

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUSSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2014

THESE N°: 10

ENDOMETRIOSE PARIETALE :
A PROPOS DE HUIT CAS ET REVUE DE LITTERATURE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Mounia ZIYADI
Née le : 29 Avril 1985 à Beni Mellal

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Endométriose pariétale – Anatomie pathologie – Traitement chirurgical.

JURY

Mr. M. DEHAYNI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

PRESIDENT

Mr. D. MOUSSAOUI RHALI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

RAPPORTEUR

Mr. A. BOUZIDI

Professeur d'Anatomie Pathologie

Mr. S. E. AL KANDRY

Professeur de Chirurgie Viscérale

Mr. A. A. FILALI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم



صَلَّى
الْعَظِيمِ

سورة البقرة: الآية: 31



17 JUIN 2013

UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Jamal TAOUFIK
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. ABROUQ Ali*	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. BENSOUHA Mohamed	Anatomie
Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
Pr. LAHBABI Naïma	Physiologie

Novembre 1983

Pr. BELLAKHDAR Fouad	Neurochirurgie
Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil	Radiothérapie
Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSAID Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
Pr. IRAQI Ghali

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-phtisiologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed
Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENABDELLAH Chahrazad
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie

Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Chirurgie Générale
Pédiatrie
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. AGNAOU Lahcen
Pr. BENCHERIFA Fatiha
Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. EL IDRISSE Lamghari Abdennaceur
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Ophtalmologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. BEDDOUCHE Amocrane*
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. FERHATI Driss
Pr. HASSOUNI Fadil
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. IBRAHIMY Wafaa
Pr. MANSOURI Aziz
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie

Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. MOULINE Soumaya
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN AMAR Abdesselem
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. DERRAZ Said
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. NAZI M'barek*
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie

Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENCHERIF My Zahid
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie

Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
 Pr. CHAOUI Zineb
 Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
 Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 Pr. EL FTOUH Mustapha
 Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 Pr. EL OTMANY Azzedine
 Pr. HAMMANI Lahcen
 Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
 Pr. ISMAILI Hassane*
 Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
 Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
 Pr. TACHINANTE Rajae
 Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
 Pr. AIT OURHROUI Mohamed
 Pr. AJANA Fatima Zohra
 Pr. BENAMR Said
 Pr. BENCHEKROUN Nabihha
 Pr. CHERTI Mohammed
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 Pr. EL HASSANI Amine
 Pr. EL IDGHIRI Hassan
 Pr. EL KHADER Khalid
 Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 Pr. HSSAIDA Rachid*
 Pr. LAHLOU Abdou
 Pr. MAFTAH Mohamed*
 Pr. MAHASSINI Najat
 Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 Pr. NASSIH Mohamed*
 Pr. ROUIMI Abdelhadi

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
 Pr. BALKHI Hicham*
 Pr. BELMEKKI Mohammed
 Pr. BENABDELJLIL Maria
 Pr. BENAMAR Loubna
 Pr. BENAMOR Jouda
 Pr. BENELBARHDADI Imane

Pneumo-ptisiologie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Pneumo-ptisiologie
 Neurochirurgie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Neurologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
 Neurologie

Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-ptisiologie
 Gastro-Entérologie

Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUACHANE Thami
 Pr. BENYOUSSEF Khalil
 Pr. BERRADA Rachid
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUHOUCHE Rachida
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. CHELLAOUI Mounia
 Pr. DAALI Mustapha*
 Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. GOURINDA Hassan
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBABH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 Pr. BERNOUSSI Zakiya

Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique

Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL BARNOUSSI Leila
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HADDOUR Leila
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. ISMAEL Farid
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid

Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale

Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KARMANE Abdelouahed
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. SASSENOU ISMAIL*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENHARBIT Mohamed
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. KARIM Abdelouahed
Pr. KENDOSSI Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. TNACHERI OUZZANI Btissam
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amin
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZIANE Nourdine

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie

Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL BEKKALI Youssef*
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Anesthésier réanimation
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

PROFESSEURS AGREGES :

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMAHZOUNE Brahim*
Pr. AMINE Bouchra
Pr. AZENDOUR Hicham*
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KADI Said *
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
Pr. ZOUHAIR Said*

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Rhumatologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Traumatologie orthopédique
Pédiatrie
Microbiologie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie
Microbiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. CHERRADI Ghizlan
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. RAISSOUNI Zakaria*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Cardiologie
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. Ahmed JAHID
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Drissi*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
Pr. Mounir ER-RAJI
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Cardiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCI Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biotechnologie
Biologie
Chimie Organique
Biochimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

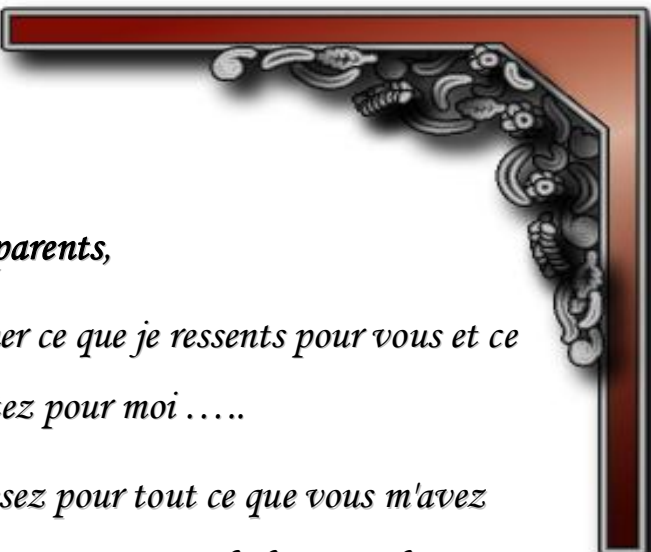
*Enseignants Militaires**

Mise à jour le 02/05/2013



Dédicaces





À mes parents,

*Les mots ne sauront jamais exprimer ce que je ressents pour vous et ce
que vous présentez pour moi*

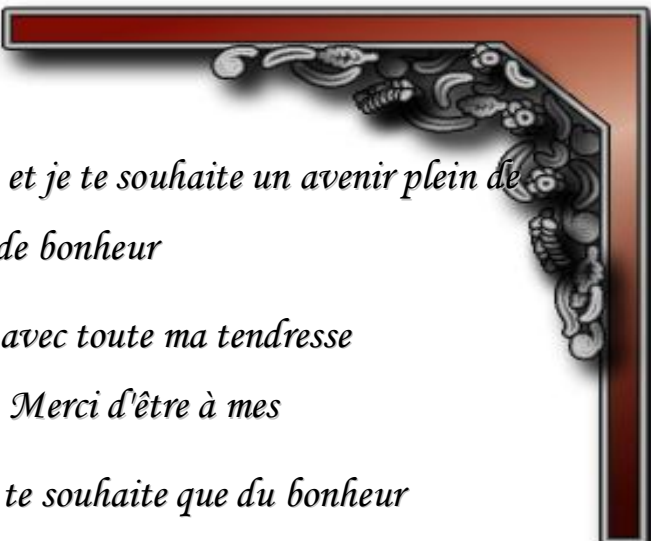
*Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'avez
donné et transmis sans compter. J'espère être à la hauteur de vos
espérances. Merci pour votre perpétuel soutien et votre patience
inépuisable chaque jour.. Vous m'avez toujours soutenue en toutes
circonstances. Je vous témoigne tout mon amour. Veuillez trouver là
l'expression de ma sincère reconnaissance. je vous adore..*

À mon mari BILAL



*Pour l'amour qu'il m'inspire, l'énergie et la force qu'il me communique.
Merci pour ton écoute, ton réconfort et ta présence à mes côtés, tu
étais toujours là à mes côtés tu n'as jamais cessé de m'encourager.*

Avec tout mon Amour



*A mon frère HICHAM, je t'aime et je te souhaite un avenir plein de
succès et de bonheur*

*A ma sœur LAMIÆ avec toute ma tendresse
et mon affection. Merci d'être à mes*

Côtés. Compte sur moi. Je te souhaite que du bonheur

*A mes deux chères tantes RACHIDA ET MALIKA et leurs familles
merci pour votre aide votre soutien permanent, je vous témoigne un
grand respect et beaucoup d'amour*

*A toute ma belle famille : ma tante RACHIDA, mon oncle
ABDELWAHEB, SAAD, MAHA, GHIZLANE, Je vous
témoigne tout mon amour et mon respect. Veuillez trouver là
l'expression de ma sincère reconnaissance.*



*A toute ma famille : mes tantes, mes cousins et cousines (ASMAA,
KNIZOU, FADWA, ADIL ET AHLAM) et toutes mes amies
spécialement SALMA ma meilleure amie Et surtout, à toutes celles et
ceux qui m'ont entourée et apportée leur amitié
et leur soutien jusqu'à ce jour merci ...*



Remerciements





*À notre Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur DEHAÏNI
Professeur en gynécologie obstétrique et chef du service
de gynécologie - obstétrique de L'HMMMV*

*Vous me faites l'honneur de présider ce travail
et je vous en remercie. Je vous*

*Suis reconnaissante de m'avoir accueillie dans votre service durant
mon stage d'internat et durant mon résidanat,
je vous remercie pour votre bienveillance.*

J'espère être à la hauteur de votre confiance.

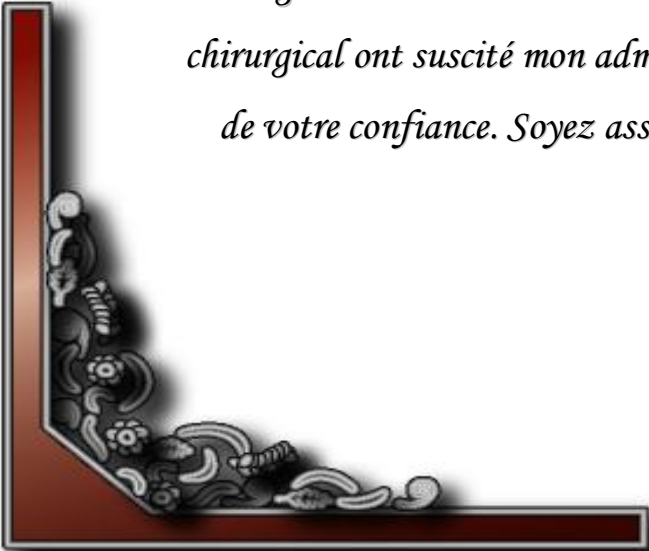
Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.





*À notre Maître et Directeur de thèse,
Monsieur MOUSSAOVI RAHALI DRISS,
Professeur en gynécologie obstétrique à L'HMIMV*

Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce travail. Je vous remercie de l'avoir dirigé et de m'avoir apporté une aide précieuse tout au long de sa réalisation. La générosité de votre enseignement, la rigueur de votre raisonnement scientifique et de votre geste chirurgical ont suscité mon admiration. J'espère être à la hauteur de votre confiance. Soyez assuré de ma très sincère gratitude





A notre maître et juge de thèse

Monsieur SIF EDDINE KANDRY

Professeur de chirurgie viscérale à L'HMIMV

Chef du service de chirurgie viscérale de L'HMIMV

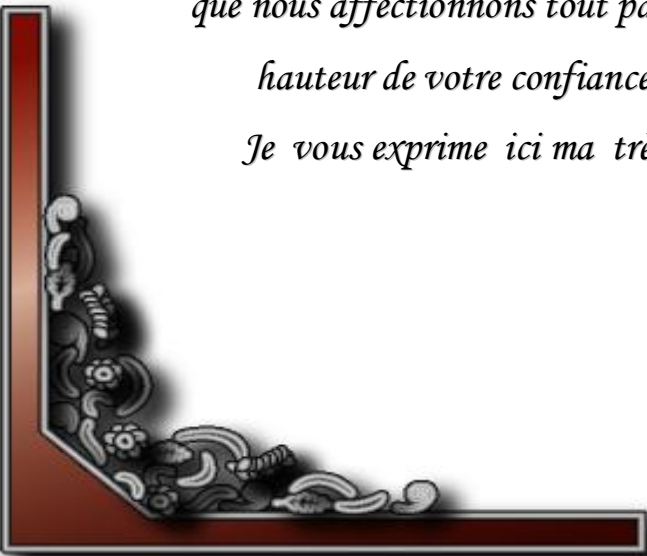
Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse.

Je vous suis reconnaissante pour votre accueil dans votre service

que nous affectionnons tout particulièrement. J'espère être à la

hauteur de votre confiance que vous m'avez accordée.

Je vous exprime ici ma très respectueuse reconnaissance





À notre maître et juge de thèse

Monsieur EL BOUZIDI ABDERRAHMANE

Professeur en anatomopathologie

Chef du service d'anatomopathologie à L'HMIMV

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

*Votre présence dans ce jury est enrichissante et reflète l'importance de
la multidisciplinarité en cancérologie. Votre Dynamisme et votre
sympathie sont pour moi un modèle. Veuillez trouver ici nos
respectueux remerciements.*





À notre maître et juge de thèse

Monsieur FILALI ADIB ABDELHAI

Professeur de gynécologie obstétrique

Vous avez accepté en toute simplicité de juger ce travail et c'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi notre jury de thèse.

Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre respect.





Monsieur KOUACH JAWAD

Professeur assistant en gynéco obstétrique de L'HMIMV

*je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré,
merci pour votre gentillesse et votre écoute,
votre compétence et votre rigueur est un modèle pour moi.*

A Monsieur BABAHABIB MY ABDELLEAH

Spécialiste en gynéco obstétrique à l'HMIMV



*je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré,
merci pour votre gentillesse, votre écoute, et votre soutiens,
votre compétence et votre rigueur est un modèle pour moi.*

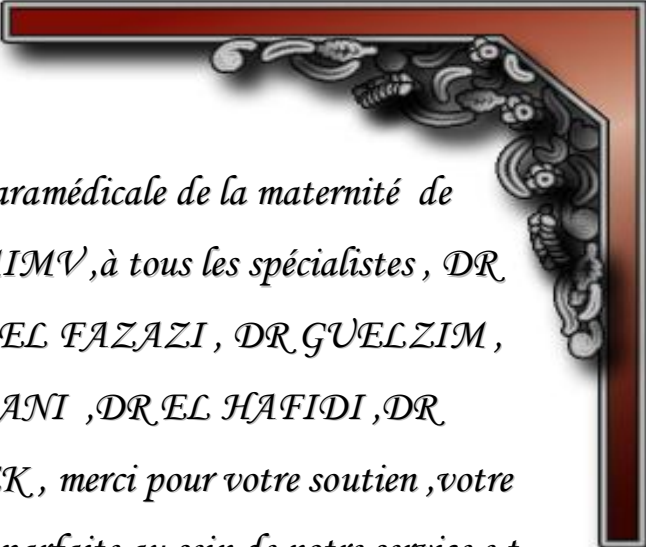


*À tous ceux qui m'ont soutenue durant mon internat,
Merci à toutes les équipes soignantes et non soignantes
des services qui m'ont accueillie au fil du temps. Vous m'avez
accompagnée tout au long de mon internat, j'espère
avoir été à la hauteur de votre confiance.*

*Aux médecins, infirmiers, aides-soignants de service des UCP qui
m'ont appris l'Alphabet de la chirurgie, merci pour votre rigueur et
pour tous les moments qu'on a passé ensemble*



*Aux médecins, infirmiers, aides-soignants du service de la
réanimation des urgences chirurgicales (RUCH), à Pr SBIHI, merci
pour votre aide, votre soutien, et votre gentillesse.*



À toute l'équipe médicale et paramédicale de la maternité de gynécologie obstétrique de L'HMIMV, à tous les spécialistes, DR HAKIMI, DR MEKLA, DR EL FAZAZI, DR GUELZIM, DR ZAZI, , DR EL HASSANI, DR EL HAFIDI, DR BENCHAKROUNE, DR SALEK, merci pour votre soutien, votre gentillesse, merci pour l'ambiance parfaite au sein de notre service et merci pour votre sérieux et votre rigueur

A mes anciennes, mes chères amies DR ACHENANI, DR MEZANE, DR LAZREK, ET DR BENKERROUM merci pour votre aide, votre soutien, et votre gentillesse.



