré au moment des règles.

- Masse tumorale.

Une masse ou une voussure intra ou para cicatricielle fluctuante avec les menstruations est l'autre signe orientant significativement vers une endométriose pariétale. Encore une fois, cette présentation sera moins suggestive de la maladie en fonction de l'absence d'une fluctuation, d'une association à la douleur ou encore d'une cicatrice.

Une masse qu'elle soit douloureuse ou non, était le signe de présentation de la maladie dans 84,6% des cas au cours de l'étude rapportée par DWIVEDI, dans tous les cas de la série de PATTERSON.

Ainsi, la présence d'une masse abdominale pariétale douloureuse était rencontrée dans 53,84% des cas de la série de DWIVEDI, dans 87,5% des cas de celle de PATTERSON.

Le symptôme de présentation chez les 6 patientes de WASFIE était une douleur progressive associée à une masse ferme située au niveau de la cicatrice de césarienne (syndrome tumoral douloureux), mais sans caractère cyclique. Notons,

toutefois que dans près de la moitié des cas, cette symptomatologie évocatrice est absente. Ceci nous conduit à déterminer les autres modes de présentations possibles de l'affection.

Les dimensions de la masse sont très variables. Sa palpation dépend quand à elle de sa profondeur de localisation et de moment du cycle au cours duquel l'examen est effectué. Notre 2^{ème} patiente présentait une forme tumorale de la maladie.

La douleur est le symptôme de présentation chez 54% des patientes. Elle est exacerbée durant la période menstruelle chez au moins 40% des patientes.

Le caractère cyclique de la douleur et la variation de volume de la masse en fonction des menstruations, peuvent être considérés comme pathognomonique.

2. Atypique. (58 ; 31)

Lorsque la tumeur se trouve à distance de la cicatrice ou en absence de cette dernière ; devant une patiente très jeune âgée, et/ou sans antécédents de chirurgie abdominale ; qu'il n'existe pas de notion de majoration de la symptomatologie au moment des règles, le diagnostic d'endométriose de paroi est souvent confondu avec d'autres pathologies. L'errance diagnostique est confortée par le fait que les patientes sont en général orientées dans des services de chirurgie générale dans ces conditions, avec des évocations diagnostiques autres allant de la hernie cicatricielle jusqu'aux tumeurs malignes.

B. EXAMEN CLINIQUE.

1. Examen abdominal. (40 ; 59)

Il est entamé à distance de la zone douloureuse et s'effectue la main à plat. L'inspection permet de détecter toute cicatrice ou toute distension.

En présence d'une masse, sa couleur, sa taille, son siège, sa mobilité et sa sensibilité sont examinées. L'endométriome peut être bleuté, rouge ou marron selon son évolution, la profondeur de son implantation sous la peau et la quantité de sang qu'il contient. Sa taille peut aller jusqu'à sa disparition entre les menstruations. Les masses comprises entre 500 et 2000 μm sont considérées comme des micro-endométriomes, tandis que celles de plus de 3 cm sont dites de grande taille.

Notre 2^{ème} patiente avait à l'examen clinique une masse aux dimensions conséquentes (4cm), au moment des menstruations et fixe par rapport aux deux plans profond et superficiel. BUMPERS et COLL ont rapporté le cas d'une masse de dimension de 9 × 12cm. Lors de l'étude de DWIVEDI et COLL, la plus petite masse avait des dimensions de 1,1 × 0,7 cm contre 5,9 cm pour celle ayant la plus grande taille. La masse objectivée chez notre 2^{ème} patiente fait partie des moyennes tailles qui aient été rapportées au niveau de la littérature.

La sensibilité rencontrée dans le cas d'endométriome pariétale est vive et localisée, d'intensité remarquable mais on ne note pas de coutume d'irradiation de la douleur, encore moins d'exacerbation à la détente brusque de la paroi abdominale.

La forme tumorale rencontrée chez notre 1^{ère} patiente se caractérisait par des douleurs exquises localisées à proximité de la cicatrice de césarienne type pfannestiel.

2. Examen gynécologique. (20)

Il est représenté ici par l'examen pelvien ainsi que celui des seins. L'examen pelvien se fait en position gynécologique et vessie vide.

En plus des caractères habituels investigués au cours de l'inspection des organes génitaux externes, l'examen dans le cadre d'une suspicion d'endométriose pariétale, à la recherche d'une autre localisation, s'attellera à retrouver des nodules bleuâtres au niveau des organes génitaux externes.

L'examen au spéculum rentrant dans le cadre de la recherche d'une localisation intra pelvienne associée, peut découvrir une endométriose sous forme de petits nodules marrons ou bleuâtres, ou au niveau de cul de sac vaginal postérieur sous forme de kyste à contenu bleu noirâtre. Les touchers vaginal et rectal révèlent parfois une rétroversion utérine fixée douloureuse à la mobilisation, parfois une induration douloureuse régulière ou nodulaire des ligaments utéro-sacrés. La dyspareunie profonde peut être produite par le toucher vaginal. Le toucher peut rarement révéler un gros ovaire kystique ou une infiltration de la cloison recto-vaginale.

C/Formes cliniques.

1. Evolution clinique.

a. Evolution naturelle. (60 ; 61)

L'évolution naturelle de l'endométriose est mal connue. Il n'existe pratiquement pas d'études cliniques de cette évolution naturelle dans le cadre spécifique de l'endométriose pariétale. Une méta-analyse de trois séries rapportés concernant les autres localisations a montré que les lésions s'aggravent dans 43% des cas, restaient stables dans 32% et régresaient dans 24%.

b. Complications de l'endométriose.

Ø Infertilité. (31 ; 20 ; 19 ; 62 ; 63)

Les deux pathologies sont incontestablement liées. D'après l'étude de GEE, l'endométriose était estimée être la cause de stérilité totalement dans 47% des cas, partiellement dans 28%.

Une autre étude prospective menée par JANSEN retrouve une fécondabilité de 12,1% pour les femmes sans endométriose contre 3,6% pour les femmes endométriosiques. Les auteurs expliquent l'infertilité dans le cas d'endométriose sévère par la présence de facteurs mécaniques (adhérences et obstructions) et de facteurs physiologiques (modifications du liquide péritonéal, LUF syndrome présent dans 50 à 70% des cas d'endométriose moyenne à sévère, anovulation). L'étude prospective de CHLLIK suggère toutefois que l'endométriose légère n'altère pas les fonctions reproductives.

Cependant, bien que l'endométriose pariétale appartienne aux formes légères de la maladie, des cas de grossesses survenant après stérilité secondaire puis cure d'endométriose pariétal ont été rapportés. Les relations entre l'endométriose légère et l'infertilité sont difficile à établir.

Ø Syndromes abdominaux aigus. (20)

Le kyste endométriosique de localisation ovarienne peut se rompre ou se tordre. Les localisations intestinales peuvent donner naissance à des tableaux d'appendicite aigue, d'occlusion intestinale. Cependant, ces tableaux de syndromes abdominaux aigus sont assez rares en cas de localisation pariétale.

Ø Dégénérescences des foyers endométriosiques. (20)

Elle est rare. MICHEL l'estime entre 3 et 8 pour mille. SAMPSON a évoqué pour la première fois une association dans une même tumeur de foyers endométriosiques et d'un carcinome endométrioïde de l'ovaire. SCULLY a rapporté 35 cas

d'adénocarcinomes (28 cas) et d'adénoacanthome (7cas) représentant une dégénérescence de foyers d'endométriose recto-vaginale.

2. En fonction de siège.

Ø Endométriose cicatricielle. (38)

C'est la forme de référence de l'endométriose pariétale. Elle est souvent méconnue par les chirurgiens généralistes et peut donc représenter un piège diagnostique. Le diagnostic est relativement facile dans le cas de la forme typique, chez la femme de 20 à 40 ans devant une symptomatologie cataméniale faite d'un nodule ou d'une tuméfaction bleu violacée. En revanche, dans la forme atypique et chez la femme plus jeune/âgée voire ménopausée, ce diagnostic est plus délicat voire exceptionnel.

