

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

ANNEE: 2017

THESE N°: 444

L'ENDOMETRIOSE PARIETALE
A PROPOS DE 16 CAS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Maria OUTIRIGHET

Née le 30 Mai 1991 à Rabat

De L'Ecole Royale du Service de Santé Militaire - Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Endométriose – Endométriose cicatricielle – Chirurgie.

JURY

Mr. M. BOUI

Professeur de Dermatologie

PRESIDENT

Mr. J. KOUACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

RAPPORTEUR

Mme. N. LAMALMI

Professeur d'Anatomie Pathologique

Mr. A. CHENGUITI ANSARI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

JUGES

Mr. M. E. TAHIRI

Professeur de Chirurgie Viscérale

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 32



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
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 étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid

Médecine Interne – *Doyen de la FMPR*
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

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

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – *Doyen de la FMPO*
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – *Dir. du Centre National PV*
Chimie thérapeutique *V.D à la pharmacie+Dir du*
CEDOC

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques *Doyen de la*
FMPA
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie

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. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

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*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis

Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

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

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Gynécologie-Obstétrique
Urologie

Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIK ABDELAH*

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

Gastro-Entérologie
Neurologie – *Doyen de la FMP Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- *Dir. Hop. Av. Marr.*
Anesthésie-Réanimation *Inspecteur du SSM*
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie *Directeur Hop. Chekikh Zaied*
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouada
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSE Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
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. SABBAB 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
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique

Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 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
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Nouredine*
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
 Pr. HAJJI Leila

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

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie



(mise en disponibilité)

Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najja

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

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. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
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

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*

Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

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

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
Biochimie-chimie



Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhoussein*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
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 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik

Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologique
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

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie



Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 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. 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 *

PROFESSEURS AGREGES :
Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 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. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 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
 Pédiatrie
 Microbiologie **Directeur Hôpital My Ismail**
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie



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

Mai 2012

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

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

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHFIR Imade

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire



Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed*
Pr. RAHALI Younes
Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim*
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Généologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOÛT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*





Dédicaces

A decorative border in blue and white, featuring a repeating geometric pattern of diamonds and circles, framing the central text.

A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde.

À
FEU SA MAJESTÉ LE ROI
HASSAN II



Que Dieu ait son âme en sa Sainte Miséricorde.

À

SA MAJESTÉ LE ROI

MOHAMED VI

Chef Suprême et Chef d'Etat-Major Général

des Forces Armées Royales

Roi du MAROC et garant de son intégrité territoriale



Qu'Allah le glorifie et préserve Son Royaume.

À
SON ALTESSE ROYALE
LE PRINCE HÉRITIER
MOULAY EL HASSAN



Que Dieu le garde.

À
SON ALTESSE ROYALE
LE PRINCE MOULAY RACHID



Que Dieu le protège.

À
TOUTE LA FAMILLE ROYALE

A

Monsieur le Général de Corps d'Armée

Abdelfattah LOUARAK

Inspecteur Général des FAR et Commandant de la Zone Sud

En témoignage de notre grand respect

Notre profonde considération et sincère admiration



A

Monsieur le Médecin Général de Brigade

Abdelkrim MAHMOUDI

Professeur d'Anesthésie Réanimation.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

En témoignage de notre grand respect,

Et notre profonde considération

A

Monsieur le Médecin Général

Abdelhamid HDA

Professeur de Cardiologie Directeur de l'HMIMV –Rabat.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération



A

Monsieur le Médecin Colonel Major

Mohammed Abbar

Professeur d'urologie

Directeur de l'HMMI-Meknès.

En témoignant de notre grand respect

et notre profonde considération

A

*Monsieur le Médecin Colonel Major
Khalid SAIR
Professeur de chirurgie viscérale
Directeur de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech
En témoignant de notre grand respect
et notre profonde considération*



A

*Monsieur le Médecin Colonel Major
Abdelouahed BAITE
Professeur d'Anesthésie Réanimation
Directeur de l'E.R.S.S.M
En témoignage de notre grand respect
Et notre profonde considération.*



A

*Monsieur le Médecin Colonel
BOUSNANE Abdelaziz
Commandant du groupement formation et instruction
ERSSM
En témoignant de notre grand respect
et notre profonde considération*

A ma maman chérie

Madame Allaoui Fatima

*A celle qui m'a mise au monde, qui m'a tenu la main
pour apprendre à marcher, puis pour dépasser une
à une les embûches de la vie.*

*A celle qui a supporté mes caprices et essuyé mes larmes
avec douceur, qui m'a relevée à chacune de mes chutes.*

*A celle qui a prié pour moi en toutes circonstances,
qui m'a conseillée et guidée dans les moments de doutes,
et qui a pu soulager ma peine.*

*A celle qui m'a soutenue d'une main de fer, qui m'a aidée
à repousser mes limites, à me mettre en condition
et à distinguer avec lucidité le bon du mal.*

*A la personne la plus objective, à ma grande diplomate, à son
dévouement et son sang-froid.*

*Parce que pour rien au monde je ne voudrai changer, rien qu'en l'espace
d'une seconde, ce que tu es, et de l'éducation que tu m'as prodiguée.*

*Tu es mon exemple, ma bonne étoile qui je l'espère, subsistera dans mon
ciel pour le restant de mes jours, éclairant ma route dans mes moments
les plus sombres.*

*Aucune de mes phrases, aucun de mes récits ne pourra rendre justice
à la femme que tu es, à celle que tu as faite de moi.*

*Je te dédis ce travail et te remercie de tout mon être, pour ton amour
inconditionnel, et pour avoir fait de moi la personne que je suis
aujourd'hui.*

*A mon papa adoré
Monsieur Hassan Outirighet*

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance.

Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie.

Tu as toujours été mon exemple, celui qui m'a toujours poussé à me surpasser dans tout ce que j'entreprends, qui

m'a transmis cette rage de vaincre et la faim de savoir.

Celui qui a été ma source de motivation, le moteur de mes ambitions, qui m'a appris que le savoir est une richesse que nul ne peut voler.

Je te serai à jamais reconnaissante, pour tout le mal que tu t'es donné pour moi à chaque étape de ma vie, pour ta patience et ton amour.

Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir.

que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.