À mes amis internes et résidents, DR FAGOURI, DR DERDABI, DR LAACHIRI, DR BENABDEJLIL, DR OSMANE; DR ABDOULLAHI, DR MOUAFFAK, DR RAITEB, DR AKHERRAZ, DR KASSIDI, DR CHNANA, DR HACHI, DR CHERRABI, DR BENSALAH, DR MANGOUB et DR DRISSI et tous les autres merci pour tous ces moments passés à vos côtés de jour comme de nuit



Sommaire



Introduction	1
Historique	3
Observations	5
Discussion	26
I-Définitions	27
II-Ethiopathogénie de l'endométriose pariétale	28
III-Epidémiologie	29
A-Fréquence	29
B/Facteurs de risque.....	30
1/ Age	30
2/ Facteurs raciaux et socio-économiques.....	30
3/ Facteurs environnementaux et tabagisme	31
4/Antécédents	31
a/familial	31
b/personnel.....	31
b-1/ gynécologique.....	31
b-2/ obstétrical.....	32
b-3/ contraception.....	33
b-4/ chirurgical	33
❖ Hystérectomie.....	34
❖ Laparoscopie.....	35
❖ Amniocentèse	35
❖ Avortement	36
5. Antécédents non chirurgicaux.....	36
VI-Anatomopathologie	37

A-Macroscopie	37
1- Lésions typiques	38
2- Lésions atypiques	38
B-Microscopie optique	38
1- Lésions typiques	38
2 -Lésions atypiques	40
3-Lésions avancées	40
4-Transformation maligne	40
C -Microscopie électronique	41
D-Immunohistochimie	41
V- Localisation	42
VI-Clinique.	42
A/Etude clinique	43
1.Typique.....	43
• Douleur	43
• Masse tumorale	44
2.Atypique	45
B/Examen physique	46
1. Examen abdominal	46
2-Examen gynécologique.....	47
C/Formes cliniques.	47
1.Formes évolutives.....	47
a. Evolution naturelle	47
b. Complications de l'endométriose.....	47
2.formes en fonction de siège	49
• Endométriose cicatricielle.....	49

• Endométriose ombilicale.....	49
• Endométriose du canal inguinal	50
• Endométriose pariétale +autre localisation.....	51
3. Forme en fonction de l'âge.....	52
• Endométriose pariétale de la femme âgée	52
• Endométriose de la jeune fille	52
• Endométriose pariétale de la femme enceinte	52
• Endométriose de l'homme.	53
VII-Examens paracliniques	53
A-Examens radiologiques	53
1- Echographie	53
2- Tomodensitométrie.	55
3-Imagerie par résonnance magnétique.....	56
B/Biologie.....	57
C/ Ponction à l'aiguille fine.....	57
VIII Diagnostic différentiel	58
A-Clinique	58
1. Devant un syndrome tumoral pariétal sur cicatrice	58
2. Devant un syndrome tumoral pariétal avec fluctuation de la taille de la masse	58
B. Paraclinique	58
1. Echographie	58
2. Tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique.....	60
3. Anatomopathologie	60
IX-Facteurs pronostiques.....	62
X-Traitement.	62

A. Moyens thérapeutiques.....	62
1. Traitement médical.....	62
a-Moyens médicaux	63
b. Indications.....	64
2. Traitement chirurgical.....	65
a. Buts.....	65
b. Indications.....	65
c. Technique.....	66
3. Résultats thérapeutiques.....	67
a. Traitement médical.....	67
b. traitement chirurgical	68
4-Complications.....	70
a-Traitement chirurgical.....	70
a-1 L'hématome	70
a-2 L'épanchement lymphatique	71
a-3 La nécrose cutanée.....	71
a-4 Les complications thromboemboliques.....	72
a-5 les récives.....	72
b-Traitement médical	72
XI-Prévention	74
Conclusion	75
Résumés	78
Annexes	82
Bibliographie	96



Liste des illustrations



Liste des abréviations

ATCDS	: antécédents
CA125	: carcinoma antigène 125
DIU	: dispositif intra utérin
DL	: douleur
FID	: fosse iliaque droite
FIG	: fosse iliaque gauche
FSH	: follicular stimulating hormone
GnRH	: gonadotrophine releasing hormone
HMIMV	: hôpital militaire d'instruction MOHAMMED V
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
LHRH	: luteinizing hormone releasing hormone
TDM	: tomodensitométrie
TTT	: traitement

Liste des Figures

Figure 1. Échographie pariétale (7,5 MHz) : masse nodulaire échogène hétérogène solido-kystique

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

Figure 3 : coupe histologique montrant les glandes endométriales entourées d'un chorion cytogène

Figure 4 : Pièce de tumorectomie

Figure 5 : image histologique des glandes endométriales avec du chorion cytogène

Figure 6 : Coupe histologique montrant les glandes endométriales dilatées

Figure 7 : image d'un nodule ombilical de 2 cm

Figure 8 : Image microscopique montrant des glandes endométriales

Figure 9: cicatrice de la tumorectomie

Figure 10 : nodules endométriosiques de la paroi abdominale antérieure hyper intense en T1 avec des signes d'endométriose pelvienne

Figure 11 : échographie +doppler de la paroi abdominale montrant le nodule endométriosique

Figure 12. Imagerie par résonance magnétique (coupe axiale en T2) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit, hypo-intense

Figure13 : étapes de la tumorectomie

Figure 14 : image hétérogène montrant un nodule endométriosique sous cutanée de la paroi abdominale

Figure 15 : a) coronale) transversale : images IRM montrant l'implant endométriosique infiltrant l'aponévrose des muscles grand droit

Figure 16 : _Aspect macroscopique d'un nodule endométriosique de couleur jaune au sein du tissu musculaire

Figure 17 : _Aspect histologique d'un foyer endométriosique dans les muscles droits abdominaux, composé de glandes et d'un chorion cytogène

Figure 18 : Echo-doppler de la masse montrant la vascularisation centrale artérioveineuse

Figure 19 : Endométriome pariétal (flèche) en TDM mesurant 4 cm de grand axe avec envahissement du muscle grand droit de l'abdomen sans effraction du péritoine pariétal

Figure 20 : Imagerie par résonance magnétique (coupe axiale en T2) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit, hypo-intense

Liste des Tableaux

Tableau I : Résumé des données cliniques et du traitement

Tableau II : Fréquence de réalisation des examens para cliniques dans un but diagnostique au niveau de quelques séries de la littérature.

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

Tableau IV : traitement selon la littérature

Tableau V : l'évolution selon la littérature

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

Tableau VII : Classification d'ACOSTA

Tableau VIII : Classification de l'AFS

Tableau IX : Classification de Markham

Tableau X : Classification de FOATI

Liste des Annexes

Annexe 1 : Définitions

Annexe 2 : Classification de l'endométriose

- ❖ Classification d'ACOSTA
- ❖ Classification de l'AFS
- ❖ Classification de Markham
- ❖ Classification de FOATI

Annexe 3 : Etiopathogénie de l'endométriose



Introduction



L'endométriose est une pathologie non néoplasique très polymorphe quasi-exclusive de la femme en période d'activité génitale, qui se définit par la présence de tissu endométrial en dehors de l'endomètre, susceptible de répondre aux sollicitations hormonales ovariennes. Les localisations les plus communes sont pelviennes : ovaires, péritoine, ligaments utérins, lame recto vaginale. D'autres localisations extra pelviennes plus rares ont été décrites, en particulier au niveau de la vessie, de l'intestin, de l'appendice, de l'ombilic, des sacs herniaires, du poumon, des reins et de la paroi abdominale.

L'endométriose pariétale abdominale, sous cutanée, est rare et relativement une entité peu connue puisqu'elle constitue 1 à 2 % des cas d'endométriose extra-génitale. Elle survient surtout sur des cicatrices chirurgicales. Lorsqu'elle est rencontrée sous la forme d'une masse circonscrite, elle est dénommée endométriome. La prévalence maximale de cette entité se situe à la quatrième décade de vie [1]. De 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. Dans ce travail nous rapportons huit cas d'endométriose localisées à la paroi abdominale, colligés au service de gynéco obstétrique de l'HMIMV de Rabat entre 2010 et 2013, à travers lesquels 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.



Historique

- La première observation d'une endométriose ombilicale et ses particularités a été décrite par VILLAR en 1886 [2].
- 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 [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 [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.



Observations



Observations 1 :

Mme P.K âgée de 31 ans mère d'un enfant de 2 ans, hospitalisée à la suite de la découverte fortuite d'une masse de la fosse iliaque gauche indolore en regard de la cicatrice de césarienne type Pfannentiel .sans antécédents familiaux notables .Dans les antécédents chirurgicaux la patiente rapporte une césarienne il y a deux ans pour souffrance fœtale aigue.

L'examen clinique a trouvé une tuméfaction de la paroi abdominale de 3cm de grand axe au niveau de la région sus décrite, ferme et fixe par rapport au plan profond et mobile par rapport au plan superficiel.

L'examen gynécologique n'avait objectivé aucune anomalie.

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

L'échographie pariétale a objectivé une formation hétérogène solidokystique de la paroi abdominale en regard du côté gauche de la cicatrice de césarienne mesurant 30 mm au grand axe (figure 1).

Le scanner abdomino-pelvien a montré une masse pariétale tissulaire de 30x20 mm du muscle grand droit de l'abdomen latéralisée à gauche (figure 2)

Le traitement a consisté en une résection du nodule par une incision en regard du nodule, qui a permis de confirmer la localisation intramusculaire de la masse, et de l'enlever en totalité avec les collerettes aponévrotiques adjacentes

L'étude anatomo pathologique :

La microscopie a montré des glandes endométriales de taille variable, bordées par un épithélium cylindrique régulier ; leurs lumières étaient parfois

gorgées de sang et sont tapissées de chorion cytogène sans signe histologique de malignité (figure 3).

L'évolution est jugée bonne (sans récurrence) avec un recul de 12 mois.

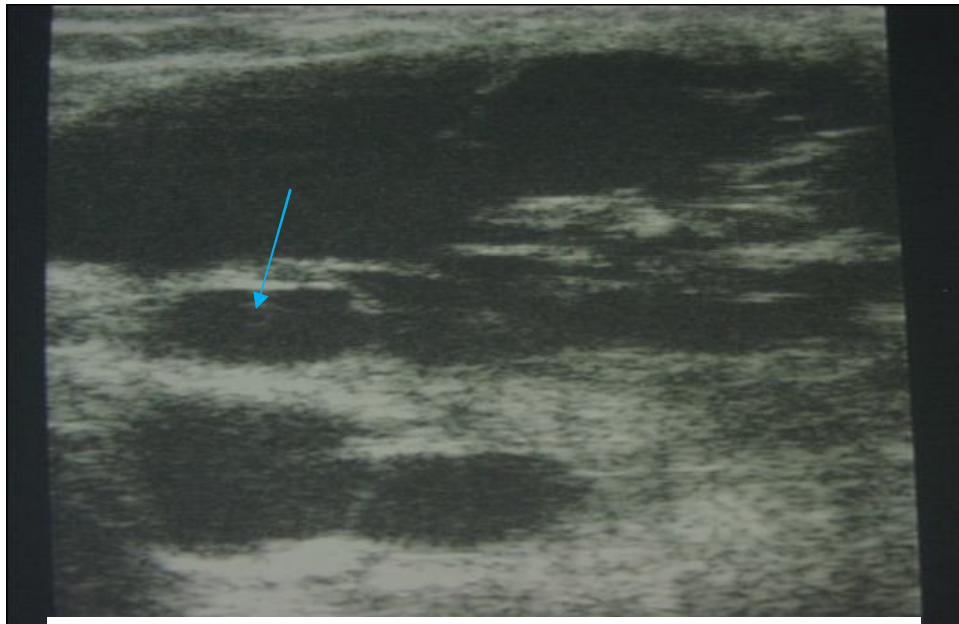


Figure 1. Échographie pariétale (7,5 MHz) : masse nodulaire échogène hétérogène solido-kystique



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

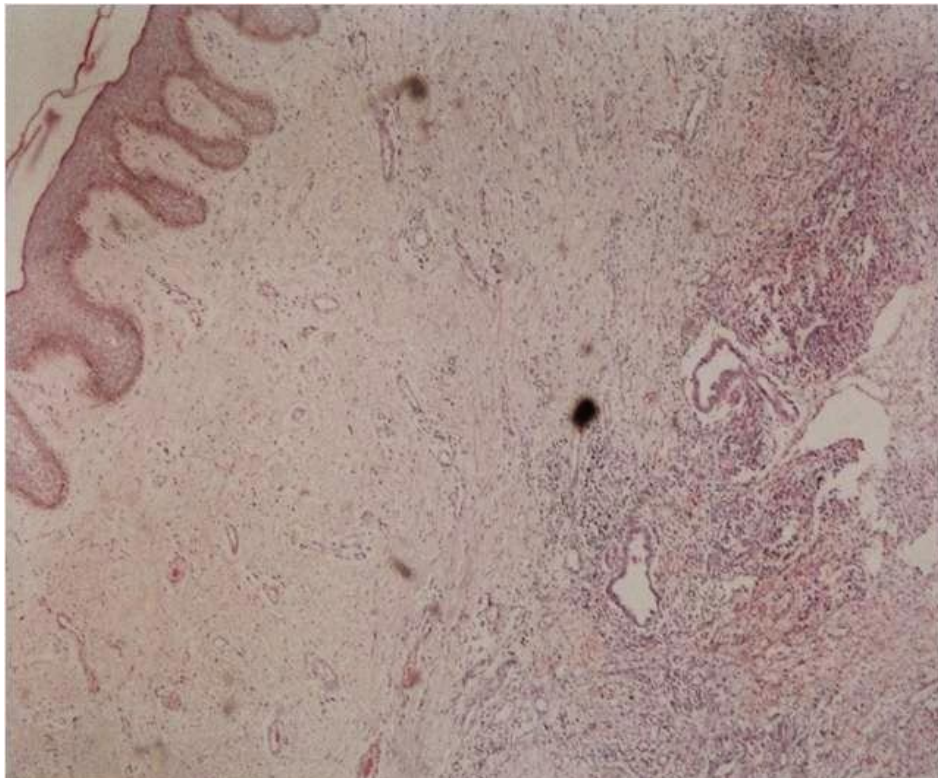


Figure 3 : coupe histologique montrant les glandes endométriales entourées d'un chorion cytogène

Observation2

Mme. K. H. âgée de 34 ans, mariée et mère d'une fille de 05 ans, sans antécédents personnels ou familiaux particuliers, mis à part césarienne il y a 05 ans.