Ø Endométriose ombilicale. (3, 38, 64 ; 65 ; 66 ; 67; 68 ; 69 ; 70 ; 71)

L'atteinte ombilicale est rare. Elle est estimée entre 0,5 et 1% de l'ensemble des localisations de la maladie. C'est une affection de la femme en période d'activité génitale avec une moyenne d'âge d'environ 40 ans.

Le syndrome douloureux focal est présent dans la quasi-totalité des cas. Jusqu'en 1995, un seul cas d'endométriose ombilicale asymptomatique avait été rapporté. La tumeur se développe en général lentement, avec des phases de poussées et de rémissions. La taille varie de 0,5 à 5 cm. Elle siège dans les plis de l'ombilic (endométriose péri ombilicale proprement dite) mais peut également se trouver à sa périphérie (endométriose péri ombilicale). Sa consistance est ferme. La sclérose péri lésionnelle peut faire surestimer la taille de la lésion.

On observe inconstamment un écoulement sanguinolent local au cours des menstruations.

L'ombilic est considéré comme une cicatrice physiologique et certains auteurs expliquent ainsi le tropisme de l'endométriose pour cette localisation. Elle est d'ailleurs assez souvent isolée, sans association avec une autre localisation de la maladie. Il a été rapporté une endométriose ombilicale sur une hernie sous jacente, en absence de toute cicatrice abdominale qui soit.

Ceci peut apporter une preuve suggérant que l'endométriose cutanée survient soit par transport vasculaire et/ou lymphatique des cellules endométriales, soit par contamination directe après contact avec la cavité abdominale via un défaut herniaire de la paroi. Sur le plan clinique, la masse ombilicale se comporterait de la même manière que l'endométriose en réponse aux stimulations hormonales cycliques.

Ø Endométriose du canal inguinal. (4 ; 72 ; 73 ; 74)

L'endométriose inguinale a été décrite pour la première fois par ALLEN en 1896, mais depuis lors, seulement 35 cas ont été rapportés. En 1991, Candiani et Coll ont rapporté 6 cas d'endométriose inguinale, tous présentant dans le même temps une endométriose intra péritonéale. Dans tous ces cas la maladie touchait la portion extra péritonéale du ligament rond. L'endométriose de la région inguinale est d'explication difficile quand il n'existe pas de foyers au niveau des ganglions pelviens. Une possibilité est représentée par l'extension directe le long des ligaments ronds, à partir de l'endométriose pelvienne. Moore et Coll. ont rapporté 5 cas d'endométriose rétro péritonéale, et seule une patiente présentait une endométriose inguinale sans endométriose pelvienne concomitante. Dans ces conditions, comme cela a été conclu par Moore et Coll., la pathogénie est plus probablement en rapport avec une dissémination vasculaire induite par le traumatisme chirurgical.

La littérature sur l'endométriose du canal inguinal décrit de manière similaire des douleurs cataméniales comme première manifestation de la maladie. Cette forme d'endométriose est difficile à détecter, avec un diagnostic préopératoire correct établi dans moins de 50% des cas. Le diagnostic présomptif le plus évoqué est une hernie incarcerated, suivi de la lymphadénite ou encore d'hydrocèle du canal inguinal. La détermination finale est de coutume réalisée seulement à l'étape anatomopathologique, soit à partir de la biopsie soit de l'exploration, avec mise en évidence histologique d'un tissu endométrial.

L'endométriose inguinale est probablement plus fréquente que supposé et peut nécessiter plus de questions directes posées aux patientes et un recours accru à l'IRM afin d'augmenter la précision du diagnostic. Cette technique a démontré toute son utilité, particulièrement lors des localisations extra péritonéales.

Ø Endométriose pariétale + autre localisation. (31)

L'endométriose pelvienne concomitante dans le cas d'endométriose sur cicatrice a été rapportée à la hauteur de 26%.

3. En fonction de l'âge.

Ø Endométriose pariétale de la femme âgée. (38)

L'endométriose est très rare après la ménopause. En effet, la composante cytochorionique régresse mais celle glandulaire peut persister. La réactivation de cette dernière sous l'effet d'un traitement hormonal substitutif ou en présence d'une tumeur surrénalienne ou ovarienne (type granulosa) sécrétante réalisant un terrain d'hyper estrogénie est connue. Le diagnostic est particulièrement difficile à établir. Dans notre contexte, ELABSI et al du CHU AVICIENNES ont rapporté un cas survenu chez une femme de 60 ans, 22 ans après une césarienne, par voie médiane et 20 ans après la ménopause.

D'après la littérature à notre disposition, le cas rapporté le plus âgé avait 68 ans.

Ø Endométriose de la jeune fille. (20)

A notre connaissance, aucun cas ne figure dans la littérature. Celle intra-pelvienne est très rare chez la jeune fille et serait favorisée par des malformations des organes génitaux internes.

Ø Endométriose pariétale de la femme enceinte. (20, 31, 75)

Certains auteurs estiment que la grossesse améliore l'endométriose. Mais des cas de rupture de kystes endométriosiques ont été signalés, celle-ci pouvant être liée à la décidualisation de sa muqueuse. En ce qui concerne l'endométriose pariétale et avant l'établissement du diagnostic, le problème principal est relatif à la présence d'une tumeur maligne et donc à la poursuite de la grossesse.

Ø Endométriose de l'homme.

Les rares cas d'endométriose masculine publiés sont liés à une œstrogénothérapie à fortes doses pour les carcinomes de la prostate et s'observent dans le tractus génito-urinaire. A notre connaissance, aucun cas d'endométriose pariétale masculine n'a encore été publié.

IV/ EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

A / Echographie.

ü 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, Il n'existe pas d'images pathognomoniques, mais elle permet un diagnostic de présomption en accord avec la clinique.

ü Elle permet de préciser :

- L'origine pariétale typiquement intra musculaire de la masse.
- Sa taille, ses contours, son extension et ses relations avec les structures adjacentes.

ü L'échographie de la paroi abdominale montre une image solide bien limitée, hypoéchogène et vascularisée avec pédicule vasculaire pénétrant la périphérie de la lésion. La vascularisation intra lésionnelle abondante et les lésions moins de 15 mm ne montrent pas d'aspect hyper vasculaire.

ü Autres aspects peuvent être observés: masse kystique ou poly kystique, masse mixte kystique et solide, Contours irréguliers spiculés, contours hyperéchogènes.

ü Ils dépendent de plusieurs éléments :

- Phase du cycle menstruel.
- Répartition entre les éléments du stroma et glandulaires.
- Importance de la réaction inflammatoire.

L'échographie est également utile pour le diagnostic différentiel : abcès, hématome, granulome sur suture, hernie, kyste sébacé, lipome, tumeur maligne.

B/ Tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique.

Le recours à la TDM a été aussi bien décrit au niveau de la littérature. Il peut être intéressant pour caractériser l'envahissement de la lésion en profondeur.

L'endométriose pariétale se présente sous forme une masse tissulaire ou kystique bien limitée, avec une prise de contraste par la portion tissulaire de la masse, mais il n'y a pas d'aspect pathognomonique. La tomodensitométrie montre une croissance hétérogène avec une densité variable dans les sections, correspondant à la paroi abdominale.

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 endométriomes, 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. Devant un tableau clinique typique, en dehors du diagnostic de localisation en profondeur de la lésion, les examens complémentaires apportent peu de renseignements et ont peu d'indications.