A ma chère sœur

Imane Outirighet

*En souvenir d'une enfance dont nous
avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments.*

*Pour tout le soutien que tu m'as apporté, et
pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent,
Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur,
de réussite et de sérénité.*

*ce travail est un témoignage de mon attachement
et de mon amour.*

*A ma chère sœur
Lina Outirighet*

*Pour toute l'ambiance dont tu m'as entouré,
pour toute ta spontanéité et ton élan
chaleureux, Je te souhaite la réussite, avec tout le bonheur
qu'il faut pour te combler.*

Merci pour ta précieuse aide à la réalisation de ce travail.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.

Puisse Dieu le tout puissant te garder et exhausser tous tes vœux.

A mon cher époux

Nizar Rami

*Merci pour ton amour, ton soutien et tes encouragements
qui ont toujours été pour moi d'un grand réconfort.*

*Merci d'être toujours à mes côtés, par ta présence,
par ton amour dévoué et ta tendresse, pour donner
du goût et du sens à notre vie*

*En témoignage de mon amour, de mon admiration
et de ma grande*

*affection , je te prie de trouver dans ce travail l'expression
de mon estime et mon sincère attachement.*

*Je prie dieu le tout puissant pour qu'il te donne
bonheur et prospérité.*

Je t'aime tout simplement.

A mes chers cousins et cousines

Fatima-azzaha El gaitibi, Imad El gaitibi,

Hind khallati et Camelia Croyale

Merci de m'avoir soutenu et d'avoir toujours été là pour moi.

Je suis très heureuse de pouvoir vous présenter

par ce travail le témoignage

de mon profond amour et les liens de fraternité qui nous unissent.

Je vous souhaite une vie pleine de joie et de réussite.

A ma grand-mère Rabha dadouch

et à la mémoire de mes grands-parents :

Moha Allaoui , Mohammed Outirighet et Fadma Ammari.

A ma tante Latifa Allaoui

*Pour tout l'amour inconditionnel, la complicité
et la bienveillance dont tu as fait preuve à mon égard.
Je tiens à te présenter toute ma gratitude pour t'avoir trouvé
à mes côtés toutes les fois où j'en avais besoin,
merci d'avoir contribué à faire de moi le médecin
que je suis aujourd'hui.*

*A mon oncle MEHDI et aux deux familles
Outirighet et Allaoui*

*Je vous remercie du fond du cœur, pour votre amour,
votre affection, votre soutien et vos prières.
Je vous remercie pour votre confiance en moi.
Je vous dédie ce travail en vous souhaitant
une vie pleine de bonheur et prospérité.*

A ma belle-famille :

Mr Rami Abdelmajid, Mme Khadija Sbissa et Mlle Lina Rami.

Merci de m'avoir accueilli à bras ouverts

Merci pour votre affection et amour.

Merci pour toute votre aide durant ce parcours.

Puisse Dieu le tout puissant vous garder.

A vous je dédie ce travail.

*A Amale Sefiani, Zaynab Mouhib, Salma Ouahid,
Najoua Sefiani, Meryem Mouharir, Hajar Ammari,
Fadwa Lhajoui et à mes autres amis*

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères
pour vous exprimer mon affection et mes pensées,
vous êtes pour moi des frères et sœurs et des amis sur
qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs
de tous les moments que nous avons passé ensemble,
je vous dédie ce travail et je vous souhaite
une vie pleine de santé et de bonheur.*

*A toute ma promotion de l'ERSSM
A tous ceux et celles que je n'ai pas pu citer*



Remerciements

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
Mr BOUI MOHAMED
PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE

*Nous sommes très sensibles à l'honneur
que vous nous faites en acceptant la présidence
de notre jury de thèse.*

*Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines
ont suscité en nous une grande admiration,
et sont pour vos élèves un exemple à suivre.*

*Durant notre formation, nous avons eu le privilège
de bénéficier de votre enseignement et d'apprécier
votre sens professionnel.*

*Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime
et notre profond respect.*

*A NOTRE MAITRE ET RAPORTEUR
DE THESE Mr KOUACH JAOUAD
PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE*

*Plus d'une fois j'ai eu à admirer votre sagesse et simplicité,
et ce depuis le premier jour, votre rigueur et compétence
constitue pour n'importe quel étudiant un idéal,
le moteur qui nous anime.*

*Permettez-moi de vous assurer ma sincère gratitude
et haute considération, cela a été pour moi un grand honneur
de bénéficier de vos précieuses directives
qui m'ont permis de mener à bien ce travail que vous m'avez confié,
je ne saurais suffisamment vous remercier.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Mme LAMAALMI Najat

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

*C'est pour nous un immense privilège de vous voir accepter
de juger ce travail.*

*Veillez croire cher maître à notre très haute
considération et notre profond respect.*



A MON MAITRE ET JUGE DE THESE
Mr ANSARI ANAS CHENGUITI
PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

*Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir
parmi nous en la qualité de membre du jury.*