Le début de la symptomatologie remonte à 2 mois par la constatation par la patiente d'un nodule sous-cutané de la fosse iliaque droite douloureux spontanément, cette douleur est continue sans intervalle libre. Le nodule a été constaté alors que la patiente présentait un retard de menstruation de 10 jours, les douleurs ont persisté malgré le retour des règles

L'examen clinique révéla un nodule de 2 cm de diamètre, adhérent au plan profond, mobile par rapport au plan superficiel, ferme à dure, très douloureux au palper et qui est situé à 0,5 cm au-dessus de la cicatrice de césarienne. Le reste de l'examen est sans particularités.

La patiente subit alors une exérèse totale du nodule, qui était sous-aponévrotique, entouré d'un tissu graisseux, et qui a été extirpé en un seul fragment.

L'examen anatomo-pathologique a révélé la présence d'un foyer d'endométriose. L'étude macroscopique (figure 4) de la pièce a montré qu'il s'agit d'un nodule enchâssé dans la graisse, blanc grisâtre, de consistance ferme avec, à la coupe, une fibrose centrale et des microkystes. L'étude microscopique montra des glandes endométriales de taille variable, parfois dilatées, bordées par un épithélium cylindrique régulier ; leurs lumières étaient parfois gorgées de sang et sont tapissées de chorion cytogène (figure 5).

L'évolution était bonne avec un recul de 18 mois



Figure 4 : Pièce de tumorectomie

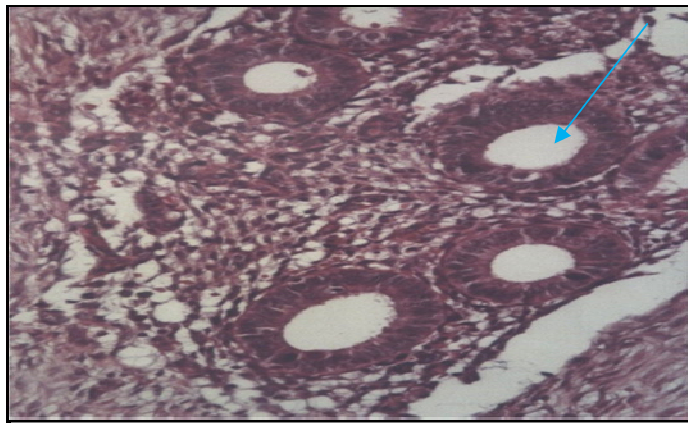


Figure 5 : image histologique des glandes endométriales
avec du chorion cytogène

Observation3:

Il s'agit d'une patiente âgée de 46ans, mère de 4 enfants, sans antécédents pathologiques chirurgicaux ni familiaux notables toujours réglée avec un cycle régulier 6jours /27jours. L'histoire de la maladie remonte à un mois auparavant par la découverte à l'autopalpation d'un nodule péri ombilical qui augmente de volume et devient douloureux lors de la période des règles.

L'examen clinique a objectivé un petit nodule ombilical de 1,5cm de diamètre ; qui siège à la périphérie de l'ombilic, mobile par rapport aux plans superficiel et profond de consistance ferme, sensible à la palpation, sans lésion cutanée en regard. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Une échographie a été demandée et qui a montrée une image kystique sous cutané de 1,5 cm a contenu épais d'allure endométriosique

Traitement : La patiente a bénéficié d'une tumorectomie. Les suites post opératoire étaient simples.

L'examen histologique de la pièce a confirmé la nature endométriosique du nodule (Figure6).

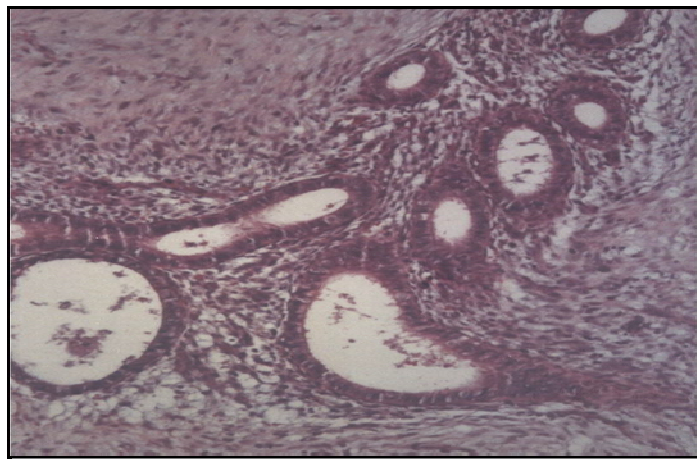


Figure 6 : Coupe histologique montrant les glandes endométriales dilatées

Observation 4 :

Nous rapportons l'observation d'une jeune femme de 32 ans 2^{ème} geste 2^{ème} pare, sans antécédents chirurgicaux ni familiaux notables, qui se plaint d'une tuméfaction ombilicale douloureuse qui évolue depuis 7 mois, augmentant de volume au moment des menstruations et saignant de façon occasionnelle.

L'examen clinique trouve une patiente en bon état général avec une tuméfaction ombilicale multinodulaire, brunâtre, douloureuse, de 2cm de diamètre, mobile par rapport au plan profond [Figure N°7].

Le diagnostic d'endométriose était suspecté devant l'aspect bleuâtre et le caractère cyclique de la douleur. Une biopsie cutanée a confirmé le diagnostic. L'exérèse chirurgicale emportant toute la masse a pu être réalisée. Les suites postopératoires ont été simples.

L'étude macroscopique de la pièce a mis en évidence un nodule blanc grisâtre, de consistance ferme. L'étude microscopique a montré des glandes endométriales de taille variable, parfois dilatées, bordées par un épithélium cylindrique régulier ; leurs lumières étaient gorgées de sang et sont tapissées de chorion cytogène [Figure N°8]. La patiente est suivie régulièrement en consultation sans récurrence après un recul de 18 mois [Figure N°9].



Figure 7 : image d'un nodule ombilical de 2 cm

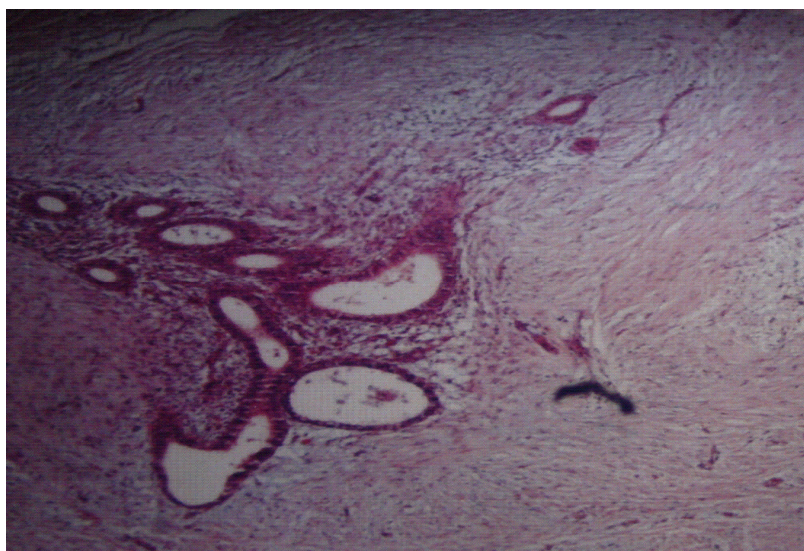


Figure 8 : Image microscopique montrant des glandes
endométriales



Figure 9: cicatrice de la tumorectomie

Observation 5 :

Il s'agit de Mme E.A âgée de 44 ans ,4ème geste 4ème pare, ayant comme antécédents une hépatite virale c chronique et une césarienne il y a 4 ans pour placenta prævia,

Le début de la symptomatologie remonte à 2 ans et demi par la perception d'un nodule en regard de la cicatrice Pfannentiel douloureux augmentant progressivement de volume au moment des menstruations ;

L'examen clinique trouve un nodule de 3 cm en regard de l'extrémité gauche de la cicatrice de césarienne, ferme et très douloureux à la palpation fixe par rapport au plan profond,

Les touchers pelviens n'ont pas objectivé de particularité ;

La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale du nodule qui était fixe aux muscles grands droit de l'abdomen,

L'étude anatomo pathologique a confirmé le diagnostic d'endométriose pariétale en mettant en évidence des glandes endométriales entourées par un chorion cytogène

L'évolution a été marquée par la réapparition ; après 10 mois ; de la douleur en regard de la cicatrice qui devient de plus en plus intense et invalidante, et à l'examen clinique la récurrence du nodule qui mesure 4x5x3 cm ferme et fixe par rapport aux deux plans

La patiente a bénéficié d'une injection d'analogue GnRH pour le soulagement de la symptomatologie pendant six mois. Avec exacerbation de la douleur juste après l'arrêt du traitement médical

Une IRM pelvienne et de la paroi abdominale a été demandée ; qui est revenue en faveur d'une récurrence avec des signes en faveur d'une endométriose pelvienne ; (Figure N° 10)

Le traitement a consisté en une exérèse chirurgicale du nodule dur qui mesurait 5cm x4cm avec une infiltration de l'aponévrose et des muscles sous jacents ; l'exploration de la cavité a confirmé l'endométriose pelvienne en objectivant un pelvis adhérentiel

La patiente est suivie régulièrement en consultation sans récurrence après un recul de 12 mois

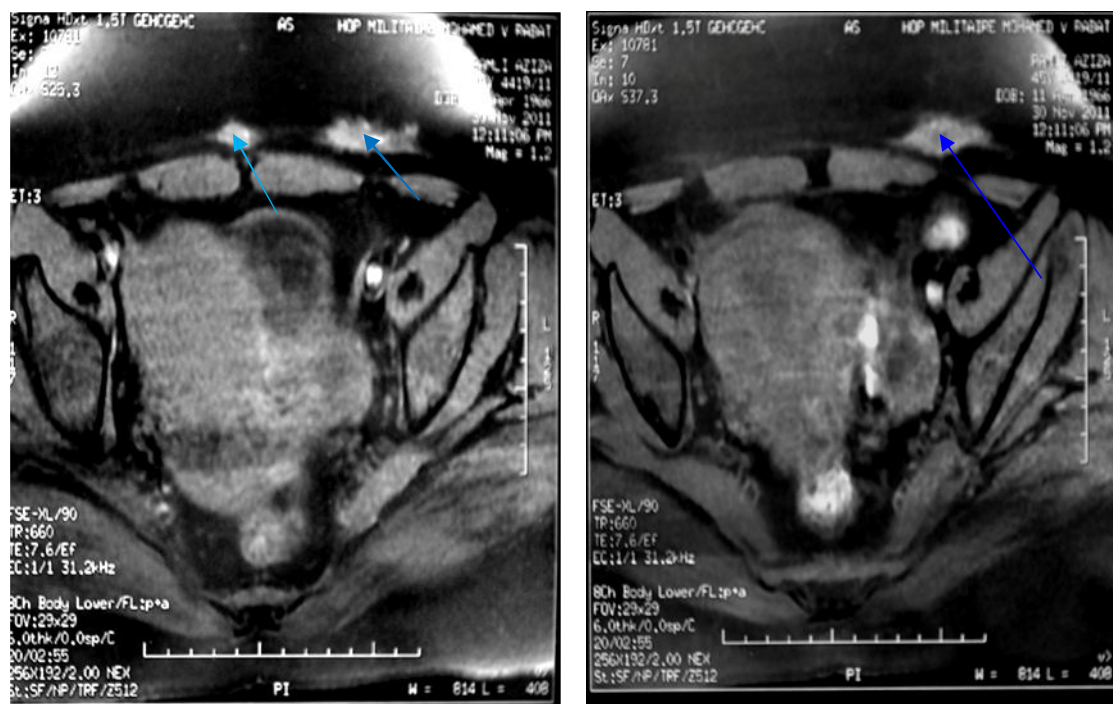


Figure 10 : nodules endométriosiques de la paroi abdominale antérieure hyper intense avec des signes d'endométriose pelvienne

Observation 6

Mme S.F âgée de 30ans mariée et mère de deux garçons, hospitalisée à la suite de l'installation d'une douleur exquise cyclique au niveau de la cicatrice de césarienne (Pfannentiel).

Dans les antécédents chirurgicaux de la patiente, on note une césarienne il ya 4 ans.

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

L'examen physique a signalé une masse 2 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'un nodule tissulaire hétérogène de contours irréguliers de siège sous cutané, une IRM a été également demandé ; qui a confirmé le nodule pariétal sans lésion endométriosique pelvienne associée

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

•Macroscopie :

Masse pariétale mesurant 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.