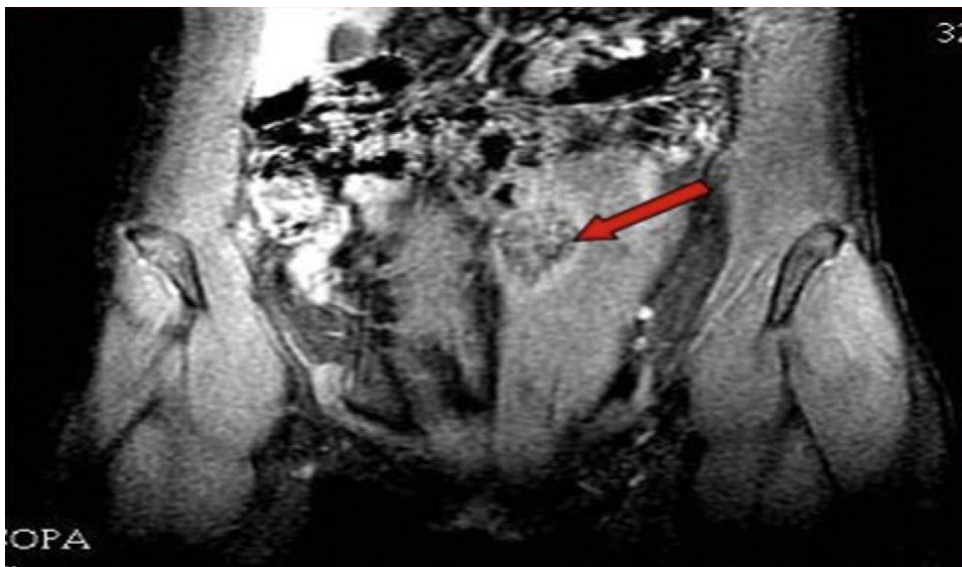


Figure 4. Imagerie en résonance magnétique (coupe frontale en T1) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit gauche, en hypersignal (flèche), en faveur d'un contenu hématique.

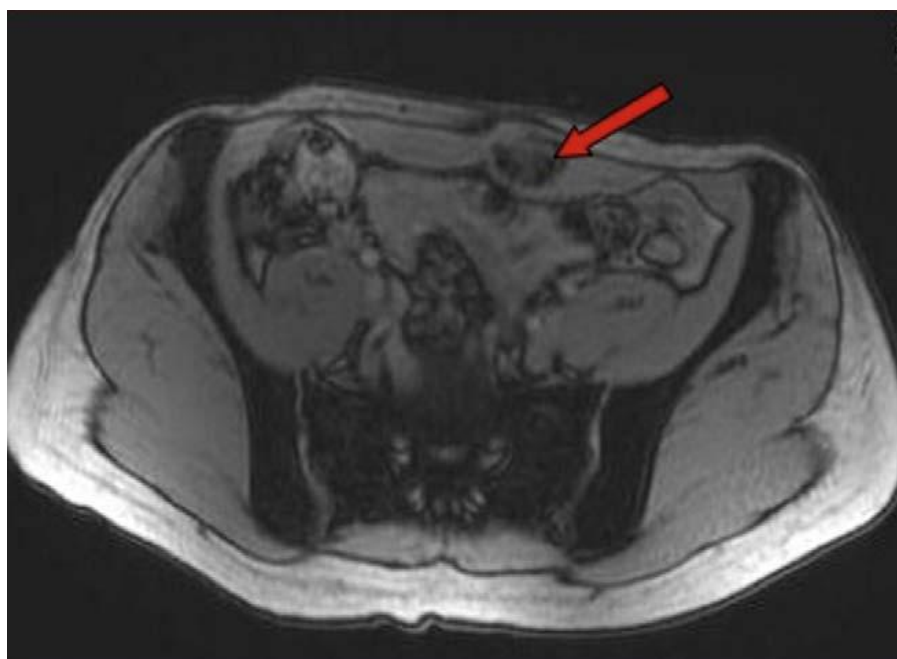


Figure 5. Imagerie en résonance magnétique (coupe axiale en T2) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit gauche, hypo-intense (flèche, il s'agit de la même lésion que celle de la Fig. 1).

C/BIOLOGIE.

Le taux sérique de CA125 peut être augmenté en corrélation avec la prolifération des cellules épithéliales dans la lésion d'endométriose.

Le diagnostic de l'endométriose est difficile, et la découverte d'un marqueur biologique spécifique de la maladie pourrait être un moyen diagnostique facile, permettant d'éviter les examens invasifs ou de les proposer seulement pour la femme à haut risque, de poser le diagnostic de l'endométriose même dans ses formes microscopiques et de suivre l'évolution au cours du traitement.

Carcinome antigène 125 (CA-125) et la C-réactive protéine (CRP) s'élèvent chez les patientes souffrant d'une endométriose avancée : stade 3 et 4, surtout au début du cycle menstruel.

Cependant, le CA-125 et la CRP ne sont pas spécifiques de la maladie.

Le taux de CA-125 peut s'élever dans d'autres pathologies pelviennes : toute maladie inflammatoire touchant le pelvis, infertilité inexplicée, léiomyome et pathologie maligne, ou même dans des situations physiologiques telles que la menstruation et la grossesse.

D/ Ponction à l'aiguille fine.

Dans certains cas, la ponction à l'aiguille fine guidée par échographie, l'analyse cytologique, permet de confirmer le diagnostic. Cependant, son utilisation reste controversée en raison du risque de causer de nouveaux implants dans les sites de ponction ou de perforation d'un organe creux, dans le cas d'une hernie étranglée qui simule un endométriome. De même, les examens par laparoscopie dans les cas liés à l'endométriose pelvienne ne sont pas recommandés pour les mêmes raisons.

V. Diagnostic différentiel.

Les diagnostics différentiels sont nombreux : éventration, hématome, granulome, abcès, adénopathie, lipome, neurofibrome, sarcome et tumeur desmoïde. L'échographie et la tomodensitométrie mettent habituellement en évidence une lésion tissulaire ou kystique sans caractère spécifique. Elles sont surtout utiles au diagnostic différentiel de hernie ou d'éventration. L'aspect échographique de l'endométriome diffère peu au niveau pariétal et au niveau pelvien : image arrondie, uniloculaire, à paroi lisse et régulière, épaisse et à contenu hypoéchogène de répartition uniforme. La vascularisation de la lésion étudiée en Doppler varie au cours du cycle menstruel.

A. Clinique.

1. Devant un syndrome tumoral pariétal sur cicatrice. (40)

Le diagnostic différentiel d'une masse sur cicatrice, mis à part l'endométriome, inclut l'abcès, le lipome, le granulome sur un point de suture, le sarcome, la tumeur desmoïde, le lymphome et la métastase. La présence d'une endométriose pelvienne concomitante a une valeur d'orientation quand elle est connue.

2. Devant un syndrome tumoral pariétal avec fluctuation de la taille de la masse. (76)

De même, pour les tumeurs pariétales avec fluctuation de la taille de la masse, le diagnostic d'endométriose est plus probable mais d'autres pathologies bénignes sont à considérer aussi dans ce contexte, les fasciites nodulaires et prolifératives, les tumeurs desmoïdes, le myxome et la nécrose graisseuse.

B. Para clinique.

1. Echographie. (4 ; 77; 78)

L'échographie est le premier examen para clinique susceptible d'être pratiqué dans le cadre de l'étayage diagnostique d'une masse abdominale pariétale.

Le diagnostic différentiel d'une masse solide de la paroi abdominale inclut un abcès, un hématome, une hernie, un kyste sébacé, un lipome, un hémangiome, et des processus malins tels que le sarcome et le lymphome. L'échographie est une modalité utile lors de l'imagerie des masses superficielles et de l'analyse de leur relation avec les structures avoisinantes. Bien qu'aucune présentation échographique ne puisse être considérée comme exclusive de l'endométriose, l'échographie, associée aux antécédents cliniques, peut aider à l'établissement du diagnostic d'endométriose. Si une lésion de ce genre survient chez une femme ayant des enfants, surtout au niveau d'une cicatrice, l'endométriose doit être évoquée.

En ce qui concerne les autres pathologies évoquées, on note les faits suivants :

- L'échogénéicité de la hernie ventrale postopératoire est variable, dépendant du contenu du sac herniaire.
- L'aspect anéchogène ou bien hypoéchogène des abcès, qui peuvent se présenter sous la forme de lésions aux limites aussi bien précises que floues, avec un contenu anéchogène ou échogène. Les bulles de gaz, dues à l'infection par des bactéries qui en fabriquent, peuvent aussi être observées.
- Les granulomes peuvent se présenter sous la forme de lésions échogènes situées en dessous d'une cicatrice chirurgicale.
- L'écho structure de l'hématome est variable, depuis l'aspect hypoéchogène à celui hyperéchogène, ceci dépendant de son ancienneté.