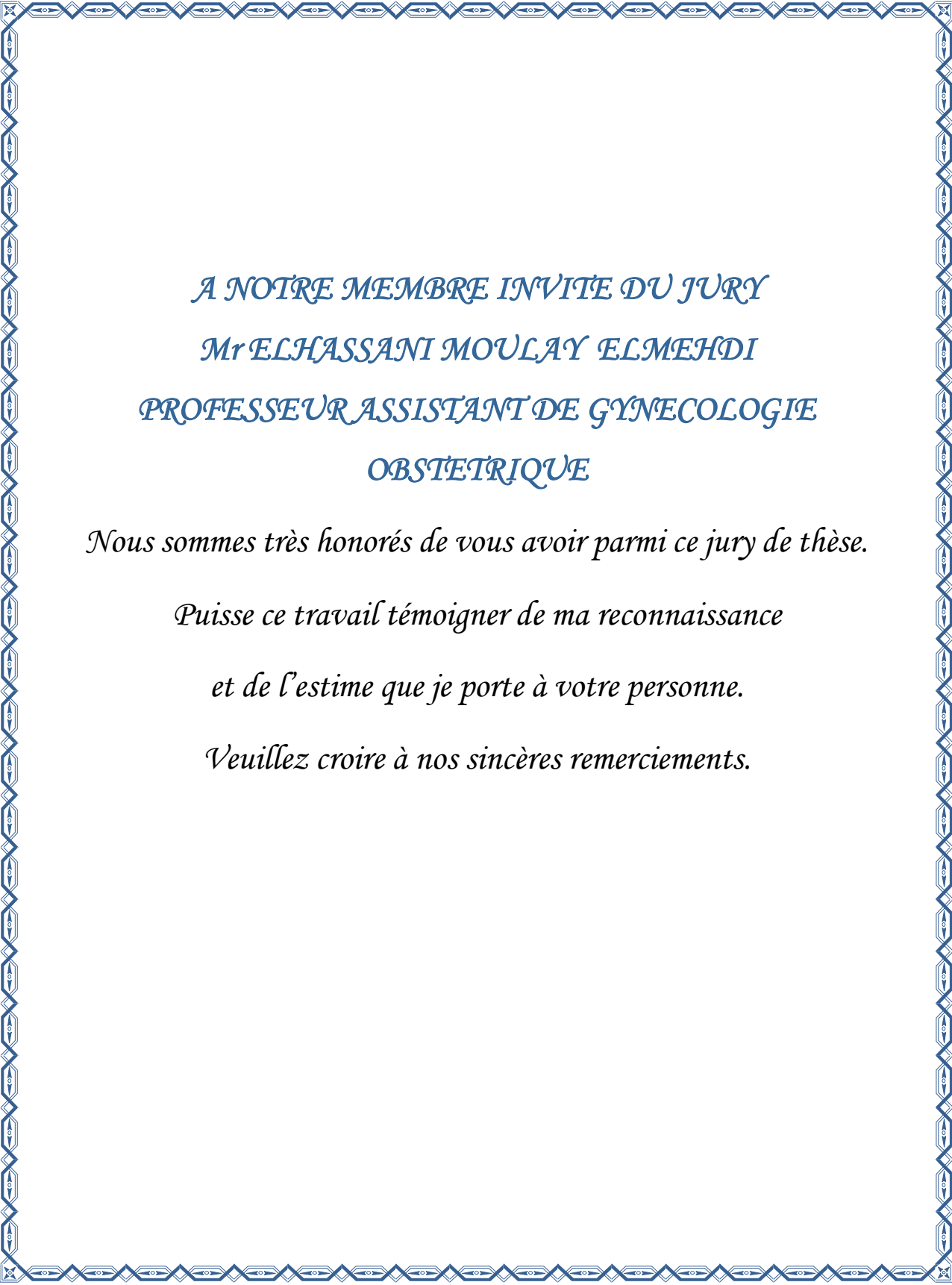
*Veillez accepter nos remerciements et notre admiration
pour vos qualités d'enseignant et votre compétence.*



A MON MAITRE ET JUGE DE THESE
Mr TAHIRI MOULAYEL HASSAN
PROFESSEUR DE CHIRURGIE VISCERALE

*Vous avez accepté très spontanément
de faire partie de notre jury. Nous
vous remercions de votre enseignement
et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.*

*Veillez trouver ici, Professeur, l'expression
de notre profond respect.*



A NOTRE MEMBRE INVITE DU JURY
Mr ELHASSANI MOULAY ELMEHDI
PROFESSEUR ASSISTANT DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE

Nous sommes très honorés de vous avoir parmi ce jury de thèse.

Puisse ce travail témoigner de ma reconnaissance

et de l'estime que je porte à votre personne.

Veillez croire à nos sincères remerciements.

LA LISTE ALPHABETIQUE DES ABREVIATIONS :

AINS	: Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMM	: Autorisation de mise sur le marché
CA125	: Cancer antigène 125
CHU	: Centre hospitalier universitaire
DIU	: Dispositif intra-utérin
Dlr	: Douleur
ECBU	: Examen cytbactériologique des urines
FSH	: Hormone folliculostimulante
GNRH	: Gonadotrophine Releasing Hormone ou gonadolibérine
HMIMV	: Hôpital militaire d'instruction Mohammed V
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
LH	: Hormone lutéinisante
TDM	: Tomodensitométrie

LES UNITES DE MESURE :

Cm	: Centimètre
Mm	: Millimètre
MHz	: Mégahertz
UI	: unité internationale

LISTE DES FIGURES :

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

Figure 2 : Scanner abdominal, coupe axiale : 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 de chorion cytogène.

Figure 4 : Echographie pariétale (7,5MHz) masse solido-kystique hétérogène à contours flous et renforcement postérieur au contact de l'aponévrose.

Figure 5 : Pièce de tumorectomie.

Figure 6 : Image histologique des glandes endométriales avec du chorion cytogène.

Figure 7 : Echographie pariétale (7,5MHz) : image kystique hétérogène à limites flous et renforcement postérieur.

Figure 8 : Coupe histologique montrant les glandes endométriales dilatées.

Figure 9 : Nodule ombilical de 2 cm d'aspect polypoïde avec cicatrice de cœlioscopie.

Figure 10 : Image microscopique montrant des glandes endométriales.

Figure 11 : Cicatrice de la tumorectomie.

Figure 12 : Echographie pariétale (7,5MHz) montrant une masse kystique hétérogène à paroi épaisse et renforcement postérieur.

Figure 13 : IRM pelvienne : Nodules endométriosiques de la paroi abdominale antérieure hyperintenses avec des signes d'endométriose pelvienne.

Figure 14 : Echographie pariétale (7,5MHz) masse solidokystique hétérogène à limites irrégulières sans anomalies au doppler couleur.

Figure 15 : Imagerie par résonance magnétique (coupe axiale enT2) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit.

Figure 16 : Vue peropératoire.

Figure 17 : Pièce opératoire.

Figure 18 : Echographie pariétale (12,5MHz) : Image hypoéchogène hétérogène à limites floue sans atteinte de l'aponévrose du muscle grand droit.

Figure 19 : a) Coronale, b) Transversale : images IRM montrant l'implant endométriosique infiltrant l'aponévrose des muscles grand droit, hyposignal en T1 et hypersignal en T2.

Figure 20 : Echographie pariétale (12,5MHz) : Image hypoéchogène hétérogène à contenu finement échogène en contact avec l'aponévrose.

Figure 21 : Pièce de tumorectomie.

Figure 22 : Coupe macroscopique de la pièce opératoire.

Figure 23 : IRM pelvienne coupe axiale et sagittale avec des séquences T1 et T2 : nodule de 28mm de la paroi pelvienne gauche, hétérogène présentant des spots en hypersignal et en isosignal.