•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 consisté en une exérèse du nodule qui était très dure pré aponévrotique n'infiltrant pas les muscles grands droits

Evolution :

Le résultat post opératoire immédiat était en faveur d'un hématome qui a été drainé avec bonne amélioration. Lors de sa dernière consultation (recul de 14mois), l'état de la patiente était jugé bon : pas de récurrence de douleurs

A noter que la patiente est tombée enceinte 10 mois après la tumorectomie

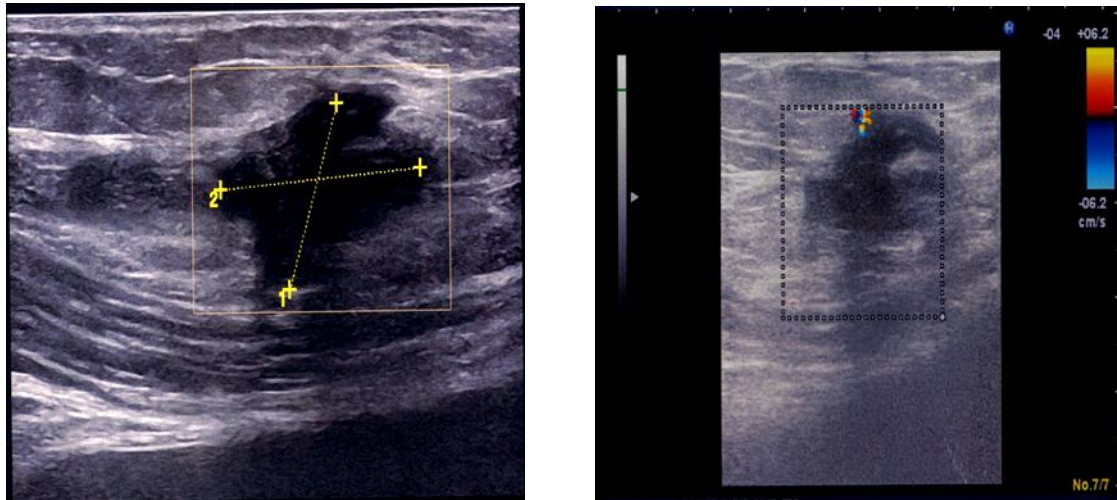


Figure 11 : échographie +doppler de la paroi abdominale montrant le nodule endométriosique

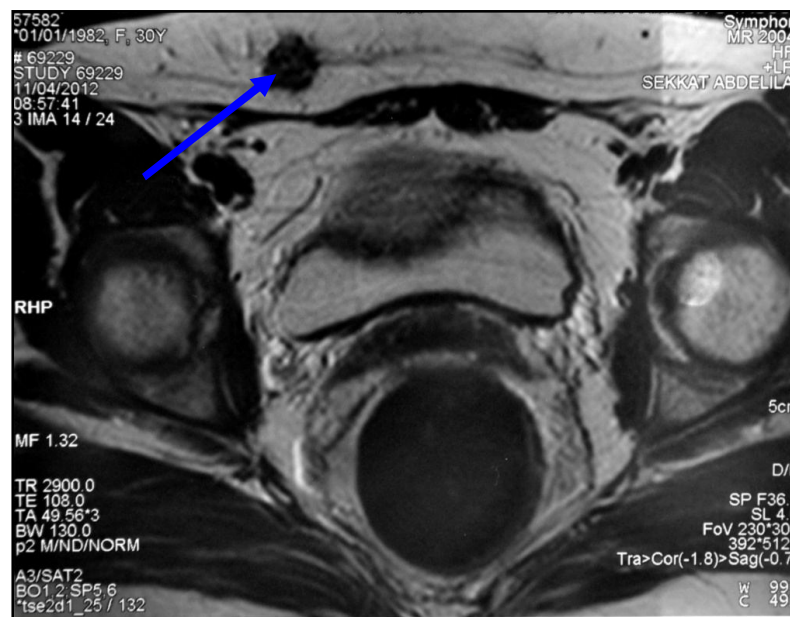


Figure 12. Imagerie par résonance magnétique (coupe axiale en T2) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit,



FIGURE 13a :
INCISION BIVALVE EN REGARD
DU NODULE



FIGURE 13b :
TUMORECTOMIE LARGE AVEC
OUVERTURE DE
L'APONEVROSE QUI SERA
REFERMEE FACILEMENT



FIGURE 13c :
PIECE DE LA TUMORECTOMIE

Figure13 : étapes de la tumorectomie

Observation 7 :

Mme K.H âgée de 27 ans mère de 2 enfants de 3 ans, consulte pour un nodule douloureux en regard de la cicatrice de césarienne (Pfannentiel).

Dans les antécédents chirurgicaux la patiente rapporte une césarienne il y a trois ans pour métrorragies troisième trimestre.

L'examen clinique a trouvé un nodule de la paroi abdominale de 1,5cm de grand axe au niveau de l'angle droit de la cicatrice Pfannentiel, ferme et douloureux à la palpation.

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 radiologique.

L'échographie a montré un nodule tissulaire hétérogène à contours irréguliers mesurant 14 ,7/18 mm, de siège sous cutané alors que l'exploration des organes abdominopelviens a été sans particularités.

Le traitement a consisté en une ablation de la masse en respectant la marge de sécurité, l'exploration l'a trouvée sous cutanée stricte épargnant l'aponévrose des muscles grands droit.

L'étude histologique a conclu à une greffe endométriosique.

Evolution :

L'évolution est jugée bonne (sans récurrence) avec un recul de un an et 8 mois.

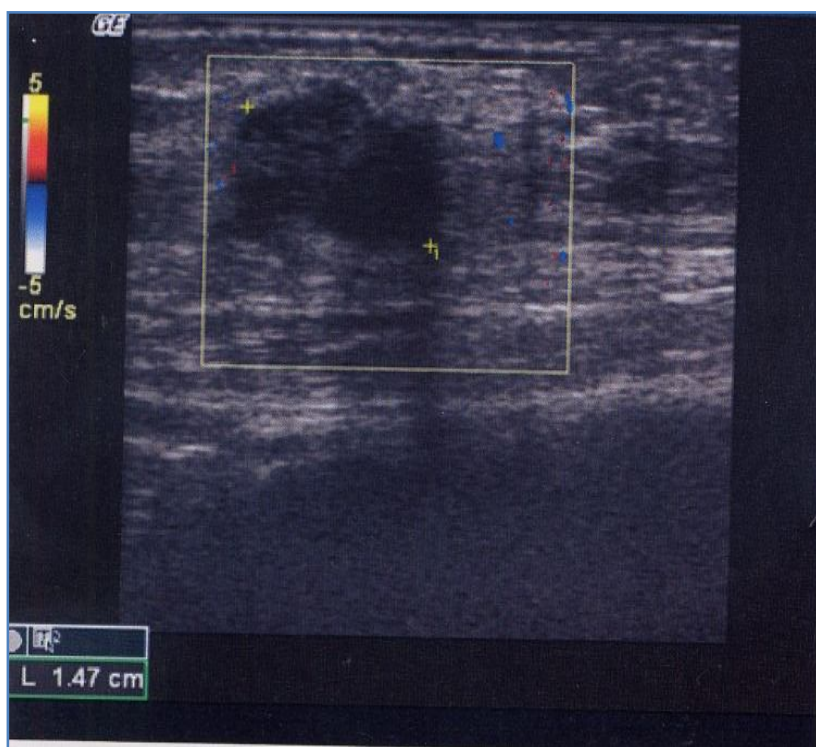


Figure 14 : image hétérogène montrant un nodule endométriosique sous cutanée de la paroi abdominale

Observation 8 :

Mme F.K âgée de 32 ans mère de deux enfants, sans antécédents familiaux notables, porteuse d'un utérus doublement cicatriciel, consulte à la suite de la découverte fortuite d'un nodule de la fosse iliaque gauche en regard de la cicatrice de césarienne type Pfannentiel apparu 5 ans après la dernière césarienne douloureux et qui double de taille au moment des menstruations.

L'examen clinique a trouvé une tuméfaction de la paroi abdominale de 3cm de grand axe au niveau de la région sus décrite, ferme et fixe par rapport au plan profond et mobile par rapport au plan superficiel.

L'examen gynécologique n'avait objectivé aucune anomalie.

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

L'échographie pariétale a objectivé une formation hétérogène solidokystique de la paroi abdominale en regard du côté gauche de la cicatrice de césarienne mesurant 35 mm au grand axe .

L'IRM abdomino-pelvienne a montré un implant endométriosique au niveau de la paroi pelvienne en avant du muscle grand droit a gauche faisant 40 mm et un autre implant faisant 15 mm en regard du muscle grand droit a droite une exérèse des deux nodules qui étaient très dures sous aponévrotique infiltrant les muscles grands droits ;

L'étude microscopique a montré un tissu fibreux abritant de nombreuses glandes endométriales de taille variables tapissées par des cellules pseudo stratifiées dépourvues d'atypie. ces glandes sont entourées par du chorion cytogène richement cellulaire.

Les suites post opératoires immédiates ont été marquée par un hématome qui a été drainé avec des soins quotidien L'évolution a long terme est jugée bonne avec un recul d 8 mois



Figure 15 : a) coronale ,b) transversale : images IRM montrant l'implant endométriosique infiltrant l'aponévrose des muscles grand droit

Tableau I: Résumé des données cliniques et du traitement

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7	CAS 8
Age	31 ans	34 ans	46 ans	32 ans	44 ans	30 ans	27 ans	32 ans
ATCDS	Oui	Oui	Non	Non	oui	Oui	Oui	Oui
chirurgicaux								
Intervalle post opératoire	2 ans	5ans	-	-	4 ans	4 ans	5 ans	3 ans
Clinique	Masse en regard de la cicatrice Indolore	Nodule sous cutané +dl continue	Nodule ombilical +dl cyclique	Nodule ombilical +dl cyclique	Masse pariétale +dl cyclique	Nodule douloureux	Nodules douloureux	Masse pariétale douloureuse
Siège	FIG en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	Péri ombilical	Péri ombilical	FIG en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	FIG en regard de la cicatrice pfannentiel
Caractère Cataménial	<i>NON</i>	<i>NON</i>	<i>OUI</i>	<i>OUI</i>	<i>OUI</i>	<i>OUI</i>	<i>Oui</i>	<i>OUI</i>
Dimensions	<i>30mm</i>	<i>20mm</i>	<i>15mm</i>	<i>20mm</i>	<i>40mm</i>	<i>25mm</i>	15 mm	35mm
Traitement	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse +ttt médical	Exérèse	Exérèse	Exérèse
Evolution	<i>Bonne</i>	<i>Bonne</i>	<i>Bonne</i>	<i>Bonne</i>	<i>Récidive</i>	<i>Bonne</i>	<i>Bonne</i>	<i>Bonne</i>



Discussion



I-Définitions :

■ L'endométriose se définit par la présence de tissu endométrial ectopique, situé à distance de l'endomètre et sans connexion avec lui. Par tissu endométrial on entend l'association de glandes de type endométrial ou bien d'un épithélium endométrial et de stroma encore appelé chorion cytogène. Cette définition est restrictive. Elle diffère donc de la colonisation qui s'observe au niveau des trompes, où la muqueuse endométriales glisse au delà de son extension normale et reste en continuité avec celle primitive.

■ L'endométriose, externe, peut s'observer dans presque toutes les parties du corps chez la femme et dans le tractus urogénital chez l'homme soumis à une hormonothérapie aux estrogène .elle n'a toutefois jamais été mise en évidence au niveau de la rate.

■ L'endométriome est une forme de l'endométriose sous forme d'une masse solide ou kystique.

■ L'endométriose pariétale, objet de ce travail se définit quant à elle par la présence de tissu endométrial normal en texture au niveau de la paroi abdominale. Très souvent, cette localisation de la maladie se caractérise par sa présentation sous l'aspect d'un endométriome et sa localisation au niveau d'une cicatrice ou de l'ombilic.

II-Ethiopathogénie de l'endométriose pariétale

La physiopathologie de l'endométriose pariétale est controversée, la théorie de la transplantation (reflux tubaire menstruel) permet de comprendre le phénomène rentrant en jeu : lors d'une césarienne, l'hystérotomie suivie de l'extraction foetoplacentaire permet le contact entre les cellules endométriales et la paroi abdominale. Cette localisation est également expliquée par une modification des rapports anatomiques après laparotomie. L'utérus serait attiré par des adhérences contre la paroi abdominale, ainsi que les trompes, qui se retrouveraient plaquées contre le péritoine pariétal. Au cours des menstruations, le sang refluant dans les trompes suivrait les replis péritonéaux et les adhérences pour imprégner la cicatrice opératoire. On peut alors concevoir la survenue de greffes de tissus endométriaux dans les zones musculo-aponévrotiques décollées et/ou traumatisées [10]. L'existence de phénomènes postopératoires d'inflammation et de cicatrisation favorisant la prolifération cellulaire, ces cellules en position hétérotopique peuvent ensuite se multiplier et évoluer « pour leur propre compte », générant les symptômes observés. Pour les mêmes raisons, on a pu observer des cas d'endométriose pariétale après amniocentèse, perforation utérine.

L'on présume ainsi que le mécanisme de l'endométriose survenant sur la cicatrice chirurgicale est en rapport avec une transplantation iatrogène de l'endomètre ou bien du tissu décidual extra utérin incorporé dans l'incision durant la chirurgie ; il est alors stimulé par les estrogènes, va proliférer jusqu'à ce qu'il devienne symptomatique. Bien que l'endométriose survienne sur des cicatrices de laparotomies, l'endométriose sur cicatrice d'incision est en général plus fréquemment rencontrée après des opérations lors desquelles l'utérus est ouvert.

Les deux autres théories métastatique et de la métaplasie cœlomique peuvent expliquer les cas de nodules d'endométriose au niveau de l'ombilic et au niveau de la gaine des muscles grands droits chez des femmes n'ayant subi aucune intervention chirurgicale.

III-Epidémiologie : (15,16)

A-Fréquence :

La fréquence de l'endométriose en général est estimée à 2 % dans la population générale, tous âges confondus, à 10 % dans le groupe des femmes âgées de 30 à 40 ans. Chez les femmes suivies pour stérilité, la fréquence est nettement plus importante (30 à 40 %) ;

Il n'existe cependant aucune donnée relative à la prévalence spécifique de l'endométriose pariétale abdominale dans la population générale.

La localisation pariétale abdominale fait partie des localisations cutanées (cicatrice, ombilic, vulve, péritoine, 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 .elle représente 2 % de toute la pathologie

L'endométriose pariétale concerne 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 [17]. L'endométriose sur cicatrice chirurgicale serait plus fréquente que ne le démontrent les chiffres

Les endométriomes sur cicatrice chirurgicale survenant après césarienne ont une incidence estimée entre 0,03 % et 4 % [28, 81]. L'incidence exacte de l'endométriome 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

Peu de facteurs de risque concernant l'endométriose pariétale ont été rapportés dans la littérature, par contre ceux qui ont été rapportés intéressent l'endométriose en général

1/ Age

L'endométriose de la paroi abdominale affecte les femmes en période d'activité génitale entre 20 et 40 ans (19 ; 20)

Dans notre série l'âge moyen des patientes était de 36,5 ans (de 27 à 46 ans).

Il n'existe pas d'endométriose avant la puberté. El Absi et al ont rapporté un cas d'endométriose chez une femme ménopausique (21)

2/ Facteurs raciaux et socio-économiques.