- Les kystes sébacés peuvent apparaître comme des lésions sphériques hypoéchogènes, avec des contours nets.
- Les lipomes ont un aspect échographique homogène mais aux limites mal définies, légèrement plus réfléchives que le tissu environnant.
- Les hémangiomes sont visualisés sous la forme de lésions aux contours nets, d'échogénéicité variable, ceci dépendant du type.
- Dans le cas de lymphome, les ganglions sont clairement distingués en tant que structures homogènes hypoéchogènes. Des zones anéchogènes, secondaire à la nécrose, peuvent aussi être observées.
- Les sarcomes apparaissent habituellement sous la forme de structures en masse relativement peu réfléchives, dont les limites vis-à-vis des tissus environnants peuvent être nettes ou par contre floues, ceci dépendant de degré de croissance de la tumeur.

2. Tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique. (29)

Malgré les renseignements complémentaires (étendue de la maladie, foyers hémorragiques, différence entre hémorragie aigue et chronique) que ces deux modalités peuvent apporter, ces informations ne modifient pas significativement les éléments de l'étayage diagnostique fournis par l'échographie.

C. Ana pathologie. (58, 31, 57,79)

La revue de littérature montre qu'un grand nombre de cas de la maladie sont orientés dans les unités de chirurgie générale avec des diagnostics erronés, redressés à l'étape anatomopathologique seulement.

Au cours d'une série, le diagnostic préopératoire correct avait été établi par des chirurgiens généralistes dans deux cas seulement sur 10, et même dans aucun de la série de WASFIE.

Il a été supposé que ceci pouvait être en partie dû à l'absence de prise de conscience ou encore de la négligence des preuves cliniques telles que la douleur cyclique de la part des chirurgiens, qui sont moins souvent concernés par l'évaluation et la prise en charge de femmes après césarienne ou après hystérectomie.

Le diagnostic différentiel d'une masse associée à une cicatrice d'incision chirurgicale de la paroi abdominale occupe un large éventail d'entités et inclut la fibrose excessive (cicatricielle ou chéloïde), la hernie, le granulome sur points de suture, l'abcès, le neurinome traumatique, l'hématome, la tumeur desmoïde ; plus rarement le sarcome et le carcinome métastatique. Le tableau ci dessous fournit des indications relatives à l'évocation du diagnostic correct de la maladie en fonction des étapes.

Tableau 5 : Evocations diagnostiques correctes de l'endométriose pariétale en fonction des auteurs.

Evocation diagnostique correcte	Etape clinique+ Etape para clinique	Etape thérapeutique	Etape anatomopathologique
Patterson	-Inconnu 37,5% -suspecté 50% -correct 12,5%	-	100%
Wolf	Inconnu 100%	Inconnu	100%
Seydel	- Inconnu 57,15% - suspecté 42,85% - correct 0%	Suspecté	100%
Wasfie	- Inconnu100% - suspecté 0% - correct0%	Suspecté	100%

VI/Facteurs pronostiques. (20)

Parmi les facteurs susceptibles d'influencer grandement le pronostic d'une endométriose pariétale, nous citons :

a. L'association de l'endométriose pariétale abdominale à une atteinte pelvienne, qui fait courir à la patiente les risques de la morbidité et de l'invalidité de cette dernière.

b. L'âge : les lésions d'endométriose sont supposées régresser à la ménopause.

c. La récurrence : elle témoigne de la persistance des mécanismes générateurs/ d'entretien de la pathologie et/ ou de la présence d'une localisation intra-pelvienne associée.

d. La coexistence d'une endométriose avec un cancer endométrioïde.

e. La présence d'une infertilité, qui est un témoin de la gravité de l'atteinte.

VII/Traitement.

A. Moyens thérapeutiques.

1. Traitement médical.

Bien que le traitement de choix soit chirurgical, plusieurs auteurs ont préconisé l'utilisation de l'hormonothérapie dans des cas particuliers, dont l'objectif principal est de réduire la taille de la masse tumorale en espérant leur sclérose cicatricielle ; et de faciliter une nouvelle procédure chirurgicale. Il faut signaler que la plupart de ces implants, surtout s'ils sont anciens, ont un taux de récepteurs aux œstrogènes inférieur à celui de l'endomètre normal.

D'autres indications possibles pour cela sont dans des situations de rechute ou en relation avec endométriose pelvienne.

a-Moyens médicaux. (20 ; 59 ; 80 ; 81)

-Les contraceptifs oraux sont utilisés dans le traitement de l'endométriose plus par habitude que par justification de données scientifiques.

-les progestatifs, initiés en 1958 par Kistner, sont peu évalués. Il faut recourir à des progestatifs puissants, atrophiant l'endomètre, prescrits à dose suffisante pour bloquer l'ovulation de façon continue durant 9 mois (pseudo grossesse). On dispose surtout de données concernant les norstéroïdes. Les norprégnanes, dont les risques métaboliques sont plus faibles, ont été plus rarement utilisés.

-Le Danazol est un antigonadotrope légèrement androgénique.

Les premiers travaux de Greenblatt ont été publiés en 1971. Cette molécule est utilisée en continu pendant 3 à 6 mois, à la dose de 3 comprimés dosés à 200 mg/j (Danatrol) pour obtenir une aménorrhée hypogonadotrope et hypo œstrogénique. On débute le traitement un premier jour de cycle pour être certain que la patiente n'est pas enceinte. Le danazol aurait un effet immuno modulateur qui s'ajouterait à l'hypo œstrogénie.

-Les agonistes de la LH-RH (luteinizing Hormone Releasing Hormone) sont d'apparition plus récente, vers 1982. Après une courte phase de stimulation, (effet flare up), ils bloquent la sécrétion de la FSH avec hypo œstrogénie marquée.

Ils ne présentent pas de risque métabolique mais entraînent un état de ménopause marquée avec déminéralisation osseuse.

Pour éviter les bouffées de chaleur et la carence calcique, certains auteurs y adjoignent un progestatif, du danazol, un œstrogène ou un estroprogestatif (effet add back). On pourrait ainsi prescrire ces associations thérapeutiques au long cours.

On utilise des formes retard pendant une période de 6 mois, mais des traitements plus courts ont été préconisés. Les présentations suivantes sont disponibles en France :

Ø Decapeptil*, Enantone*, ou Zoladex en injection mensuelle.

Ø Synarel* ou Symprefact en pulvérisations nasales quotidiennes.

D'autres traitements utilisés dans un but antalgique sont les anti inflammatoires non stéroïdiens. Parfois, on peut même recourir à des thérapies non médicamenteuses telles que la stimulation nerveuse transcutanée qui consiste à stimuler directement un ou plusieurs nerfs à l'aide d'électrodes insérées sous l'épiderme, ce qui peut nécessiter une intervention chirurgicale mineure. Il est également possible, pour un praticien compétent, de pratiquer cette technique à l'aide d'électrodes qui sont en fait des aiguilles du type de celles qu'utilisent les acupuncteurs.

b. Indications.

Les indications du traitement médical en cas d'endométriose pariétale ne font pas l'unanimité ; elles peuvent se limiter à 3 circonstances bien précises :

- Association de l'atteinte pariétale avec une autre localisation (habituellement intra pelvienne).
- Nécessité de réduction de la masse abdominale de l'endométriome, dans le cas où une chirurgie première est jugée délabrante.
- Soulagement des symptômes.

2. Traitement chirurgical.

a. Buts.

Le but de traitement chirurgical dans ce contexte précis est la disparition de la symptomatologie clinique, à savoir la tuméfaction et les douleurs et la restitution ad intégrum de l'anatomie locale.

b. Indications.