Figure 24 : Echographie pariétale (7,5MHz) : Présence d'une formation nodulaire, oblongue, bien limitée, hypoéchogène, hétérogène au niveau du muscle droit de l'abdomen mesurant 31 mm de grand axe.

Figure 25 : IRM pelvienne, coupe axiale : Présence d'une masse en hyposignal T1 injectée, bien limitée au niveau du muscle grand droit de l'abdomen.

Figure 26 : Présence d'une image en hyposignal T2 injectée avec des spots en hypersignal, qui se rehausse après injection de gadolinium.

Figure 27 : Pièce d'exérèse chirurgicale.

Figure 28 : Echographie pariétale : (7,5MHz) Image hétérogène mal limitée à contours flous en contact avec l'aponévrose du muscle grand droit.

Figure 29 : Pièce d'exérèse du nodule endométriosique.

Figure 30 : échographie pariétale montrant des images hypoéchogènes mal limitées.

Figure 31 : TDM abdominale montrant une masse tissulaire adhérente au muscle grand droit.

Figure 32 : Pièce de tumorectomie d'un endométriome pariétal.

Figure 33 : Nodule ombilical bleuâtre.

Figure 34 : Echographie pariétale (7,5MHz) nodule hétérogène hyperéchogène.

Figure 35 : Résultat post opératoire immédiat avec création d'un nouvel ombilic.

Figure 36 : Endométriome pariétal (flèche) en tomodensitométrie mesurant 4 cm de grand axe avec envahissement du muscle grand droit de l'abdomen et effraction du péritoine pariétal.

Figure 37 : Imagerie par résonance magnétique (coupe axiale enT2) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit gauche, hypo-intense

Figure 38 : Imagerie par résonance magnétique (coupe frontale en T1) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit gauche, en hypersignal, en faveur d'un contenu hématique.

Figure 39 : Coupe histologique mettant en évidence l'aspect macroscopique d'un nodule endométriosique.

Figure 40 : Vue microscopique d'un endométriome de la paroi abdominale : glandes endométriales adjacentes à la paroi musculaire avec présence de cellules adipeuses.

REPRESENTATIONS GRAPHIQUES :

Histogramme 1 : pourcentage gestité/parité dans notre série d'étude.

Histogramme 2 : localisations endométriosiques selon l'IRM

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Résumé des données cliniques et traitement.

Tableau II : Traitement selon la littérature.

Tableau III : l'évolution selon la littérature

Tableau IV : Principaux effets induits par les traitements hormonaux de l'endométriose (revue de littérature).

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. TYPE DE L'ETUDE :.....	5
II. SELECTION DES PATIENTS :.....	5
III. RECUEIL DES DONNEES :.....	5
IV. OBSERVATIONS :.....	6
RESULTATS	49
I- LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :.....	50
1-L'âge :.....	50
2- Le cycle :.....	50
3- La gestation / parité :.....	50
4- La contraception :.....	51
5- Les antécédents :.....	51
II- LES DONNEES CLINIQUES :.....	52
A- Symptomatologie clinique :.....	52
1-La masse pariétale :.....	52
2-La douleur :.....	52
3- Autres :.....	53
B- L'intervalle post chirurgical :.....	53
III- ETUDE PARACLINIQUE :.....	53
A- L'échographie pariétale :.....	53

B- La tomodensitométrie :	54
C- L'IRM :	54
IV-TRAITEMENT :	55
V-ANATOMOPATHOLOGIE :	55
A- Macroscopie :	55
B- Microscopie :	55
VI- EVOLUTION :	55
DISCUSSION	56
I.HISTORIQUE :	57
II. DEFINITIONS :	58
III. ETHIOPATHOGENIE :	59
IV. EPIDEMIOLOGIE :	63
A-La fréquence :	63
B- Facteurs de risque :	64
1-L'âge :	64
2-Facteur racial et niveau socio-économique :	64
3-Facteurs environnementaux et tabagisme :	65
4-Antécédents:	66
a-Personnels:.....	66
- Gynécologiques:.....	66
- Obstétricaux :	66
- La contraception :	67
- Auto-immunité :	68

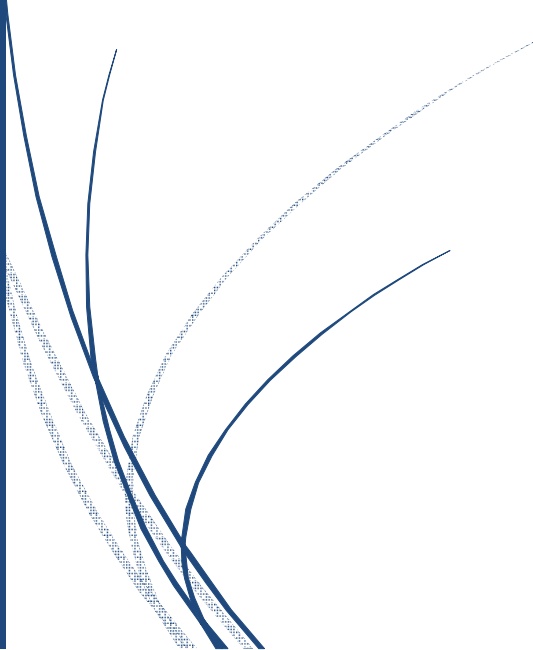
- Terrain de Comorbidités:.....	68
- Chirurgicaux :	68
- Autres antécédents non chirurgicaux:	71
b. Familiaux :	72
V. LOCALISATION :	73
VI. CLINIQUE:	74
A- Etude Clinique:	75
1- Les signes typiques :	75
a- La douleur :	75
b- Masse tumorale :	76
2- Particularités :	77
B- Examen physique	78
1- Examen abdominal	78
2- Examen gynécologique :	79
C- Formes cliniques :	80
1- Evolution naturelle :	80
2- Les complications :	81
3- En fonction de l'âge :	83
VII- ETUDE PARACLINIQUE:	85
A- Examens radiologiques :	85
1- L'échographie :	85
2- Tomodensitométrie :	86
3- L'imagerie à résonance magnétique :	87