L'endométriose en général est plus fréquente chez la race blanche, elle n'est pas rare pour autant chez les africains (CHATMAN, 1986) telle notre quatrième patiente qui est une gabonaise, de plus, elle est aussi élevée, sinon plus chez les orientales (MIYAWAZA, 1976). Elle est plus fréquente chez les femmes de haut niveau socioéconomique ayant reçu un niveau d'éducation plus élevé. Cette information peut cependant être biaisée par la plus forte tendance à consulter des femmes instruites.

3/ Facteurs environnementaux et tabagisme(22)

A côté de ces notions classiques, une place de plus en plus grande est réservée aux facteurs comportementaux comme le tabac 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, - aucune de nos patiente n'ayant pas d'antécédents de tabagisme ni éventuelle exposition aux facteurs environnementaux pouvant participer à l'ethiopathogénie de l'endométriose pariétale

4/Antécédents (23 ; 24)

a/familial

La prédisposition familiale est rapportée comme étant un facteur de risque de la maladie. L'atteinte d'une parente du premier degré multiplie par 5 selon LAM (1986), ou par 7 selon CRAMER (1986), Les études familiales ont montré que cette condition se transmet selon le mode polygénique et multifactoriel. Lamb (68) pense toutefois que se sont les habitudes familiales de vie qui expliquent cette différence, plutôt que le facteur génétique. L'interrogatoire de nos patientes n'a pas révélé des antécédents familiaux notables

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

b/personnel

b-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 11 ans 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.

b-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. cependant dans l'endométriose pariétale, elle constitue un facteur favorisant du fait de: l'imprégnation hormonale importante; déficit immunitaire général et probablement local associé, ces deux éléments favorisant la stimulation endométriosique au niveau des zones « greffées », et la non élimination de ces tissus en position ectopique, plus particulièrement lors des 1er et 2eme trimestres de grossesse. (9)

Les six patientes ont eu un antécédent de césarienne

b-3/ contraception

L'endométriose est oestrogéno-dépendante et tout facteur réduisant le taux d'oestrogène 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.

b-4/ 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....).

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.

❖ Césarienne

La fréquence d'antécédents de césarienne en cas d'endométriose pariétale est très variable selon les études : de 0,03 à 0,4 % pour certains [25, 26] ; jusqu'à 1% voire 4% pour d'autres [10]. Cependant, la plupart notent que l'endométriose pariétale est plus fréquente après hystérotomie du deuxième ou du début du troisième trimestre. A l'encontre de ceci, Yang et collaborateurs rapportent une prédominance de l'endométriose après césarienne à terme.

Les six patientes parmi les huit avaient une endométriose pariétale après une césarienne à terme entre 2010 et 2013

Les cicatrices cutanées impliquées sont localisées au niveau des incisions de Pfannentiel, 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 (26). Les cicatrices utérines sont surtout celles d'hystérotomies segmentaires transversales ; beaucoup moins celles segmentaires verticales.

Le mécanisme incriminé est celui de la théorie du reflux avec greffe de cellules endométriales au niveau de la cicatrice abdominale au moment de l'hystérotomie. Le contact de la paroi avec l'endomètre peut se faire de façon directe mais aussi indirecte à l'occasion de la délivrance, le placenta pouvant renfermer des débris d'endomètre, ou à l'occasion d'un reflux sanguin à partir de la cavité utérine via l'hystérotomie notamment au cours de l'expression utérine [9]. L'extériorisation de l'utérus, l'absence de champs de bordage, l'absence de repéritonisation pariétale ou du segment inférieur, l'incision transrectale pourraient favoriser cette possibilité lors d'une césarienne ou d'une hystérectomie. L'immunité diminuée, le climat d'hyperoestrogénie en cours de grossesse, ce dernier pouvant également être reproduit chez les femmes sous traitement hormonal substitutif de la ménopause, semblent constituer des facteurs favorisant d'endométriose pariétale dans le contexte de cicatrice abdominale [25, 9, 27]. Cela étant, quelques cas d'endométriose pariétale en l'absence de toute cicatrice ont été décrits [19].

❖ Hystérectomie

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

Cependant, CHATTERJEE [28] a rapporté que les avortements du second semestre et les hystérectomies abdominale étaient la procédure chirurgicale générant le plus d'endométriose cicatricielle, suivies des épisiotomies.

❖ Appendicectomie

Il est rare que l'endométriose soit observée sur des cicatrices d'appendicectomies [25]. Le délai entre l'intervention causale et l'endométriose est très variable, entre 6 mois et 6 ans. Cependant, LAMBLIN et coll. [25] avaient noté un délai de 26 ans lors d'un cas.

❖ Laparoscopie

Le premier rapport d'endométriose sur voie de trocart de laparoscopie est l'œuvre de HEALY et coll. [6]. 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 [6], en absence de certaines précautions.

❖ Amniocentèse

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 [29]. La complication mineure la plus fréquente est le spotting [29]. Le premier cas démontrable d'endométriose faisant suite à deux procédures d'amniocentèse a été publié en 1997 par HUGHES et coll. [29]. Cette complication potentielle doit être gardée à l'esprit chaque fois que l'on réalise ce geste.

❖ Avortement

En 1977, FERRARI et coll. [23] rapportèrent un cas d'endométriose pariétale après 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 [29].

❖ Cure de hernie

STECK et al. [30] 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.

5. Antécédents non chirurgicaux. (30)

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.

VI-Anatomopathologie :

A-Macroscopie

L'aspect macroscopique des lésions d'endométriose en général varie suivant leur siège, leur caractère superficiel ou profond, leur ancienneté et la période du cycle [31] 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

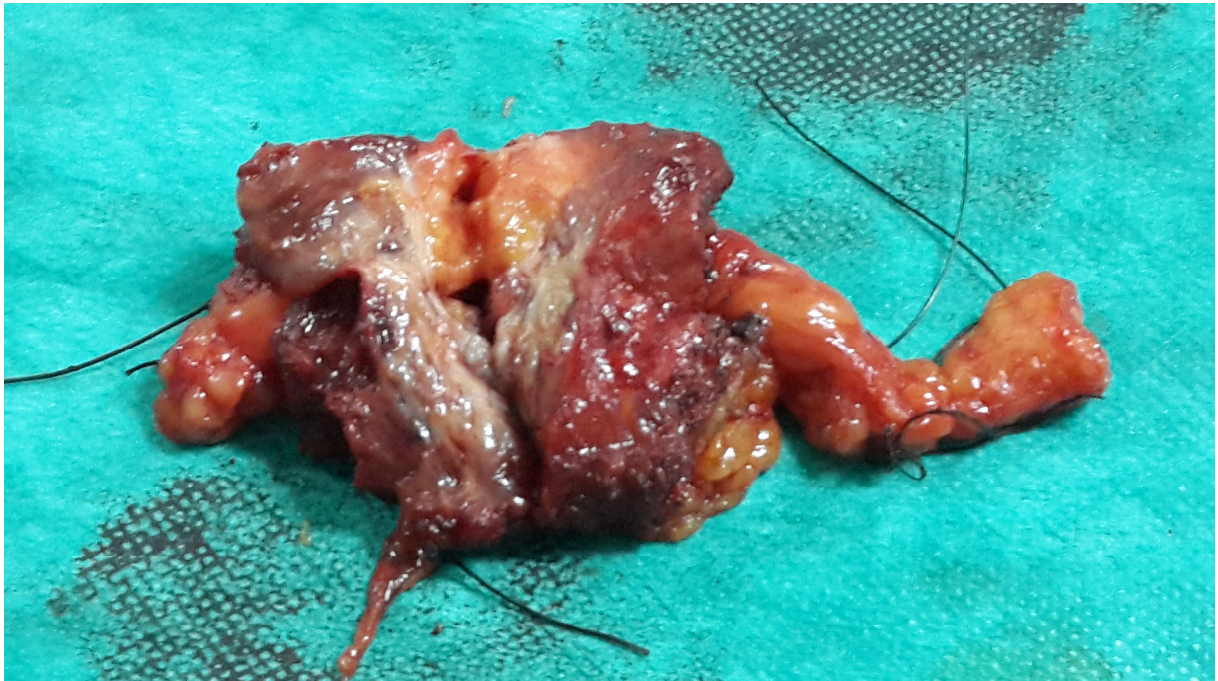


Figure16 aspect macroscopique d'un nodule endométriosique de couleur jaune au sein du tissu musculaire

1- Lésions typiques

Elles se présentent comme des nodules ou des lésions micro kystiques rouges, bleues, brunes ou noires, en légère saillie ou au contraire déprimées et ecchymotiques [12,32 ,31]

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 optique

1- Lésions typiques

Le tissu endométrial ectopique peut présenter les mêmes aspects que l'endomètre eutopique : prolifératif, sécrétoire, menstruel, décidualisé, atrophique, hyperplasique, métaplasique, néoplasique. Il peut également être synchrone ou non pendant les modifications du cycle. L'aspect histologique varie beaucoup d'une patiente à une autre et il existe une hétérogénéité de réponse des foyers d'endométriose aux stimuli hormonaux aussi bien endogènes qu'exogènes. Il n'y a pas de corrélation entre l'intensité des symptômes cliniques et la réponse hormonale des lésions d'endométriose à l'examen histologique. La fibrose d'accompagnement augmente avec l'ancienneté des lésions et étouffe parfois complètement la composante endométriale spécifique, rendant le diagnostic assez hypothétique [31].

Cependant, le diagnostic histologique de l'endométriose pariétale se base sur l'identification des caractéristiques des glandes endométriales et des cellules du stroma baignant dans un tissu conjonctif fibreux ou du muscle squelettique. La plupart des cas exhibent un endomètre en phase proliférative ; néanmoins, l'on peut mettre en évidence un endomètre en phase sécrétoire, avec stroma décidual. ;toutes nos patientes avaient bénéficié d'un examen anatomopathologique qui a permis de confirmé la présence des glandes endométriales au sein du chorion cytogène baignant dans un tissu conjonctif fibreux ou musculaire

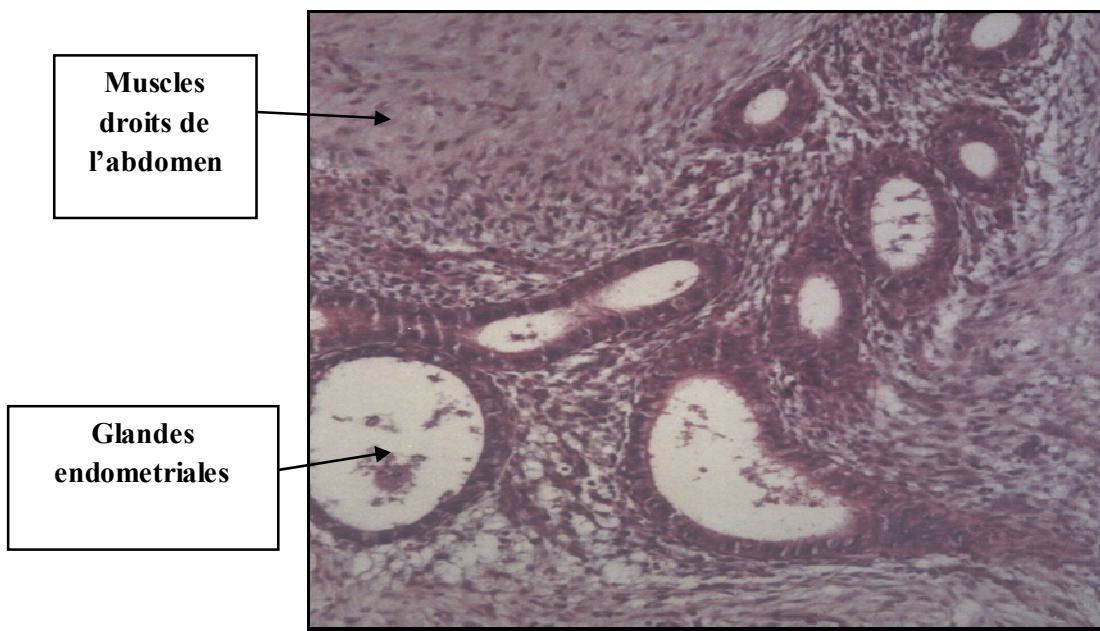


Figure 17

Aspect histologique d'un foyer endométriosique dans les muscles droits abdominaux, composé de glandes et d'un chorion cytogène

2 -Lésions atypiques

Des cas peuvent être le siège d'une atypie cellulaire significative, mise en évidence par un pléomorphisme nucléaire, des nucléoles proéminents et des images mitotiques anormales [4]. Ces modifications s'effectuent sous médiation hormonale et ne devraient pas être considérées comme témoignant d'une malignité. Habituellement, aucune de ces patientes n'a une évolution clinique agressive. Des cas similaires sont décrits dans le cas de l'endométriose ovarienne [4].

3-Lésions avancées

L'endométriose 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'endométriose peuvent contenir des histiocytes appelés pseudoxanthomateux, chargés de produits de dégradation du sang, qui ne sont pas spécifiques de l'endométriose.

4-Transformation maligne

La cancérisation des lésions d'endométriose se rencontre principalement au niveau de l'ovaire [1, 6]. Les localisations extra pelviennes des lésions d'endométriose ayant dégénéré ne représentent qu'environ 20 % des cancers attribuables à l'endométriose. La forme la plus commune est l'adénocarcinome endométrioïde, sergent and all ont rapporté un cas de transformation maligne d'une endométriose pariétale (11)

C -Microscopie électronique

La microscopie électronique montre deux types de cellules épithéliales : un type avec des cils et un réticulum endoplasmique granuleux abondant, l'autre avec de nombreuses microvillosités et des mitochondries éparses, indicatives de différenciation endométriale .

KAUPPILA [34], par l'étude biochimique des récepteurs hormonaux (concentration des récepteurs à la LH, des récepteurs aux estrogènes et à la progestérone dans les tissus endométriosiques et dans l'endomètre eutopique) a montré que l'endométriose ectopique, bien qu'hormonodépendante, ne présentait pas les mêmes modifications au cours du cycle que l'endomètre eutopique.

D-Immunohistochimie

Les greffes endométriosiques au niveau de la paroi abdominale présente une réponse incomplète et variable aux stimuli hormonaux. Les études immunohistochimiques mettent en évidence une expression variable des récepteurs des estrogènes et de la progestérone : plus faible en général que l'endomètre eutopique, parfois dissociée voire absente [31]. Des différences de la membrane basale ont également été mises en évidence [35].

Les tests immunohistochimiques habituellement pratiqués sont les immunocolorations à la cytokératine, qui mettent en évidence les amas épithéliaux, et celles à la vimentine, qui imprègnent les cellules du stroma [36].