C'est le traitement à visée curative de l'endométriose pariétale. Il intègre plusieurs notions :

- L'affection est bénigne et peu récidivante en cas de traitement chirurgical.
- La localisation pariétale abdominale traitée chirurgicalement n'est pas invalidante comme cela est le cas pour la forme intra-pelvienne.
- La responsabilité dans les symptômes est claire et parfaitement établie.
- L'évaluation du traitement est aisée.
- On traite à la fois la maladie et les symptômes.
- En absence de diagnostic préopératoire, le traitement chirurgical permet la confirmation de l'endométriose.
- En absence de ce traitement chirurgical, le risque de cancérisation est présent.

c. Technique. (82 ; 70)

Elle est différente selon qu'il s'agit d'une lésion de petite ou de grande taille.

On y distingue plusieurs étapes :

Une pariéctomie, le plus souvent de siège sous ombilical.

On effectue de coutume une reprise de la cicatrice de chirurgie en cas de lésion de petite taille, tandis que pour les tumeurs de grande taille, la cicatrice définitive (après abdominoplastie) aura une forme en Y ou en T renversé.

La résection de la tumeur s'accompagne généralement de celle du fascia abdominal, étant donné que les endométriomes pariétaux sont très adhérents à ce fascia. Elle comporte une marge de sécurité de 5 mm environ.

Pour les tumeurs très adhérentes en profondeur et/ou de grande taille, un sacrifice des muscles grands droits de l'abdomen est aussi requis.

En cas de résection aponévrotique et/ou musculaire étendue, un renforcement prothétique est indispensable afin d'assurer une bonne tonicité de la paroi abdominale.

Ø Réparation de la pariéctomie : (82)

La réparation des pariéctomies abdominales ne pose vraiment des problèmes que lorsque la taille et/ou la nature des tumeurs a exigé des résections larges, voire transfixiantes.

Les réparations superficielles sont traitées selon l'algorithme de la technique la plus simple : mise à plat, suture partielle, suture totale, greffe ou lambeau (pédiculé ou semi-libre).

Lorsque les résections sont transfixiantes, l'association d'un renforcement prothétique pour la reconstruction du plan profond à un lambeau de surface est nécessaire. Les prothèses les plus courantes sont :

Le filet de polypropylène (Marlex*) et de Nylon (Mersuture*) pour la réparation aponévrotique.

La plaque de Téflon (Gore -Tex*) pour la réparation péritonéo-aponévrotique.

Le treillis de polylactide résorbable (Vicryl*) : essentiellement utilisé pour la réparation de plan péritonéal, un autre matériau non résorbable devant être associé.

Eric Arnaud et coll. Préconisent l'association du téflon et du polypropylène pour la reconstruction du plan profond des exérèses transfixiantes.

Pour les plus grandes pertes de substance transfixiantes de l'abdomen, un lambeau libre peut s'avérer après transfert initiale peut encore réduire le risque opératoire (technique du *chausson aux pommes*).

Eric Arnaud pense que les indications du lambeau libre à insertion différée d'actualité dans les cas où un très grand lambeau libre ponté est nécessaire en conjonction avec une prothèse.

Ainsi, les grandes pertes de substance abdominales après résection de grande envergure peuvent être reconstruire par la chirurgie réparatrice moderne.

De même en cas de résection cutanée étendue, une plastie abdominale en vue de la fermeture du défaut cutané est impérative. Elle est réalisée sous la forme d'un T inverse ou d'un Y.

B. CONDUITE A TENIR THERAPEUTIQUE.

La conduite à tenir thérapeutique est fonction des dimensions de la masse et du diagnostic correct en préopératoire :

- Le diagnostic d'endométriose pariétale est connu :

L'exérèse radicale est de rigueur, éventuellement précédée par un traitement médical en cas de lésion de grande taille (taille >6 cm).

Dans cette dernière circonstance, une procédure réparatrice adjuvante est souvent requise, comme pratique une réparation du défaut aponévrotique étendu sur 10 * 10 cm par des lambeaux obliques suffisants sur 7 cm en sous-ombilical ; un renforcement par une plaque de Marylène sur l'épiploon ; une plastie abdominale en T pour la fermeture du défaut cutané avec extériorisation de l'ombilic.

- Le diagnostic d'endométriose pariétale est mystérieux :

Une exérèse radicale est pratiquée. La confirmation de la maladie se fera ensuite par l'examen anatomopathologique. Ceci entraînera la pratique d'examens

recherchant une autre localisation (notamment intra-pelvienne) de la maladie, susceptible de requérir un traitement médical dont la teneur dépendra entre autres des désirs de grossesse et des répercussions de la maladie sur la qualité de vie de la patiente.

C. RESULTATS THERAPEUTIQUES.

L'analyse des séries de la littérature montre que la quasi-exclusivité de la prise en charge de l'endométriose pariétale abdominale est chirurgicale.

1. traitement médical. (83 ; 84 ; 85 ; 86)

PRENTICE note lors d'une revue clinique que lorsque le traitement médical est entrepris, il apporte un soulagement des symptômes dans 80 à 85% des cas.

L'obtention du but recherché par un traitement médical (réduction de la taille de l'endométriome, soulagement des symptômes) est souvent acquise mais éphémère, avec recrudescence de la symptomatologie après l'arrêt du traitement et effets secondaires potentiels. Les résultats thérapeutiques des différentes molécules, publiés au niveau de la littérature concernent surtout l'endométriose intra-pelvienne.

L'efficacité des traitements médicaux sur les douleurs, principal signe présent en cas d'endométriose pariétale, est très variable selon les études.

Par ailleurs, les auteurs se contentent l'évoquer en vue d'une réduction dans le cas de tumeurs de grande taille, sans toutefois préciser les effets générés par celle-ci.

2. traitement chirurgical (59 ; 40 ; 4)

La majorité des auteurs estiment également que le traitement chirurgical diffère très peu des autres interventions chirurgicales abdominales.

La récupération postopératoire est un peu plus longue que dans les autres procédures abdominales. BUMPERS et al. ont observé une période de 14 jours dans le cas de leur patient, qui présentait une forme tumorale (9 * 12 cm).

La revue de littérature note un recours quasi-exclusif au traitement chirurgical lors de la prise en charge de l'endométriose pariétale, comme le démontrent les tableaux ci-dessous.

SERIE	WOLF	PATTERSON	LAMBLIN	DWIDEDI
Traitement médical	-	-	-	-
Traitement chirurgical	100%	100%	100%	100%
Recours à un renforcement prothétique	50%	12,5%	100%	30,77%
Suites opératoires	Simple	28%	Simple	Simple
Délai de suivi	-	-	8 mois	-

SERIE	WOLF	WASFIE	PATTERSON	LAMBLIN
Taux de complications	25%	0 %	28 %	0 %
Taux de récurrences	0 %	16,6 %	12,5 %	33,3 %
Délais de récurrences	-	-	22	1
Grossesse	25%	-	-	-

Les récurrences observées ainsi que les délais de leur survenue ne respectent aucune notion particulière. Quelques auteurs ont cependant publié des taux de récurrences : 12,5% pour PATTERSON, 16,6% pour Wasfie et 28,6% pour Seydel.

En général, dans le cas où il y a un désir de grossesse et après un traitement médicochirurgical bien mené, si une année après l'arrêt de celui-ci la patiente n'est pas tombée enceinte, alors l'on pourra avoir recours à la fécondation in vitro.

VIII Complications.

A. Traitement médical. (85)

Très peu de rapports font allusion aux complications générées par le traitement médical en cas d'endométriose pariétale. Cependant, elles ne devraient aucunement être différentes de celles rencontrées lors du traitement de l'endométriose intra-pelvienne.

Les principaux effets secondaires induits par les traitements hormonaux de l'endométriose d'après une revue de littérature de LEMAY sont rapportés au niveau du tableau ci-dessous

Tableau 6 : Principaux effets induits par les traitements hormonaux de l'endométriose (revue de la littérature) d'après LEMAY.