B- Biologie :	89
C- Cytoponction à l'aiguille fine :	90
D- L'anatomopathologie :	90
1- Macroscopie :	90
2- Microscopie optique :	91
3- Immunohistochimie :	94
VIII- DIAGNOSTIQUES DIFFERENTIELS :	95
IX- FACTEURS PRONOSTIQUES :	95
X- TRAITEMENT :	96
A- Moyens thérapeutiques :	96
1- Traitement médical :	96
a. Les moyens médicaux :	96
b. Les indications :	98
2- Traitement chirurgical :	99
a. But :	99
b. Les indications :	99
c. Technique :	99
3- La cryothérapie :	100
4- Résultat thérapeutique :	101
a. Traitement médical :	101
b. Le traitement chirurgical :	102
5- La prise en charge globale :	103
6- Les complications post- thérapeutiques:	104

a. Traitement chirurgical :	104
b. Traitement médical :	105
XI- PREVENTION :	106
CONCLUSION	107
RESUMES	110
BIBLIOGRAPHIE	114



Introduction



L'endométriose se définit par la présence d'îlots de tissu endométrial en situation hétérotopique en dehors de la cavité utérine représentant les caractères histologiques et biologiques de l'endomètre pouvant répondre aux stimuli hormonaux ovariens [10]. Elle peut revêtir différentes formes anatomocliniques, qui peuvent se présenter de manière isolée ou associée chez une même patiente. Il peut s'agir d'endométriose superficielle, d'endométriose profonde, d'adénomyose [11].

Sa localisation endopelvienne est la plus fréquente. Elle peut toucher presque tous les organes. Cependant, aucun cas n'a été rapporté concernant la rate [2].

Les organes les plus affectés par l'endométriose en dehors de la filière génitale, sont le poumon, la vésicule biliaire, le colon, l'intestin grêle, les reins, la cloison recto vaginale et la paroi abdominale [1].

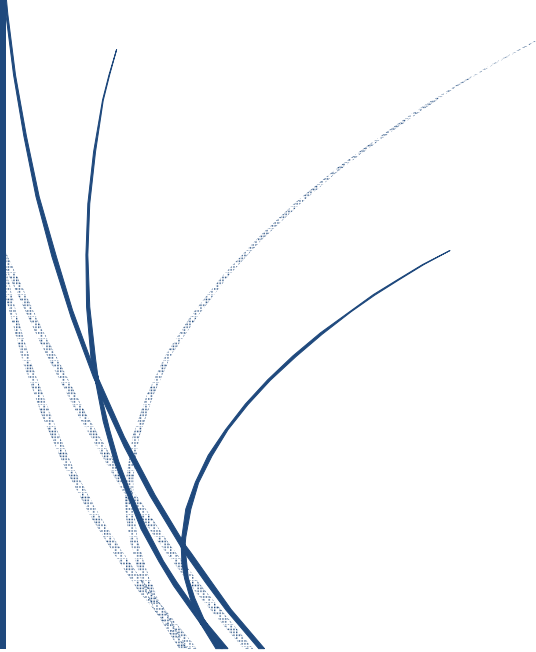
La localisation pariétale de l'endométriose est le plus souvent secondaire à des cicatrices abdomino-pelviennes : les épisiotomies, les cicatrices de chirurgie utérine, les cicatrices de césarienne, le trajet d'une aiguille d'amniocentèse et d'un orifice de trocart, mais plus rarement sur une cicatrice d'appendicectomie [2]. Plus rarement, elle peut être primitive et localisée dans la majorité des cas au niveau ombilical [47].

L'endométriose pariétale représente 1% à 4% des cas d'endométrioses extra génitales [1]. Son diagnostic est relativement aisé en cas de symptomatologie cyclique évoluant au rythme des menstruations. Cependant, celui-ci peut s'avérer plus difficile et peut n'être découvert qu'à l'étape anatomopathologique.

Notre étude portera sur 16 cas d'endométriose pariétale, prises en charge au service de gynécologie-obstétrique de l'HMIMV de Rabat sur une période de 17ans, allant de juillet 2000 à juillet 2017. A travers l'analyse de cette série et les données de la littérature, nous discuterons les aspects épidémiologiques, physiopathologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie.



Matériels et méthodes



I. TYPE DE L'ETUDE :

Notre travail est une étude rétrospective portant sur 16 cas de patientes présentant une endométriose pariétale, traitées au service de gynécologie-obstétrique de l'HMIMV de Rabat. Cette étude s'étale sur une période de 17ans se situant entre juillet 2000 et juillet 2017. L'objectif étant de discuter les différents aspects de cette pathologie.

II. SELECTION DES PATIENTS :

Les patientes incluses dans cette étude étaient toutes hospitalisées dans le service de gynécologie-obstétrique de l'HMIMV de Rabat pour prise en charge d'une endométriose ou d'un endométriome pariétal.

III. RECUEIL DES DONNEES :

Le recueil des données a été réalisé à partir des dossiers d'hospitalisation de 16 patientes incluses dans l'étude. Ces données ont été recueillies sur une fiche d'exploitation portant sur les éléments suivants :

- L'interrogatoire : Âge, nombre d'enfants, antécédents gynéco-obstétricaux, antécédents chirurgicaux, intervalle post-opératoire, antécédents familiaux, signes fonctionnels, leurs caractère cataménial.
- L'examen clinique : caractéristiques de la tuméfaction (taille, siège, sensibilité, consistance,...), l'examen gynécologique, l'examen général.
- Les bilans paracliniques : essentiellement l'échographie, IRM ou scanner, l'anatomie pathologique.
- La stratégie thérapeutique : chirurgie seule ou associée à un traitement médical.
- L'évolution après traitement.

IV. OBSERVATIONS :

Observation N°1 :

Mme PK âgée de 31 ans, mère d'un enfant de 2ans, hospitalisée suite à 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. La patiente rapporte un antécédent de césarienne il y a 2ans pour souffrance fœtale aigue.

L'examen clinique a objectivé une tuméfaction de la paroi abdominale mesurant 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 clinique était sans particularité.

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

Le scanner abdomino-pelvien a montré une masse pariétale tissulaire, dense à limites floues, de 30x20 mm du muscle grand droit de l'abdomen latéralisée à gauche (Figure N°2).

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

L'étude anatomopathologique : la microscopie a mis en évidence des glandes endométriales de tailles variables, bordées par un épithélium cylindrique régulier ; leurs lumières étaient parfois gorgées de sang et sont tapissées de chorion cétogène sans signes histologiques de malignité. Leurs limites étaient saines. (Figure N°3).