V- Localisation

La lésion envahit les tissus sous-jacents en regard des cicatrices .Mais certaines lésions pariétales apparaissent en dehors de tout contexte chirurgical [37]. Pour certains auteurs, l'ombilic est assimilé à une cicatrice ce qui expliquerait l'affinité des cellules endométriales pour cette localisation. La lésion envahit souvent les muscles abdominaux et leur gaine.

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.

37,5% de nos patientes avaient une localisation intramusculaire, 25% pré aponévrotique et 12,5% sous aponévrotique

VI-Clinique.

Généralement la tumeur est de petit volume soit environ 2 cm de diamètre. Dans notre étude la taille de la tumeur varie entre 15 mm et 40 mm

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 (comme le cas de notre troisième malade) 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 leurs gaines. 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/ Etude clinique. (18 ; 1)

Les symptômes classiques de l'endométriose sont la dysménorrhée, la dyspareunie et l'infertilité. L'endométriose isolée sur cicatrice, peut quand à elle 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. (9 ; 28 ; 38 ; 39 ; 17 ,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 ou 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 6ème, 7ème et 8ème patientes, typiquement, on est en présence de trois patientes aux environs de la trentaine, se plaignant d'un syndrome tumoral très localisé, siège à proximité de la cicatrice de césarienne type pfannentiel 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 (38)

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 (39 ,17)

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. Toutes nos patientes ont consulté pour bilan d'une masse pariétale . Cette masse était douloureuse avec exacerbation cataméniale de la symptomatologie chez 75% de nos patientes. Il est à noter que des signes d'endométriose pelvienne intra abdominale ne sont retrouvés que dans 26 % des cas de la littérature [4,41] et notre 5eme patiente avait des signes d'endométriose intra-abdominale

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 dans notre série la taille a varié entre 15 et 40 mm. Sa palpation dépend quand à elle de sa profondeur de localisation et de moment du cycle au cours duquel l'examen est effectué. 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. (42 ; 43)

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 physique :

1. Examen abdominal. (17 ; 13)

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 0,5 cm et 2 cm sont considérées comme des micro- endométriomes, tandis que celles de plus de 3 cm sont dites de grande taille.

Nos patientes avaient à l'examen clinique des masses dont les dimensions varient entre (1,5-4 cm), douloureuse au moment des menstruations et fixe par rapport aux deux plans profond et superficiel. BUMPERS et coll. [13] ont rapporté le cas d'une masse de dimensions de 9 x 12 cm. Lors de l'étude de DWIVEDI et coll. [17], la plus petite masse avait des dimensions de 1,1 x 0,7 cm contre 5,6 x 5,9 cm pour celle ayant la plus grande taille. La sensibilité rencontrée dans le cas de l'endométriose 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.

2-Examen gynécologique

Il est représenté 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, de la cloison recto-vaginale.

C/Formes cliniques.

1. Formes évolutives . (1,14 ,35 ,43 ,44,45 ,46)

a. Evolution naturelle.

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 régressaient dans 24%.

b. Complications de l'endométriose.

•Infertilité. (1 ; 35 ; 14; 45 ; 46)

Liée principalement à la pathologie intra abdominale plus qu'à la pathologie endométriale pariétale

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 pariétale ont été rapportés. Les relations entre l'endométriose légère et l'infertilité sont difficiles à établir.

- *Syndromes abdominaux aigus. (14)*

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

- ✓ *Dégénérescences des foyers endométriosiques. (14)*

Certes l'endométriose pariétale est une pathologie bénigne mais sa cancérisation n'est pas exceptionnelle ; 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.

Sergent and all ont rapporté le cas d'une femme de 45 ans, avec des antécédents d'accouchement par césarienne, présentant une endométriose pariétale récidivante qui s'est transformée en carcinome à cellules claires. L'évolution a été rapidement fatale.

2. formes en fonction de siège.

• *Endométriose cicatricielle.* (21)

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.

• *Endométriose ombilicale.* (3, 21, 47 ; 48 ; 49 ; 50; 51 ; 52; 53 ; 54)

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. Comme le cas de nos deux malades qui se sont présentées avec des nodules ombilicaux bleuâtres qui augmentent de taille et deviennent douloureux aux moment des menstruations

- ***Endométriose du canal inguinal. (4 ; 55 ; 56 ; 57)***

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.

- ***Endométriose pariétale +autre localisation. (43)***

L'endométriose pelvienne concomitante dans le cas d'endométriome sur cicatrice a été rapportée à la hauteur de 26%.comme le cas de notre 5eme patiente

3. Forme en fonction de l'âge.

- ***Endométriose pariétale de la femme âgée. (21)***

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 AVICIENNE ont rapporté un cas survenu chez une femme de 60 ans, 22 ans après une césarienne, par voie médiane et 20ans après la ménopause.

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

- ***Endométriose de la jeune fille. (30)***

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.

- ***Endométriose pariétale de la femme enceinte. (1, 43, 31)***

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.

- ***Endométriose de l'homme.***

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

VII-Examens paracliniques : (58 ; 59 ;40 ,60 ;61)

A-Examens radiologiques

1- Echographie

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.

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.
- ✓ 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.

✓ Autres aspects peuvent être observés: masse kystique ou poly kystique, masse mixte kystique et solide, Contours irréguliers spéculés, contours hypoéchogène.

✓ 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.

•50% de nos patientes ont bénéficié d'une echographie pariétale ;

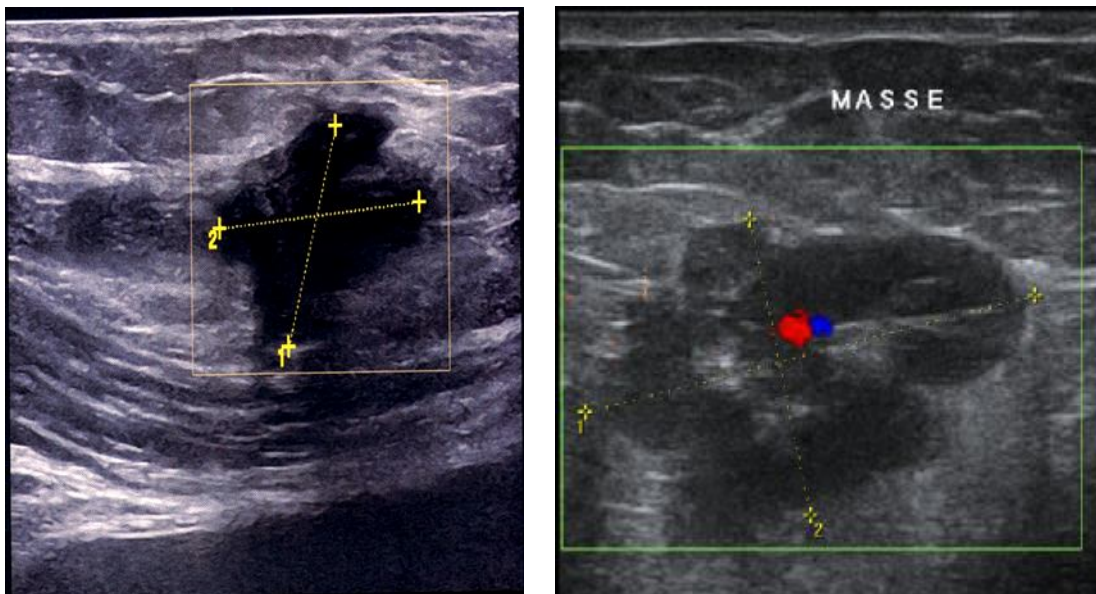


Figure 18 :Echo-doppler de la masse montrant la vascularisation centrale artérioveineuse

2- Tomodensitométrie.

L'aspect tomodensitométrique des localisations sous cutanées de l'endométriose n'est en aucun cas caractéristique : il s'agit d'une masse tissulaire homogène prenant le contraste après injection en raison du caractère vascularisé des lésions, cet aspect est identique aux localisations abdominales de l'endométriose (62) ; par ailleurs Le scanner peut être intéressant pour caractériser l'envahissement de la lésion en profondeur. Les images obtenues en échographie ou à l'aide du scanner dans l'endométriose cicatricielle sont peu spécifiques. Il s'agit soit d'images ayant l'aspect d'une collection liquidienne ou encore d'images tissulaires sans caractère spécifique. Cet aspect solide ou kystique pourrait d'ailleurs changer au cours du cycle en fonction de l'imprégnation hormonale. Une seule patiente a bénéficié d'une TDM pariétale qui a permis d'individualiser une masse pariétale tissulaire de 30x20 mm du muscle grand droit de l'abdomen latéralisée à gauche



Figure 19 : Endométriome pariétal (flèche) en TDM mesurant 4 cm de grand axe avec envahissement du muscle grand droit de l'abdomen sans effraction du péritoine pariétal

3-Imagerie par résonance magnétique(62)

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 endométrïomes, 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'indication

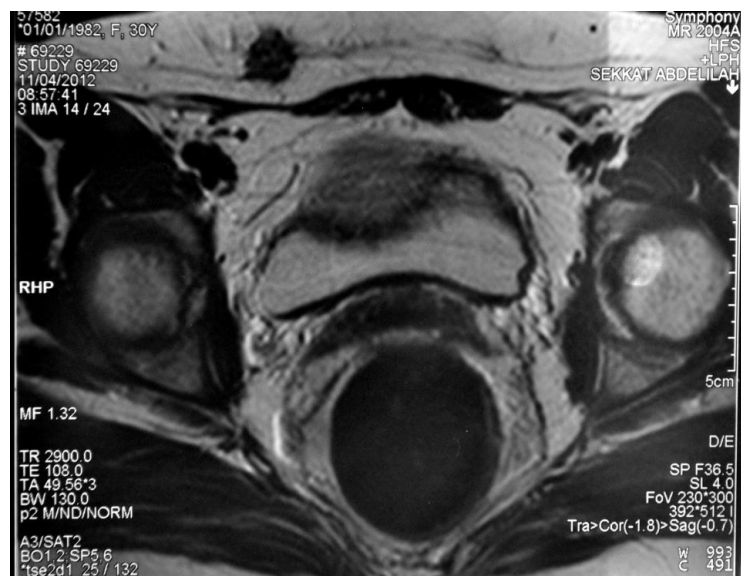


Figure 20 : Imagerie par résonance magnétique (coupe axiale en T2) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit, hypo-intense

B/Biologie.

Le taux sérique de CA125 peut être augmenté en corrélation avec la prolifération des cellules épithéliales dans la lésion d'endométriose en général, aucun intérêt n'a été démontré dans l'endométriose pariétale. (21)

C/ Ponction à l'aiguille fine.

La ponction aspiration ou la biopsie percutanée sont formellement contre-indiquées s'il y a la moindre suspicion clinique ou échographique d'endométriome pariétal, car il y a un fort risque de dissémination le long du trajet de la biopsie et l'exérèse chirurgicale totale est le seul traitement valable d'un endométriome de paroi [63]. Cependant ces techniques ont déjà permis de faire le diagnostic préopératoire d'endométriome [42].

Tableau II Fréquence de réalisation des examens para cliniques dans un but diagnostique au niveau de quelques séries de la littérature.

Examens pratiqués	Patterson [38]	PICOD [10]	Dwivedi [17]	Wolf [64]	Notre étude
Echographie	37,5 %	53,3%	31,7 %	25 %	50%
TDM	87,5 %	6,6%	23 %	25 %	12,5%
IRM	-	-	-	-	37,5%
Cytologie	12,5 %	-	31,7 %	-	0%
Biopsie d'excision	87,5%	Non précisée	Non précisée	100 %	12 .5%

VIII Diagnostic différentiel

A- Clinique

1. Devant un syndrome tumoral pariétal sur cicatrice

Le diagnostic différentiel d'une masse sur cicatrice, mis à part l'endométriome, inclut l'abcès, l'hématome, 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 [13].

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

De même, pour les tumeurs pariétales avec fluctuation de la taille de la masse, le diagnostic d'endométriose est le 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 [8]

B. Paraclinique

1. Echographie

L'échographie est le premier examen paraclinique 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 [13].

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, peuvent 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 [64].

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

- L'échogénéité 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 [65].
- Les granulomes peuvent se présenter sous la forme de lésions échogènes situées en dessous d'une cicatrice chirurgicale [66].
- L'échostructure 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 hypoéchogène, avec des contours nets [66].

- Les lipomes ont un aspect échographique homogène mais aux limites mal définies, légèrement plus réfléchives que le tissu environnant [65].
- Les hémangiomes sont visualisés sous la forme de lésions aux contours nets, d'échogénécité variable, ceci dépendant du type [66].
- Dans le cas de lymphome, les ganglions sont clairement distingués en tant que structures homogènes hypoéchogènes. Des zones anéchogènes, secondaires à la nécrose, peuvent aussi être observées [65].
- 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 [65].

2. Tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique

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 [25].

3. Anatomopathologie

En général l'étape anatomopathologique permet de redresser le diagnostic, La revue de la littérature montre qu'un grand nombre de cas de la maladie sont orientés dans des unités de chirurgie générale avec des diagnostics erronés, redressés à l'étape anatomopathologique seulement [32, 28]. Au cours d'une série, le diagnostic préopératoire correct avait été établi par des chirurgiens généralistes dans deux cas seulement sur 10 [67], et même dans aucun de la série de WASFIE [39]. Il a été supposé que ceci pouvait être en partie dû à

l'absence de prise de conscience ou encore 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 [38, 1]. Le tableau ci-dessous fournit des indications relatives à l'évocation du diagnostic correct de la maladie en fonction des étapes

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

Evocation diagnostique correcte	Etape clinique + Etape paraclinique	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	-Inconnu 100% -Suspecté 0 % -Correct 0 %	Suspecté	100 %
Notre étude	Inconnu 33,33% Suspecté 66,6% Correct0%	Suspecté	100%

IX-Facteurs pronostiques

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 endométrial.
- e-** La présence d'une infertilité, qui est un témoin de la gravité de l'atteinte [37].

X-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.

a-Moyens médicaux : (69. 70 .71. 9)

-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 anti gonadotrope 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 hypo gonadotrope et hypo oestrogénique. 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 oestrogénie.

-**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 oestrogénie 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 estrogène 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 :

- Decapeptil*, Enantone*, ou Zoladex en injection mensuelle.
- Synarel* ou Syprefact 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). Comme le cas de notre 5^{ème} patiente

- Nécessité de réduction de la masse abdominale de l'endométriose, 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. (72 ; 73)

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 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.