Contraceptifs oraux (estroprogestatifs)	
Augmentation de l'appétit	100%
Gonflement abdominal	100%
Mastodynies	100%
Saignements	40%
Nausées	11%
Progestatifs (acétate de médroxyprogestérone)	
Gain pondéral	60%
Œdème	60%
Saignements	20%
Dépression	20%
Danazol	
Gain pondéral	85%
Crampes musculaires	52%
Bouffées de chaleur	42%
Troubles de l'humeur	38%
Œdème	28%
Acné	27%
Hirsutisme	21%
Agonistes de la LH-RH	
Bouffées de chaleur	70 à 98%
Sécheresse vaginale	18 à 71%
Baisse de la libido	10 à 66%
Céphalées	9 à 65%

B. Traitement chirurgical. (59 ; 87)

Lorsque les conditions requises pour l'intervention sont respectées, les complications de l'exérèse chirurgicale de l'endométriome pariétal sont relatives au risque opératoire général : hématome de la plaie, infection... elles sont très peu abordées au niveau de la littérature.

Les principales complications de ce traitement chirurgical vont ainsi être étroitement corrélées aux risques générés par la plastie abdominale. Il convient de préciser qu'aucune donnée n'est disponible au niveau de la littérature en ce qui concerne le cadre spécifique de l'endométriose pariétale.

1) L'hématome. (87 ; 88 ; 89)

L'hématome est une source de ré intervention. Il présente par ailleurs les risques de surinfection secondaire, de nécrose tissulaire par compression. Plusieurs procédés valides sont utilisés pour diminuer ce risque.

a) recours à l'adrénaline (1mg/litre) pour infiltration de toutes les zones opérées, notamment sous celles d'incision

b) usage du bistouri électrique dès le passage du derme afin d'économiser les pertes sanguines sur toute l'intervention

c) réalisation de l'hémostase pas à pas ;

d) vérification du fer sérique au moins un mois avant l'intervention et traitement martial systématique si nécessaire

e) raccourcissement de la durée opératoire grâce à une codification précise de l'intervention.

f) capitonnage serré du plan de décollement afin de fermer le plus possible l'espace mort.

La revue de littérature montre un taux de survenue de ces hématomes compris entre 4 et 6 % dans le cadre des plasties abdominales.

2) l'épanchement lymphatique.

Il suffit alors de respecter tout simplement les gros troncs lymphatiques pour éliminer complètement ce risque.

3) la nécrose cutanée.

Bien qu'elle soit une complication possible du traitement chirurgical, aucune donnée concernant le traitement spécifique de l'endométriose n'est disponible.

4) les complications thromboemboliques. (90)

Malgré qu'elles soient globalement assez rares, celle sont parmi les plus redoutables puisque susceptibles de mettre en jeu la vie de la patiente. Des mesures préventives rigoureuses doivent en minimiser l'incidence. Pouvant survenir après toute intervention de chirurgie abdominale, leur risque est cependant accru par l'obésité et l'immobilisation postopératoire. Par contre, l'âge et l'association à d'autres gestes de chirurgie esthétique ne semblent pas augmenter leur incidence.

D'autres complications théoriques existent également : elles sont d'ordres esthétique, psychologique ou nerveux.

IX Prévention. (55) ;(58)

Des moyens théoriques de prévention de l'affection peuvent être proposés :

a. Lors d'une césarienne, le chirurgien devra porter une attention particulière à la protection de la paroi par des champs opératoires.

b. Dans le but de réduire les chances d'implantation de tissu décidual, il est vivement recommandé que, après césarienne, tout tissu décidual soit lavé et ôté de la plaie à la fin de l'intervention chirurgicale. Le lavage et le débridement doivent être suivis d'une irrigation vigoureuse de toute la zone, avec une solution saline dont la pression est élevée, abondamment utilisée, avant toute fermeture de la plaie abdominale.

c. Cette irrigation appropriée doit être réalisée à la fin de la procédure chez toutes les femmes, en particulier chez celles ayant des lésions d'endométriose pelvienne.

d. Il peut également être conseillé de faire des efforts pour éviter l'inoculation de tissu décidual au niveau des berges de la plaie utérine et de ne pas se suturer à travers la déciduale au moment de la fermeture utérine.

CONCLUSION

L'endométriose pariétale est une affection peu fréquente et souvent méconnue. Une endométriose cicatricielle doit être évoquée devant toute masse siégeant sur la cicatrice d'une intervention abdominopelvienne. 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 des antécédents de chirurgie gynécologique ou obstétricale. Cependant une endométriose pariétale en dehors d'ATCD chirurgicaux est possible.

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 raison de la grande diffusion des examens scanographiques, il est important pour les radiologues de savoir que ces lésions apparaissent comme des nodules tissulaires à proximité d'une cicatrice de chirurgie obstétricale ou gynécologique. En cas de doute diagnostique avant la chirurgie, l'IRM a une place certaine pour détecter le signal particulier de l'hémorragie dans l'endométriome et confirmer le diagnostic. Mais, le diagnostic n'est confirmé que par l'étude histologique. La guérison est obtenue par l'excision complète de la masse.

RESUME

Résumé

Nous nous proposons au cours de ce travail et à travers de deux observations d'endométriose pariétale colligées au service de gynécologie – obstétrique II du CHU Hassan 2 Fès, de passer en revue de manière assez exhaustive, les spécificités épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques de l'endométriose pariétale, à la lumière de la littérature contemporaine.

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.

Un dépistage systématique chez toute femme connue pour une endométriose améliorerait le pronostic par un diagnostic plus précoce.

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. En fonction de l'étendue de la résection, une procédure adjuvante de réparation des défauts aponévrotiques et cutanés avec renforcement par plaque peut être requise. 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. Les résultats de ce traitement sont par ailleurs très bons avec disparition complète de la symptomatologie et malgré une période de récupération légèrement supérieure comparativement à une intervention chirurgicale abdominale « normale », un taux de récurrence très faible au niveau de la littérature. Une surveillance vigilante s'impose pour évaluer son efficacité et dépister toute récurrence minime.

Abstratc

We propose during this work and through two cases of endometriosis parietal collated in the service of gynecology - obstetrics II CHU Hassan 2 of Fez, to review in a rather exhaustive, specific epidemiological, clinical, para clinical and therapeutict of the parietal endometriosis, in the light of contemporary literature.

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 women 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. A systematic screening of all women known to improve the prognosis of endometriosis by earlier diagnosis.

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 aponevurotic 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. The results of this treatment are addition very good with

complete disappearance of the symptomatology in spite of a period of recovery slightly higher compared to abdominal surgery "normal", a very low recidivism rate at the level the literature.. Vigilant monitoring is needed to evaluate its effectiveness and detect any recidivism minimal.

ملخص

نقترح في هذا العمل من خلال اثنين من حالات انتباز جدار بطانة الرحم يتميز انتباز بطانة الرحم الجداري

انتشاره بين النساء في العقد الرابع من الحياة، على التاريخ موالية لعملية جراحية في البطن ، بما في ذلك ممارسة العملية القيصرية أو جراحة أمراض النساء.

إن التشخيص من السهل على أعراض نموذجية تتميز بوجود النساء في سن الإنجاب، ومتلازمة ورم في البطن الجداري المؤلمة، التي تتفاوت شدة إيقاع حيض. ومع ذلك يمكن التعرف على هذا المرض يكون من الصعب جدا في غياب العلامات موحية، وتزن العديد من الاحتمالات الأخرى المهوسين حميدة أو خبيثة.

والفحص المنتظم لكل النساء معروفة أجل تحسين التكهن من انتباز بطاني رحمي بواسطة التشخيص في وقت سابق. في هذه الظروف، فإن استخدام تحقيقات إضافية مثل الموجات فوق الصوتية والتصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي ، أو خزعة الطموح يمكن تأكيد التشخيص ولكن يكفي في كثير من الأحيان، سوى المرحلة المرضية يوفر وسيلة للاعتراف النهائي انتباز بطاني رحمي. والاختيار الأمثل لعلاج انتباز بطانة رحمي الجدار هو الاستئصال الجراحي للكتلة. قد يتوقف على مدى استئصال، والإجراءات لإصلاح العيوب مساعد فافي والجلد مع لوحة التعزيز يكون مطلوباً. RH له ما يبرره خاصة في حالات التعدي على الحوض أو في ما يصاحب ذلك وجود كتلة الورم كبير -- الجمع بين العلاج الطبي على أساس دانا زول، أو منبهات هوراس. نتائج هذه المعالجة هي أيضا جيدة جدا مع حل كامل للأعراض، وعلى الرغم من فترة نقاهة من أعلى قليلا بالمقارنة مع عملية جراحية في البطن "طبيعية"، وهو معدل منخفض جدا النكوص في الأدب. هناك حاجة لرصد يقظة من أجل تقييم فعاليتها وتحديد الحد الأدنى من أي تكرار.