L'évolution était favorable avec un recul de 60 mois.

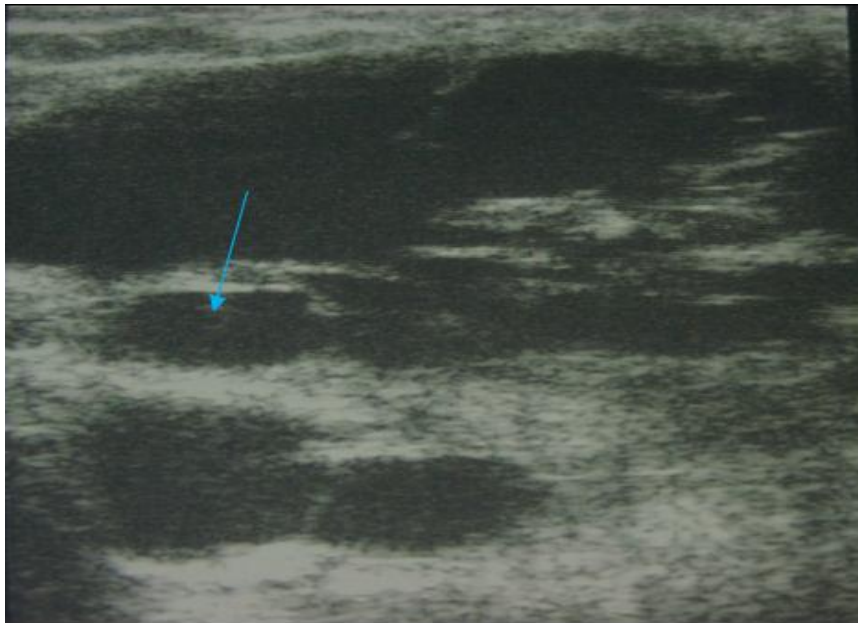


Figure N°1. Échographie pariétale (7,5 MHz) : Masse nodulaire échogène hétérogène solido-kystique.

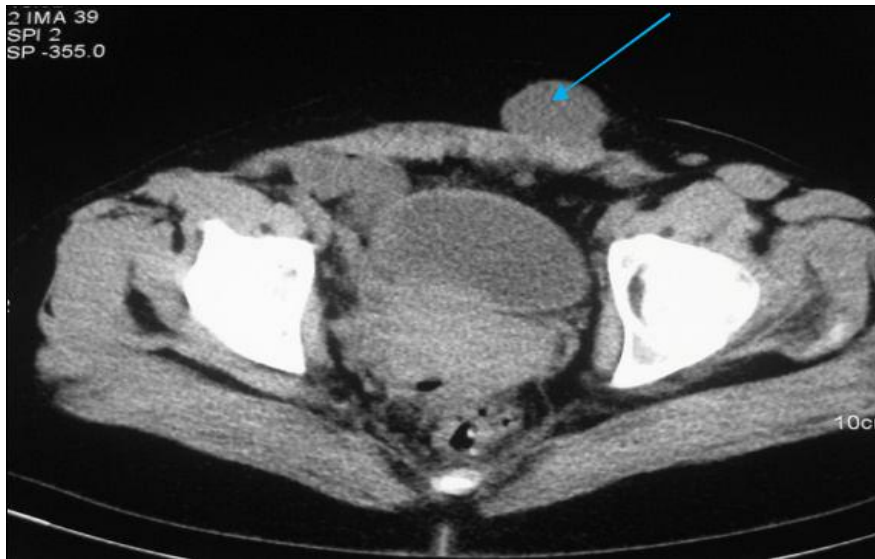


Figure N°2: Scanner abdominal, coupe axiale :
Formation pariétale de densité tissulaire ne prenant pas le produit
de contraste et envahissant le muscle grand droit sous-jacent.

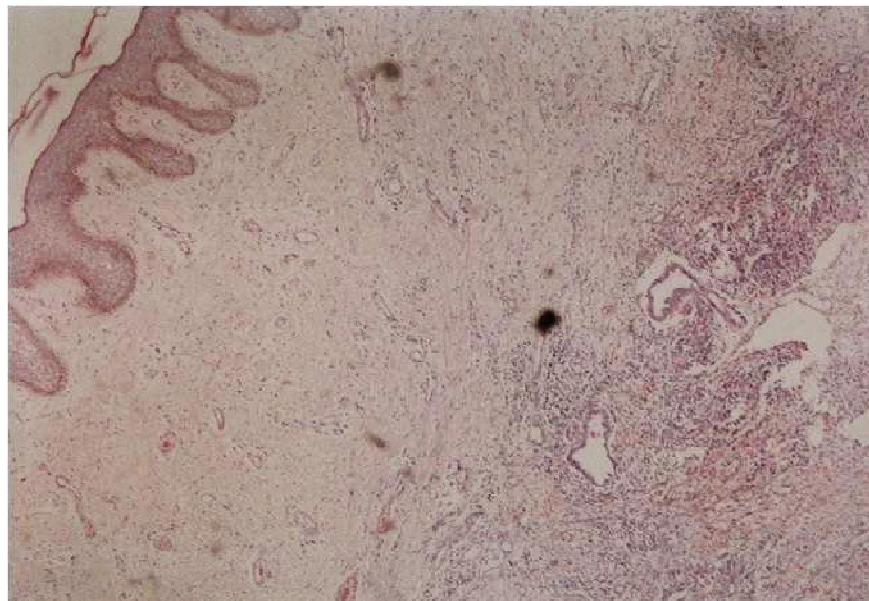


Figure N°3 : Coupe histologique montrant les glandes
endométriales entourées de chorion cytotogène.

Observation N°2 :

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 un accouchement par 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 est constaté alors que la patiente présente un retard de menstruation de 10 jours, les douleurs ont persisté malgré le retour des règles.

L'examen clinique a révélé un nodule de 2 cm de diamètre, adhérent au plan profond, mobile par rapport au plan superficiel, ferme à dur, 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.

L'échographie pariétale a montré une masse solido-kystique hétérogène à limites floues arrivant en contact de l'aponévrose du muscle grand droit sans l'envahir, mesurant 21 mm de grand axe (Figure N°4).