•Réparation de la pariéctomie : (73)

La réparation des pariéctomie 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 polyacide 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

3. Résultats thérapeutiques.

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

a. Traitement médical. (74 ; 75 ; 76 ; 77)

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'endométriose, 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. chez notre 5^{ème} patiente le traitement médical à base de Decapeptil 11,25 a permis un soulagement temporaire de la douleur.

b. traitement chirurgical (13 ; 10 ; 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 patiente, 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.

Tableau IV : Traitement selon la littérature

	WOLF	PATTERSON	LAMBLIN	DWIDEDI	PICOD	Notre étude
Traitement chirurgical	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Traitement médical	-	-	-	-	-	12 ,5%
Recours au traitement prothétique	50%	12,5%	100%	30,77%	0%	0%
Suites opératoires	simple		Simple	Simple	Simple	Hématome chez25%
Delai de suivi	-	-	8mois	-	-	15 mois

Tableau V : l'évolution selon la littérature

	Wolf	Wasfie	Patterson	Lamblin	Picod	Notre étude
Taux de complication	25%	0%	28%	0%	0%	25%
Taux de recidives	0%	16 ,6%	12 ,5%	33 ,3%	0%	12 ;5%
Délai de recidives	-	-	22%	1%	-	10 mois
Grossesse	25%	-	-	-	-	12 ,5

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. Dans notre série une seule patiente a présenté une récurrence (12,5%) après 10 mois du geste opératoire

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

4-Complications

a-Traitement chirurgical

Lorsque les conditions requises pour l'intervention sont respectées, les complications de l'exérèse chirurgicale de l'endométriose pariétale sont relatives au risque opératoire général [13] : 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.

a-1L'hématome

L'hématome est une source de réintervention. Il présente par ailleurs les risques de surinfection secondaire, de nécrose tissulaire par compression. 25% de nos patientes ont eu un hématome en post opératoire immédiat.

Plusieurs procédés validés 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- Capitonage 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 % [78 ;79] dans le cadre des plasties abdominales.

a-2 L'épanchement lymphatique

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

a-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.

a-4 Les complications thromboemboliques

Malgré qu'elles soient globalement assez rares, elles 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 [80].

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

a-5 les récurrences

Elle témoigne de la persistance des mécanismes générateurs et d'entretien de la pathologie et/ou de la présence d'une localisation intra-pelvienne associée, notre cinquième malade avait une récurrence de l'endométriose pariétale après 10 mois du traitement chirurgical

b-Traitement médical

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 [78] sont rapportés au niveau du tableau ci-dessous :

Tableau VI

Principaux effets induits par les traitements hormonaux de l'endométriose (revue de littérature) d'après LEMAY [78]

Contraceptifs oraux (estroprogestatifs)	
Gonflement abdominal	100%
Mastodynies	100%
Saignements	40%
Nausées	11%
Progestatifs (acétate de médroxyprogestérone)	
Gain pondéral	60%
Saignements	20%
Danazol	
Bouffées de chaleur	42%
Œdème	28%
Acné	27%
Hirsutisme	21%
Agonistes de la LH-RH	
Bouffées de chaleur	70 à 98%
Sécheresse vaginale	18 à 71%

XI-Prévention

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 [9];
- 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 [39] ;
- 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 [9] ;
- 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 suturer à travers la déciduale au moment de la fermeture utérine (39).



Conclusion



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

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

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

L'échographie Doppler couleur est l'examen morphologique de choix pour confirmer le diagnostic et éliminer d'autres pathologies pariétales en montrant une masse hypoéchogène hyper vascularisée. En 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.

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

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

En définitive et au regard des procédures incriminées dans les mécanismes de survenue de l'endométriose pariétale, l'on devrait s'attendre à une augmentation de la fréquence de cette dernière et prendre les mesures qui s'imposent à son encontre malgré la rareté relative actuelle de cette forme de la maladie.



Résumés



RESUME

Titre: Endométriose pariétale à propos de huit cas et revue de la littérature

Auteur : ZIYADI MOUNIA

Mots clé : endométriose pariétale-preuve anatomo pathologique-traitement chirurgical

Nous nous proposons au cours de ce travail et à travers de huit observations d'endométriose pariétale colligées au service de gynécologie-obstétrique II de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V, 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 décade de la vie, sur un terrain favorable d'antécédents de chirurgie abdominale, notamment la pratique de césarienne ou de chirurgie gynécologique.

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

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

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.

ABSTRACT

Title: Parietal endometriosis about eight cases and review of the literature

Author: ZIYADI MOUNIA

Keywords: Endometriosis parietal-pathological anatomical evidence -surgical treatment

We propose during this work and through eight cases of endometriosis parietal collated in the service of gynecology - obstetrics HMIMV, to review in a rather exhaustive, specific epidemiological, clinical, para clinical and therapeutic 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.

Under these conditions, the recourse to complementary investigations such as ultrasound, CT and MRI, or biopsy aspiration can support the diagnosis but rather enough, only the anatomopathological stage allows in an ultimate way to recognize the endometriosis. The treatment of choice of parietal endometriosis is surgical excision of the mass.

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

The association medical treatment containing Danazol or agonists of LH-RH is justified especially in the event of infringement concomitant pelvic or in presence of a large size tumor mass. The results of this treatment are addition very good with complete disappearance of the symptomatology in spite of a period of recovery.

الملخص

العنوان: إنتباد جدار بطانة الرحم من خلال تمان حالات وبمراجعة الأدبيات الطبية.

من طرف: زيادي مونية

الكلمات الأساسية: إنتباد جدار بطانة الرحم -التشريح الطبي -الجراحة.

لقد حاولنا في هذه الدراسة و من خلال تمان حالات انتباز جدار بطانة الرحم سجلت بمصلحة أمراض النساء و التوليد بالمستشفى العسكري بالرباط المرور بمراجعة الأدبيات الطبية بصورة شاملة، الخاصيات الوبائية، السريرية، شبه السريرية و العلاجية لإنتباز جدار بطانة الرحم و ذلك على ضوء الأدبيات الحديثة.

إن الإنتباز البطاني الرحمي الجداري يتميز بانتشاره عند النساء في العقد الرابع من الحياة، و من خلال أرضية ملائمة لعقائيل جراحة البطن، خاصة العملية القيصرية أو جراحة أمراض النساء.

إن التشخيص يصبح سهلا أمام وجود أعراضا نوعية متميزة و ذلك مع ملاحظة لدى المرأة في سن الإنجاب متلازمة و رمية مؤلمة بجدار البطن. مع ذلك، فإن التعرف على المرض يمكن أن يكون سريع التحدر نسبيا في غياب العلامات المعبرة، مما يدفع للشك في مراضات حميدة أو خبيثة أخرى. في هذه الحالات، اللجوء إلى استقصاءات تكميلية أخرى مثل الفحص بتخطيط الصدى، التصوير المقطعي و التصوير بالرنين المغناطيسي أو الرشف الإختزاعي يمكن من تدعيم التشخيص لكن في الغالب، مرحلة التشريح المرضي وحدها تمكن بصورة نهائية من معرفة الإنتباز البطاني الرحمي.

إن العلاج المختار لإنتباز جدار بطانة الرحم يتمثل في الإستئصال الجراحي للكتلة الورمية. موازاة مع تسوع عملية القطع، طريقة مساعدة لإصلاح العيوب السفاقية و الجلدية مع تجريف بواسطة لويحة يمكن أن تجد لها مكانا. إن الجمع بين العلاج الطبي المعتمد على الدانازول أو على ضواد الهرمون اللوتيني-الهرمون المنبه يفسر خاصة في حالة إصابة الحوض المرافقة أو عند وجود كتلة ورمية كبيرة الحجم.

إضافة إلى ذلك، فإن نتائج هذا العلاج جيدة جدا مع اختفاء تام للعلامات و رغم أن مدة الشفاء أطول قليلا مقارنة بعملية جراحية للبطن "عادية" فإن نسبة التناكس جد ضعيفة على مستوى الأدبيات الطبية.



Annexes



Annexe 1: définitions et différentes formes anatomique de l'endométriose

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 par une tumeur hormono-sécrétante ou en cas d'administration d'un traitement hormonal substitutif.

L'endométriose, 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, 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....

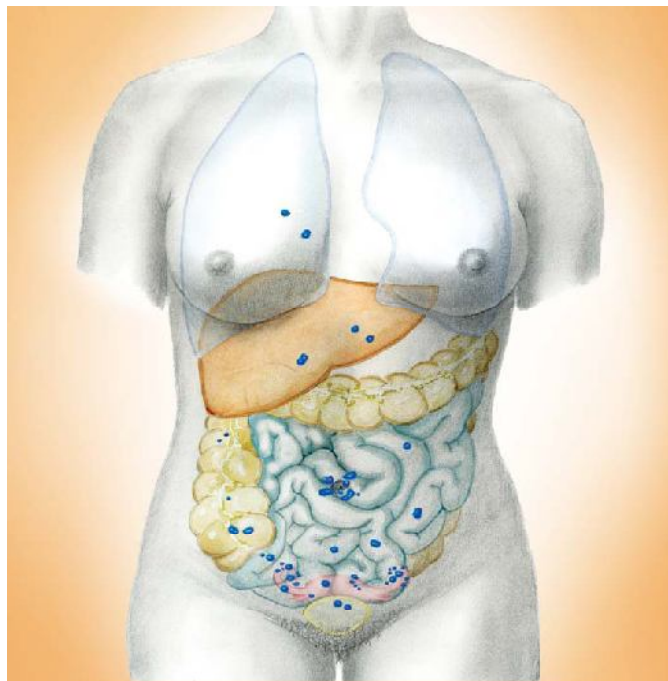
2/ extra péritonéales localisées :

- 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 : plèvre, poumon, bronches, ganglions, peau, foie, ombilic....



Les différentes localisations de l'endométriose

Annexe2 :les théories physiopathologiques expliquant 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 coelomique peut expliquer la survenue de l'endométriose chez la femme ayant une agénésie mullérienne, chez celle ayant une agénésie utérine ou possédant un utérus hypoplasique non fonctionnel ou les rares cas d'endométriose chez l'homme. (29)

b/ THEORIE DE LA TRANSPLANTATION. (83)

C'est la théorie la plus largement acceptée. Plusieurs modes de dissémination sont décrits :

- La voie lymphatique qui peut expliquer certaines localisations de l'endométriose, à titre d'exemple : l'endométriose ombilicale et celle touchant les ganglions pelviens.
- 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...
- 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. Lors d'une césarienne, l'hystérotomie suivie de l'extraction foetoplacentaire permet le contact entre les cellules endométriales et la paroi abdominale. On peut alors concevoir la survenue de greffes de tissus dans les zones musculo-aponévrotiques décollées et/ou traumatisées [71]. La survenue de phénomènes d'inflammation et de cicatrisation postopératoires favorisant la prolifération tissulaire, ces cellules en position hétérotopique peuvent ensuite se multiplier et évoluer « pour leur propre compte ». On observe alors les mêmes symptômes que l'endométriose pelvienne au niveau de la paroi abdominale. Pour les mêmes raisons, on a pu observer des cas d'endométriose pariétale après amniocentèse, perforation utérine, ou épisiotomie [71].

La grossesse, souvent synchrone de ces interventions invasives constitue un facteur de risque cumulé : l'imprégnation hormonale importante, le déficit immunitaire général et probablement local associé, sont deux éléments favorisant la stimulation endométriosique au niveau des zones « greffées », et la non élimination de ces tissus en position ectopique, plus particulièrement lors des 1^{er} et 2^e trimestres de grossesse. Cependant, ce facteur de risque n'est pas obligatoire, car des cas d'endométriose après laparotomie pour appendicectomie, ou après coelioscopie ont été rapportés

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

- 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.....

- 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 :

- ✓ La survenue du reflux menstruel
- ✓ Le reflux menstruel doit contenir des cellules endométriales viables.
- ✓ 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 de 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 des 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 pelvien 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. (11)

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

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

a- FACTEURS SURAJOUTES.

Malgré la fréquence du reflux du sang menstruel chez les femmes, 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

a-1/ prédisposition génétique. (12)

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.

a-2/ profil immunologique. (13)

Le système immunitaire intervient 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.
- ✓ La grossesse, souvent synchrone de ces interventions invasives constitue un facteur de risque cumulé : l'imprégnation hormonale importante déficit immunitaire général et probablement local associé, sont deux éléments favorisant la stimulation endométriosique au niveau des zones « greffées », et la non élimination de ces tissus en position ectopique, plus particulièrement lors des 1er et 2 e trimestres

de grossesse. Cependant, ce facteur de risque n'est pas obligatoire, car des cas d'endométriose après laparotomie pour appendicectomie, ou après cœlioscopie ont été rapportés .

a-3/ facteur anatomique. (14)

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

- ✓ Hymen non perforant.
- ✓ Cloison vaginale.
- ✓ synéchie cervicale, aplasie vaginale.

a-4 Facteurs toxiques environnementaux(10)

Beaucoup de substances naturelles ou industrielles peuvent avoir une activité estrogénique. Les estrogènes naturels ne sont pas uniquement d'origine ovarienne et peuvent aussi être

produits par des plantes ou des micro-organismes. De nombreux produits chimiques industriels et pesticides peuvent avoir une activité estrogénique.

Les dioxines (dioxines et dioxin like) ont souvent été incriminées dans l'induction d'endométrioses, par des effets toxiques endocriniens ou par immunosuppression. il a aussi été corrélé des cas d'endométriose après exposition à des radiations ionisantes ; le mode d'action incriminé serait une perturbation du système immunitaire.