BIBLIOGRAPHIE

1-ROKITANSKY C.

Über uterine drüsen neubildung in uterus und ovarial sarcomen.

Z.Gesellschaft Ärzte Wien,1860:577-581.

2-CULLEN TS.

THE DISTRIBUTION of adenomyomas containing uterine mucosa.

Arch Surg;1920;1:215-283

3-DAOUDI K,BONGAIN A.,CASTRILION JM.Et coll.

Endometriose ombilicale.A propos d'un cas .

Expansion scientifique française,1995.

4-SEYDEL ANNA,SICKEL JOSHUA,WARNER ELISABETH and al.

Extrapelvic endometriosis :Diagnosis and Treatment.

The American journal of surgery.Vol 171,February 1996.

5-NIEZGODA,JA,HEFER RA.

Endometriosis arising in abdominal incisions .

J Am Osteopath Assoc 1989;89;937-40.

6-Healy JEFF T ., WILKINSON NEAL W.,SAWYER MICHAEL.

Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: A case report.

Gynec and Obstet,1995.Vol 11,962-964.

7-SIMPSON JL,ELIAS S,MALINACK LR, BUTTRAM VC.

Heritable aspects of endometriosis genetic studies.

Am J Obstet Gynecol 1980;137;327-331.

8-SIMPSON JL,MALINACK LR,ELIAS S et al.

HLA association in endometriosis.

Am J Obstet Gynecol1984;148:395-397.

9_BRUHAT M A, CANIS M, GLOWACZOWER E.

Endométriose externe.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale (paris): Gynécologie 12 (1987) 8.

10-DE BRUX J.

Histologie gynécologique.Prat. Méd 33 (1985) 35-37

11-CLEMENT P B, YOUNG R H, SCULLY R E.

Stromal endometriosis of the uterine cervix. A variant of endometriosis that may simulate a sarcoma.

Am. J. Surg. Path 14 no 5 (1990) 449-455.

12-Gunes M,Kayikcioglu F,Ozturkoglu E,Haberal A.

Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures.J Obstet Gynecol Res 2005;31:471-5.

13-Balleyguier C,chaperon C,Chopin N,Helenon O,Menu Y.

Abdominal wall and surgical scar endometriosis :results of magnetic resonance imaging .Gynecol Obstet invest 2003;55:220-4.

14-Zhao Y,Lang J, Leng J ,Liu Z,Sun D,Zhu L.

Abdominal wall endometriomas.Inter JGynecol Obstet 2005;90:218-22.

15-Blanco RG,Parithivel VS,Ahah AK,Gumbs MA,Schein M,GERST ph.Abdominal wall endometriomas.Am J Surg 2003;185:596-8.

16-BRUHAT M A, MAGE G, POULY J L, MANHES H, CANIS M,WATTEZ A.

Coelioscopie opératoire: endométriose.

MEDSI-MC GRAW-HILL 11 (1989) 109-132.

17-PAPIERNIK E, ROZENBAUM H, BELAISCH-ALLART J.

Gynécologie: endométriose (A.J.M.AUDEBERT)

Flammarion Ed., Médecines-Sciences 29 (1990) 435-458.

18-kistner Rw.

Management of endometriosis in the infertile patient.

Fertile steril 1975;26;1151-1156.

19-TRANK DK,et LE GEE.

Résultats de l'enquête hospitalière du Gee (endométriose génitale).

Deuxieme journée journée du GEE .laboratoires winthrop.paris 1989 :PP135-153

20-trank dk ,leroy jl et coll .

Endométriose externe.

Encyclopédie médico-chirurgicale, 1996 .105-A-10.gynécologie, pages 1-11.

21-HENRY J.SUCHET.

Endométriose: le temps du diagnostic précoce et de l'information.La lettre du Gynécologue no 255 (2000) 3.

22-CORWIN EJ.

Endometriosis : pathophysiology, diagnosis and treatment.The nurse practitioner 22 no 10 (1997) 35-55.

23-KENNEDY S.

Is there a genetic basis to endometriosis ?

Semin. Reprod. Endocrinol 15 no 3 (1997) 309-318.

24-PAULOS YOHANNES.

Ureteral endometriosis.

The Journal of Urology 170 (2003) 20-25.

25-AUDEBERT AJM.

Endométriose externe. Pathogénie diagnostic et classification.Gynécologie 42 no 12 (1991) 278-283.

26-AUDEBERT AJM.

Endométriose externe : histogénèse,étiologie et évolution naturelle.Rev. Prat (paris)
40 no 12 (1990) 1077-1081

27-AUDEBERT AJM.

Endométriose.

J. Gynécologie Paris Flammarion (1990) 435-458.

28-BARBIERI RL.

Etiology and epidemiology of endometriosis.Am. J. Obstet. Gynecol 162 (1990) 565-
567.

29- LAMBLIN G,MATHEVET P,BUENERD A

Endométriose pariétale sur cicatrice abdominal .A propos de 3 observations .

J gynecol obstet boill reprod 1999;vol 28,n°3: 271-274.

30- RANI PR,SOUNDARARAGHAVAN S,RAJARAM P.

Endometriosis in abdominal scars:review of 27cases .

Int J gynecolobstet 1991;36:215-18

31-YORAM WOLF ,HADDAD RIAD,WERBIN NAHUM and al.

Endometriosis in Abdominal scars: A Diagnostic Pitfall.

Gynec and Obstet ;1996.Vol 12,1042-1044.

32-XIANG Y,LANG J.,WANG Y.and al.

Abdominal scar endometriosis :reportof 28 cases.

Chin Med Soc J 1995;3:188-190.

33-Olive DL, HAMMOND CB

Endometriosis: pathogenesis and mechanism of infertility.

Postgrad obstet gynecol 1986;5:1.

34-CHATTERJEE SK.

Scar endometriosis :a clinicopathologic study of 17 cases.

Obstet Gynecol 1980;56:81-4.

35-HUCHES MICHAEL L.,BARTHOLOMEW DEBORAH,PALUZZI MICHEAL.

Abdominal wall endometriosis after amniocentesis :A case report.

The journal of reproductive Medecine.Vol 42,n°9,Semptember 1997.

36-FERRARI BT ,SHOLLENBARGER DR

Abdominal wall endometriosis following hypertonic saline abortion.

Jama 1977;238;56-57.

37-STECK WD, HELWIG EB .

Cutaneous Endometriosis.

Clin Obstet gynecol 1966 ;9:373-83.

38- ELABSI M .,LAHLOUA M.K.,ROUAS L .,BENAMAR S . et coll.

L'endometriose cicatricielle de la paroi abdominal.

Ann .Chir.2002 ;127 ;65-7

39_KOGERKE, SHATNEY C, HODGE K, Mc CLENATHAN.J.

Surgical scar endometrioma

Surg gynecol obstet 1993; 177: 243-246

40- DWIVEDI AMIT J AGRAWAL SUNITA N AND AL

Abdominal wall endometriomas .

Digestive diseases and sciences,vol.47,n°2(February 2002),pp.456-461

41-CRAIG V. COMITER, MD.

Endometriosis of the urinary tract.

Urologic Clinics of North America 29 no 3 (2002).

42-WEED J C, ARQUEMBOURG P C.

Endometriosis: can it produce an autoimmune response resulting in infertility?

Clin. Obstet. Gynecol 146 no 3 (1983) 247-253.

43-MATHUR S, CHIHAI H J, HOMM R J, GARZA D E, RUST P F, WILLIAMSON H O.

Endometrial antigens involved in the autoimmunity of endometriosis. Fertil. Steril 50 no 6 (1988) 860-863.

44-GLEICHER N, EL-ROEY A, CONFINO E, FRIBERG J. Is Endometriosis an autoimmune disease?