La patiente a bénéficié d'une exérèse totale du nodule en monobloc, qui était sus-aponévrotique, entouré d'un tissu graisseux.

L'étude macroscopique (Figure N°5) 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 a montré des glandes endométriales de tailles variables, parfois dilatées, bordées par un épithélium cylindrique régulier ; leurs lumières étaient parfois gorgées de sang et sont tapissées de chorion cytogène (Figure N°6). L'évolution était bonne avec un recul de 54 mois.



Figure N°4 : Echographie pariétale (7,5MHz) masse solido-kystique hétérogène à contours flous et renforcement postérieur au contact de l'aponévrose.



Figure N° 5 : Pièce de tumorectomie

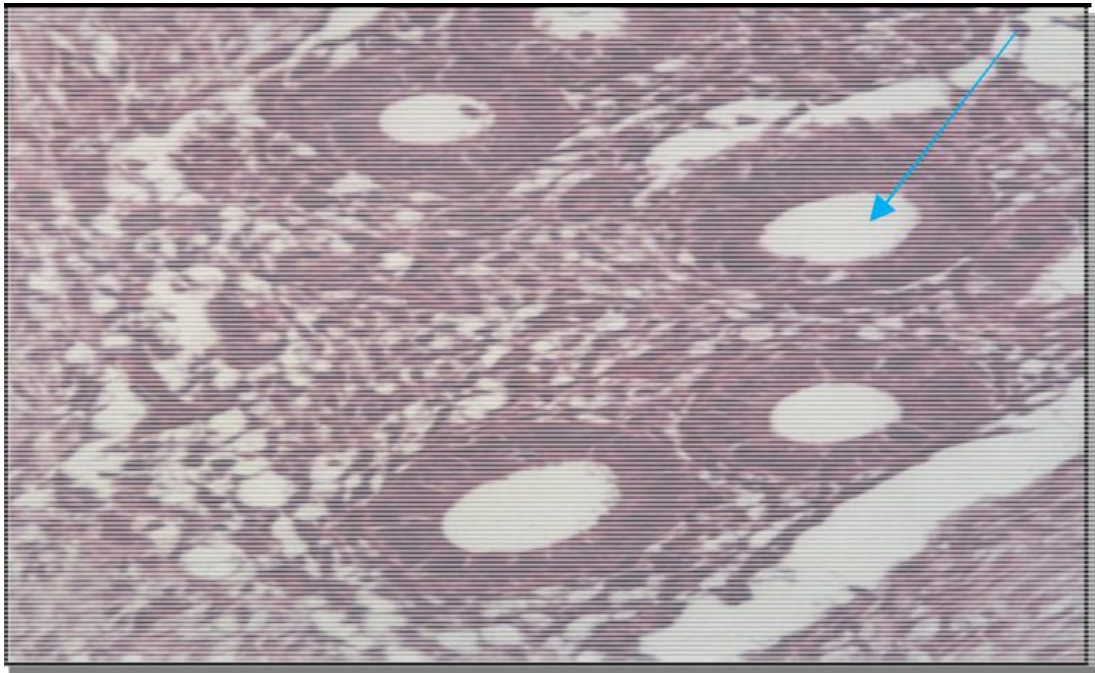


Figure N°6: Image histologique des glandes endométriales dilatées avec du chorion cytogène.

Observation N°3 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 46ans, mère de 4 enfants, sans antécédents particuliers personnels ni familiaux avec un cycle menstruel 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 nodule ombilical de 1,5cm de diamètre ; qui siège à la périphérie de l'ombilic, mobile par rapport aux plans superficiels 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 montré une image kystique, hétérogène, sous cutanée de 1,5 cm a contenu épais (Figure N°7).

La patiente a bénéficié d'une tumorectomie. Les suites postopératoires étaient simples.

L'examen histologique de la pièce a confirmé la nature endométriosique du nodule avec la présence de glandes endométriales de tailles variables, dilatées, et tapissées de chorion cytogène (Figure N° 8).



Figure N°7 : Echographie pariétale (7,5MHz) : image kystique hétérogène à limites floues et renforcement postérieur.

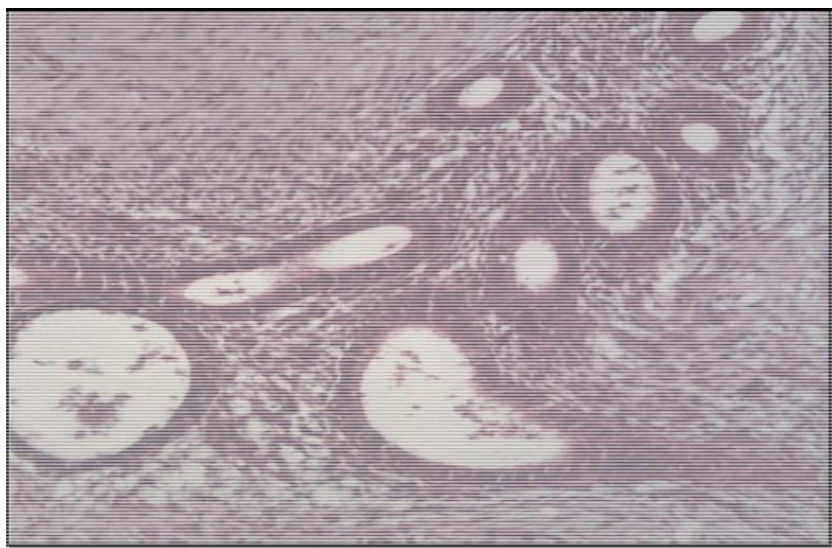


Figure N°8 : Coupe histologique montrant les glandes endométriales dilatées

Observation N°4 :

Nous rapportons l'observation d'une jeune femme de 32 ans, 2^{ème} geste 2^{ème} pare, ayant comme antécédent une cholécystectomie par cœlioscopie 2 ans auparavant. Le début de sa maladie remonte à 7 mois avant son admission, par l'apparition d'une tuméfaction ombilicale douloureuse 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°9).

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 tailles variables, parfois dilatées, bordées par un épithélium cylindrique régulier ; leurs lumières étaient gorgées de sang et tapissées de chorion cytogène (Figure N°10). La patiente est suivie régulièrement en consultation sans récurrence après un recul de 64 mois (Figure N°11).