Annexe 3 :classification de l'endometriose

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 : 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 VII : 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 -sacrés 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 VIII classification de l'AFS

CLASSIFICATION DE L'AFS (American Fertility Society)			
Endométriose	Inférieure à 1 cm	De 1 à 3 cm	Plus de 3 cm
<i>Péritonéale</i>			
Superficielle	1	2	4
Profonde	2	4	6
<i>Ovarienne droite</i>			
Superficielle	1	2	4
Profonde	4	16	20
<i>Ovarienne gauche</i>			
Superficielle	1	2	4
Profonde	4	16	20
Oblitération du cul-de-sac postérieur		Partielle score/4	Complète score 40
Adhérences par rapport à la circonférence	Moins de 1/3	De 1/3 à 2/3	Supérieures à 2/3
<i>Ovariennes droites</i>			
Transparentes	1	2	4
Opaques	4	8	16
<i>Ovariennes gauches</i>			
Transparentes	1	2	4
Opaques	4	8	16
<i>Tubaires droites</i>			
Transparentes	1	2	4
Opaques	4	8 *	16
<i>Tubaires gauches</i>			
Transparentes	1	2	4
Opaques	4	8 *	16
• <i>Stade I : endométriose minime : score de 1 à 5</i> • <i>Stade II : endométriose légère : score de 6 à 15</i> • <i>Stade III : endométriose modérée : score de 16 - 40</i> • <i>Stade IV : endométriose sévère : score supérieure à 40</i>			
* <i>Si les franges pavillonnaires sont complètement symphysées, remplacer le score par 16.</i>			

Tableau IX. :classification Markham

Classification et stades de l'endométriose extrapelvienne d'après Markham
Classification de l'endométriose extrapelvienne
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 extrapelvienne
Stade I - Sans dysfonctionnement d'organe ➤ extrinsèque a. lésion inférieure à 1 cm b. lésion de 1 à 4 cm c. lésion supérieure à 4 cm ➤ intrinsèque : muqueuse, muscle, parenchyme a. lésion inférieure à 1 cm b. lésion de 1 à 4 cm c. lésion supérieure à 4 cm Stade II - Dysfonctionnement de l'organe 1. extrinsèque : surface de l'organe (séreuse, plèvre) a. lésion inférieure à 1 cm b. lésion de 1 à 4 cm c. lésion supérieure à 4 cm 2. intrinsèque : muqueuse, muscle, parenchyme a. lésion inférieure à 1 cm b. lésion de 1 à 4 cm c. lésion supérieure à 4 cm

Tableau X : 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



Bibliographie



- [1] **YORAM WOLF ,HADDAD RIAD,WERBIN NAHUM and al.**
Endometriosis in Abdominal scars: A Diagnostic Pitfall.Gynec and Obstet ;1996.Vol 12,1042-1044.
- [2] **DAOUDI K,BONGAIN A.,CASTRILION JM.Et coll.**
Endometriose ombilicale.A propos d'un cas . Expansion scientifique française,1995
- [3] **CULLEN TS.**
THE DISTRIBUTion of adenomyomas containing uterine mucosa.
Arch Surg;1920;1:215-283
- [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 JEEF T ., WILKINSON NEAL W.,SAWYER MICHAEL.**
Abdominal waa endometrioma in a laparoscopic trocar tract: A case report.
Gynec and osstet,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 endotriosis. Am J Obstet Gynecol1984;148:395-397.

- [9] **oullalan o; BAQE P.,BENCHIMOL D.Et coll.**
Endometrioses des muscles grands droits de l'abdomen.
Ann .Chir.2000 ;125 :880-3 .

- [10] **G. Picod , L. Boulanger , F. Bounoua , F. Leduc , G. Duval**
Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen
cases

- [11] **CRAIG V. COMITER, MD.**
Endometriosis of the urinary tract

- [12] **BRUHAT M A, CANIS M, GLOWACZOWER E.**
Endométrie externe.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (paris): Gynécologie 12 (1987) 8

- [13] **Bumpers HL, Butler KL, Best IM.**
Endometrioma of the abdominal wall. Am J Obstet Gynecol
2002;187:1709–10.

- [14] **ACIEN P.**
Endometriosis and genital anomalies: some histogenetic aspects of external endometriosis. *Gynecol. Obstet. Invest* 22 no 2 (1986) 102-107.
- [15] **Am. J. Surg. Path 14 no 5 (1990) 449-455.**
Coelioscopie opératoire: endométriose. MEDSI-MC GRAW-HILL 11 (1989) 109-132
- [16] **PAPIERNIK E, ROZENBAUM H, BELAISCH-ALLART J.**
Gynécologie: endométriose (A.J.M. AUDEBERT)
Flammarion Ed., Médecines-Sciences 29 (1990) 435-458.
- [17] **DWIVEDI AMIT J., AGRAWAL SUNITA N. and al.** Abdominal wall endometriomas. *Digestive Diseases and Sciences, Vol. 47, n° 2 (February 2002), pp. 456-461*
- [18] **HESLA J.S., ROCK JA.**
Endometriosis. IN : THE LINDE'S OPERATIVE GYNECOLOGY. PHILADELPHIA. LIPPINCOTT TRAVEN, 1997: 585-624
- [19] **Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH.** Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003; 185: 596-8
- [20] **Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L.**
Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90: 218-22

- [21] **Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, et al.**
L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale. *Ann Chir* 2002;127:65-756
- [22] **VINCENT LM, MITTELSTRADET CA.** Sonographic demonstration of endometrioma arising in a cesarean section scar.
J Ultrasound med 1985;4:437-8 3
- [23] **FERRARI BT, SHOLLENBARGER DR**
Abdominal wall endometriosis following hypertonic saline abortion. *Jama* 1977;238:56-57.
- [24] **MICOWITZ M; BARATY; SLAVONOSKY .**
Endometriosis of the umbilicus *Dermatological*, 1983,167;326-330.
- [25] **LAMBLIN G, MATHEVET P, BUENERD A.** Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale. A propos de 3 observations. *J gynecol Obstet Biol reprod* 1999 ; vol 28, n°3 : 271-274.
- [26] **Encyclopédie Médico-Chirurgicale 41-900 césarienne techniques chirurgicales**
- [27] **F. Sergent, M. Baron, J.-B. Le Cornec, M. Scotté, P. Mace, L. Marpeau**
Transformation maligne d'une endométriose pariétale Un nouveau cas

- [28] **CHATTERJEE SK.** Scar endometriosis : a clinicopathologic study of 17 cases.
Obstet Gynecol 1980; 56: 81-4
- [29] **HUGHES MICHAEL L., BARTHOLOMEW DEBORAH, PALUZZI MICHAEL.**
Abdominal wall endometriosis after amniocentesis : a case report. *The Journal of Reproductive Medicine. Vol 42, N° 9, September 1997.*
- [30] **STECK WD, HELWIG EB .**
Cutaneous Endometriosis.
Clin Obstet gynecol 1966 ;9:373-83
- [31] **VACHER – LAVERNU MARIE CECILE.**
Définition, description et classification de l'endométriose. La revue du praticien (Paris) 1999,
- [32] **DE BRUX J.**
Histologie gynécologique. *Prat. Méd 33 (1985) 35-37*
- [33] **ROKITANSKY C.**
Über uterine drüsen neubildung in uterus und ovarial sarcomen.
Z. Gesselsch aertze Wien, 1860:577-581.
- [34] **KAUPPILA A, RAJANIEMI H, RONNBERG L and al.** Receptors disorders in endometriosis. *Karger. Clermont-Ferrand. 1987. pp 40-47.*

- [35] **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
- [36] **SIMSIR AYLIN, THORNER KIM, WAISMAN JERRY and al.**
 Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by
 fine-needle aspiration biopsy.The American Surgeon, Oct 2001 Vol 67;
 984-986.
- [37] **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.
- [38] **Patterson GK, Winburn GB.**
 Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. Am Surg
 1999;65:36–9.
- [39] **WASFIE TARIK,GOMEZ EDWARD,SEON SYLVIA,ZADO BARINA.**
 Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable
 complication.
 Int.Surg.2002;87:175-177
- [40] **X. Zhao*, J. Lang, J. Leng, Z. Liu,D. Sun, L. Zhu**
 Abdominal wall endometriomas

- [41] **Revised American fertility society classification of endometriosis 1985 ;FertilSteril 43(3) 351-2 1985**
- [42] **Gitelis S, Petasnick JP, Turner DA, Ghisell RW, Miller AW.**
Endometriosis simulating a soft tissue tumor of the thigh. J Comput Assist Tomogr 1985 ; 9 : 573-6
- [43] **THOMAS EJ ,COOKE ID.**
Impact of gestrinone on the course of asymptomatic endometriosis. Br Med J 1987;294;272-274.
- [44] **mahmoodta,tenplenton A**
The impact of treatment on the natural history of endometriosisHuman repord .1990;5;402-412.previous surgery. J Ultrasound Med 1999;18:373–4.
- [45] **Jansen RP**
Minimal endometriosis and reduced fecondability : prospective evidence from an artificial insemination by donor program.Fertile steril 1986;46:141-143
- [46] **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
- [47] **MICOWITZ M; BARATY; SLAVONOSKY .**
Endometriosis of the umbilicusDermatological, 1983,167;326-330.

- [48] **CHELLI H ,CHECHIA A ,KCHIR N.**
Endometriosesombilicale.A propos de deux cas.
J Gynecol.Obstet .Biol Reprod.1993,22 :145-147
- [49] **IGAWA H,OHURA T,SUGIHARA T,HOSOKAWA M,KAWAMURA K and al.**
Umbilicalendometriosis.Ann plast Surg,1992;29:145-148.
- [50] **LAGRANGE M.,ALMARNASSI A.**
Endométrie ombilicale .A propos de deux cas.
Sem Hop Paris,1990 ;66 :506-509.
- [51] **CALIGARIS PH.,MASSELOT R,DUASSOU M.J et al.**
Endométrie de la paroi abdominale.
J Gynecol.Obstet .Biol Reprod.,1981.10 :465-471
- [52] **CORTESE F.,GALLI F .,GIUSTO F.**
A proposito di un caso di endometriosisombelicale.
Minerva chir .,1987,42 :431-34.
- [53] **EDMOND DK.**
Endometriosis.Dewhurt's textbook of obstetrics and gynecology for post graduates.
5th edition.london butterworth,1995,577-589.

- [54] **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)
- [55] **CANDIANI BAPTISTA GIOVANNI,VERCELLINI
PAOLO,LUIGI FEDELE et coll.**
Inguinal endometriosis :pathogenetic and clinical implications.
Obstetrics and gynecology , vol.78,n°2august 1991.
- [56] **QUAGLIARELLO J,COPPA G,BIGELOW B.**
Isolated endometriosis in an inquinal hernia.
Am J Obstet gynecol.152:688;1985.
- [57] **MOORE JG,BINSTROCK MA,GROWDON WA.**
The clinical implicatios of retroperitoneal endometriosis.
Am J Obstet GYNECOL 1988;158:1291-8.
- [58] **J. Teha, J. Leunga, S. Dharb, N.A. Athanasou**
Abdominal wall endometriosis: comparative imaging on power Doppler ultrasound and MRI

- [59] **Ray G. Blanco, M.D., Vellore S. Parithivel, M.D., Ajay K. Shah, M.D., Milton A. Gumbs, M.D., Moshe Schein, M.D.*, Paul H. Gerst, M.D.**

Department of Surgery, Bronx-Lebanon Hospital Center, 1650 Selwyn Ave., 4th Floor, Suite 4F, Bronx, NY 10457, USA

Manuscript received June 14, 2002; revised manuscript December 12, 2002

Abdominal wall endometriomas

- [60] **Walsh JW, TAYLOR KJW, ROSENFELD AT.**

Gray scale ultrasonography in the diagnosis of endometriosis and adenomyosis.

AJR 1979 ; 132 : 87-90

- [61] **KHALEGIAN R.** Abdominal wall endometriosis : sonographic diagnosis.

Australasian Radiology (1995) 39, 166-167

- [62] **S MERRAN PKARILA cohen**

Endometriose de la paroi abdominale anterieure a propos de deux cas 12

- [63] **Matthes G, Zabel DD, Nastala CL, Shestak KC.**

Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy : case report and review of the literature. Ann Plast

Surg 1998 ; 40 : 672-5.

- [64] **WOLF C.**
Sonographic Features Of Abdominal Wall Endometriosis. *AJR: 169, September 1997.*
- [65] **BLACKWELL SCIENCE.**
“Dictionnaire of ultrasound”.1996, *Germany.*
- [66] **ALEXIADIS G., LAMBROPOULOU M., DEFTEREOS S. and al.**
Abdominal wall endometriosis-ultrasound research: A diagnostic problem.
Clin. Exp. Obst. &Gyn. 28 : N° 2, 2001.
Sonographic Features Of Abdominal Wall Endometriosis. *AJR: 169, September 1997.*
- [67] **NIRULA R, GREANEY GC.**
Incisional endometriosis : an underappreciated diagnosis in general surgery.
J Am CollSurg 2000 : 190 : 404-7.
- [68] **Lamb GM, de Jode MG, Gould SW, et al**
- [69] **LEFEBVRE-LACOEUILLE, L. CATALA, A.C. RACINE,
L. SENTILHES, F. BOUSSION, P. DESCAMPSCHU, Pôle de
Gynécologie-Obstétrique, ANGERS.**
Traitement médical de l’endométriose superficielle

- [70] **Recommandation de l AFFSSAPS :**
LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DE L'ENDOMÉTRIOSE
GÉNITALE(EN DEHORS DE L'ADENOMYOSE)
- [71] **Azoulay a, E. Daraï b**
Pharmacological treatment of endometriosis (adenomyosis excluded)
- [72] **EDMOND DK.**Endometriosis.Dewhurt's textbook of obstetrics and
gynecology for post graduates.
5th edition.london butterworth,1995,577-589.
- [73] **ARNAUD ERIC ,COUTURAUD BENOIT,REVOL MARC et coll.**
Chirurgie réparatrice des pariéctomies.Annales de chirurgie plastique
.Vol 44,n°4,AOUT 1999.
- [74] **prentice A**
Endometriosis .Clinical review .BMJ2001;32:93-5.
- [75] **HENZL M ,CORSON SL ,MOGHISSE K.**
Administration of nasal nasalnafarelin as compared with oral danazol for
endometriosis.N Engl J MED 1988 ;318 :485-489
- [76] **lemay A**
Place de la suppression ovarienne dans le traitement de l'endométrieose.
Références Go 1993 ; 1 :243-250.

[77] **LEROY JL,TRAN DK.**

Traitement de l'endometriose externe.

Encyclopedie medico-chirurgicale (Paris),1996. 150-A-15.Gynécologie
.pages 1-5.

[78] **FLAGEUL GERARD, JEAN SAUVEUR ELBAZ, BRUNO KARCENTY.**

Les complications de la chirurgie plastique de l'abdomen.

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

[79] **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.

[80] **HESTER Jr TR, BAIRD W, BOSTWICK J and al.**

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

PlasReconstrSurg1988 ; 83 (6) : 997-1004

[81] **recommandation de l AFFSSAPS :**

Les traitements médicamenteux de l'endométriose génitale (en dehors de l'adenomyose)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أبأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
 - وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
 - وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
 - وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
 - وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
 - وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
 - وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
 - وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
 - وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
 - بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في .
- والله على ما أقول شهيد .

انتباز جدار بطانة الرحم:
بصدد 08 حالات ومراجعة المعطيات الأدبية

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة : مونية زيادي

المزودة في: 29 أبريل 1985 بني ملال

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: انتباز جدار بطانة الرحم – التشريح المرضي – الجراحة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: امحمد دحايني

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيد: ادريس موساوي الرحالي

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيد: عبد الرحمان بوزيدي

أستاذ في التشريح المرضي

السيد: سيف الدين الكندري

أستاذ في جراحة الأحشاء

السيد: أديب عبد الحي فيلالي

أستاذ في طب النساء والتوليد