Obstet. Gynecol 70 no 1 (1987) 115-122.

45-DMOWSKI P W.

Immunologic aspects of endometriosis. Contrib. Gynecol. Obstet 16 (1987) 48-55

46-FANTON J W, GOLDEN J G.

Radiation-induced endometriosis in Macaca Mulatta. Radiat. Res 126 no 2 (1991) 141-146.

47-BARBIERI R L.

Ca- 125 and endometriosis.

Contrib. Gynecol. Obstet 16 (1987) 103-108.

48- ACIEN P.

Endometriosis and genital anomalies: some histogenetic aspects of external endometriosis.

Gynecol. Obstet. Invest 22 no 2 (1986) 102-107.

49-PAPIERNIK E, ROZENBAUM H, BELAISCH-ALLART J. Gynécologie: endométriose (A.J.M. AUDEBERT)

Flammarion Ed., Médecines-Sciences 29 (1990) 435-458.

50_ Bumpers HL, Butler KL, Best IM. Endometrioma of the abdominal wall.

Am J Obstet Gynecol 2002;187:1709-10.

- 51_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.
- 52_ Ideyi SC, Schein M, Niazi M, Gerst PH. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. *Dig Surg* 2003;20:246-8.
- 53_ Caligaris P, Masselot R, Ducassou MJ, Le Treut Y, Bricot R. Endométriose de la paroi abdominale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1981;10:465-71.
- 54-HESLA J.S .,ROCK JA.
Endometriosis.IN :TE LINDE'S OPERATIE GYNECOLOGY.PHILADELPHIA.LIPPINCOTT-RAVEN,1997:585-624
- 55-toullalan o; BAQE P.,BENCHIMOL D.Et coll.
Endometrioses des muscles grands droits de l'abdomen.
*Ann .Chir.*2000 ;125 :880-3 .
- 56-VINCENT LM,MITTELSTRADET CA.
Sonographic demonstration of endometrioma arising in a cesarean section scar.
J Ultrasound med 1985;4;437-8
- 57-PATTERSON K GREGORY,WINBURN GB.
Abdominal wall endometriosis :report of 8 cases.
Am.Surg .1999;65:36-39
- 58-WASFIE TARIK,GOMEZ EDWARD,SEON SYLVIA,ZADO BARINA.
Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication.
*Int.Surg.*2002;87:175-177
- 59-Bumpers HARVEY L.,BUTLER KARYN L.,BEST IRWIN M.
Endometrioma of the abdominal wall.
AM J Obstet Gynecol 2002 ;187:1709-1710.

60-THOMAS EJ ,COOKE ID.

Impact of gestrinone on the course of asymptomatic endometriosis.

Br Med J 1987;294;272-274.

61-mahmood ta,tenplenton A

The impact of treatment on the natural history of endometriosis

Human repord .1990;5;402-412.

62- Jansen RP

Minimal endometriosis and reduced fecondability : prospective evidence from an artificial insemination by donor program.

Fertile steril 1986;46:141-143.

63-CHILLIK CF ,ACOSTA AA .,GARCIA JE et al.

The role of in vitro fertilization in infertile patients with endometriosis

Fert steril 1985;44;56-61

64_MICOWITZ M; BARATY; SLAVONOSKY .

Endometriosis of the umbilicus

Dermatological, 1983,167;326-330.

65-CHELLI H ,CHECHIA A ,KCHIR N.

Endometrioses ombilicale.A propos de deux cas.

J Gynecol.Obstet . Biol Reprod.1993,22 :145-147.

66-IGAWA H,OHURA T,SUGIHARA T,HOSOKAWA M,KAWAMURA K and al.

Umbilical endometriosis.

Ann plast Surg,1992;29:145-148.

67-LAGRANGE M.,ALMARNASSI A.

Endométriase ombilicale .A propos de deux cas.

Sem Hop Paris,1990 ;66 :506-509.

68- CALIGARIS PH.,MASSELOT R,DUCASSOU M.J et al.

Endométriose de la paroi abdominale.

J Gynecol.Obstet . Biol Reprod.,1981.10 :465-471

69-CORTESE F.,GALLI F.,GIUSTO F.

A proposito di un caso di endometriosis ombelicale.

Minerva chir .,1987,42 :431-34.

70-EDMOND DK.

Endometriosis.Dewhurt's textbook of obstetrics and gynecology for post graduates.

5th edition.london butterworth,1995,577-589.

71-RAMSANAHE A,GIRL SK ,and al.

Endometriosis in a scareless abdominal wall with underlying umbilical hernia.

Ir J Med Sci 2000 Jan-Mars;169(1):67.

72-CANDIANI BAPTISTA GIOVANNI,VERCELLINI PAOLO,LUIGI FEDELE et coll.

Inguinal endometriosis : pathogenetic and clinical implications.

Obstetrics and gynecology , vol.78,n°2august 1991.

73-QUAGLIARELLO J,COPPA G,BIGELOW B.

Isolated endometriosis in an inquinal hernia.

Am J Obstet gynecol.152:688;1985.

74-MOORE JG,BINSTROCK MA,GROWDON WA.

The clinical implicatios of retroperitoneal endometriosis.

Am J Obstet GYNECOL 1988;158:1291-8.

75_VACHER – LAVERNU MARIE CECILE.

Définition, description et classification de l'endométriose.

La revue du praticien (Paris) 1999, 49.

76-BERARDO D MELORA ,VALENTE T PHILIP,POWERS CELESTE N.

Cytodiagnosis and comparison of non decidualized and decidualized endometriosis of the abdominal wall :a report of 2 cases.

Acta Cytologica,1992,volume 36,n°6.

77- ALEXIADIS G.,LAMBROPOULOU M.,DEFTEREOS S.and al.

Abdominal wall endometriosis-ultrasound research: A diagnostic problem .

Clin .Exp.&Gyn.28:N°2,2001.

78-WOLF C.

Sonographic features of abdominal wall endometriosis.

AJR:169,SEPTEMBER 1997.

79-BLACKWELL SCIENCE .

"dictionary of ultrasound"

1996,Germany.

80-JUDD HL.

Gonadotropin-releasing hormone agonists : strategies for managing the hypoestrogenic effects of therapy.

Am J obstet Gynecol 1992;166;752-756.

81-SURREY ES,GAMBONE JC,LU JK,JUDD HL.

The effects of combining mifepristone with gonadotropin

-releasing hormone agonists in the treatment of symptomatic endometriosis.

Fert Steril 1990;53:620-626.

82-ARNAUD ERIC ,COUTURAUD BENOIT,REVOL MARC et coll.

Chirurgie réparatrice des pariéctomies.

Annales de chirurgie plastique .Vol 44,n°4,AOUT 1999.

83-prentice A

Endometriosis .

Clinical review .BMJ2001;32:93-5.

84-HENZL M ,CORSON SL ,MOGHISSE K.

Administration of nasal nasal nafarelin as compared with oral danazol for endometriosis.

N Engl J MED 1988 ;318 :485-489

85-lemay A

Place de la suppression ovarienne dans le traitement de l'endométriose.

Références Go 1993 ; 1 :243-250.

86-LEROY JL,TRAN DK.

Traitement de l'endometriose externe.

Encyclopedie medico-chirurgicale (Paris),1996. 150-A-15.

Gynécologie .pages 1-5.

87-FLAGEUL GERARD,JEAN SAUVEUR ELBAZ,BRUNO KARCENTY.

Les complications de la chirurgie plastique de l'abdomen.

Annales de chirurgie plastique .Volume 44,n°4,AOUT 1999 :497-504

88-GARZA D , MATUR S.,DOWD MM and al.

Antigenic differences between the endometrium of women with and without endometriosis .

J Reprod Med 1991;36:177-182.

89-pintanguy I.

Aesthetic plastic surgery of the head and body .

Berlin,Springer verlag 1981

90-HESTER Jr TR , BAIRD W, BOSTWICK J and al.

Abdominoplasty combined with other major surgical procedures:safe or sorry.

Plas reconstr surg 1988 ;83 (6) : 997-1004