Figure N°9 : Nodule ombilical de 2 cm d'aspect polypoïdes avec cicatrice de cœlioscopie.

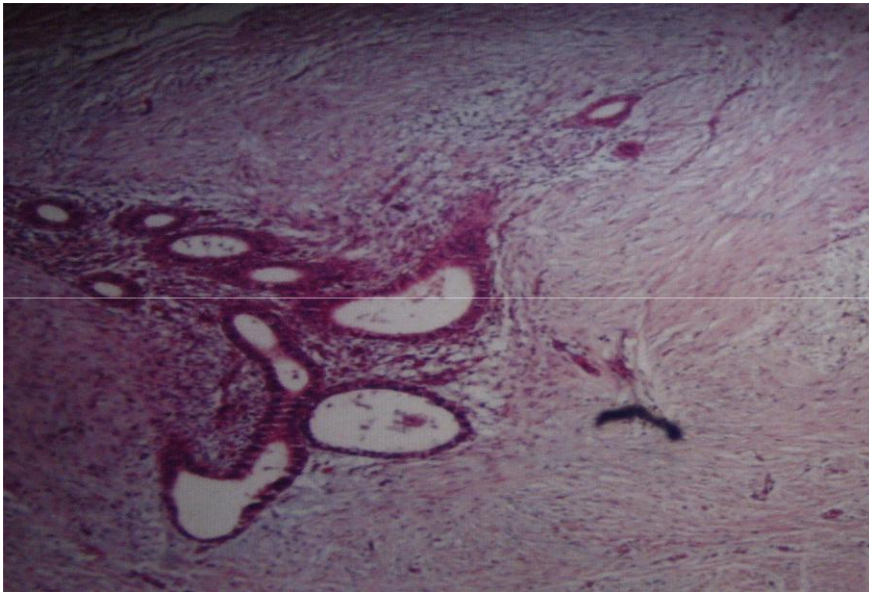


Figure N°10 : Image microscopique montrant des glandes endométriales entourées de chorion cytogène.



Figure 11: Cicatrice de la tumorectomie

Observation N°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 l'autopalpation 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.

L'échographie pariétale a objectivé une masse kystique, hétérogène, avec renforcement postérieure mesurant 30 mm (Figure N°12).

La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale du nodule avec une marge de sécurité emportant la partie du muscle grand droit auquel elle était fixée. L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'endométriose pariétale en mettant en évidence des glandes endométriales entourées par un chorion cytogène, les limites étaient saines.

10 mois après, l'évolution a été marquée par la réapparition; 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'un traitement médical à base d'analogue GnRH 11,25 UI tous les trois mois pendant 6 mois. L'évolution était marquée par la diminution de la douleur et une légère réduction de la taille de la masse.

L'IRM pelvienne et de la paroi abdominale a été demandée ; et est revenue en faveur d'une récurrence avec des signes en faveur d'une endométriose pelvienne ; (Figure N°13).

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

Le traitement médical à base d'analogue GnRH 11,25UI a été poursuivi pendant 12 mois. La patiente est suivie régulièrement en consultation sans récurrence après un recul de 61 mois.



Figure N°12 : Echographie pariétale (7,5MHz) montrant une masse kystique hétérogène à paroi épaisse et renforcement postérieur.

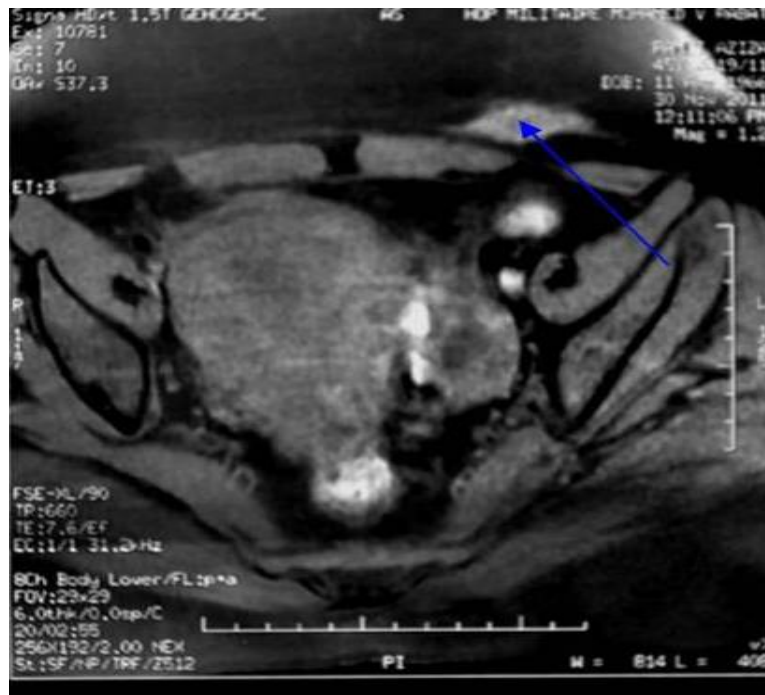


Figure N°13: IRM pelvienne : Nodule endométriosique de la paroi abdominale antérieure hyperintense avec des signes d'endométriose pelvienne.

Observation N°6 :

Mme S.F âgée de 30ans mariée et mère de deux enfants, 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 y a 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 de 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'échographie pariétale a objectivé la présence au niveau de la fosse iliaque droite d'un nodule tissulaire hétérogène de contours irréguliers de siège sous cutané (Figure N°14).

L'IRM pelvienne a montré le nodule pariétal sans lésion endométriosique pelvienne associée (Figure N°15).

L'exérèse du nodule en monobloc avec marge de sécurité a été réalisée. Il était dure pré aponévrotique n'infiltrant pas les muscles grands droits (Figure N°16).

A l'étude anatomopathologique, la masse pariétale mesurant 2,5 cm de grand axe (Figure N°17). A la coupe, elle présentait des limites imprécises et une tranche de section poly kystique avec quelques foyers hémorragiques.

Cette tuméfaction examinée porte sur un tissu fibromusculaire qui est dissocié par de nombreux foyers endométriosiques dont les glandes, plus ou moins dystrophiques sont parfois kystiques, entourées d'un chorion cytogène, d'abondance variable. Ailleurs, l'épithélium de surface est détruit, remplacé par une réaction de résorption histiocytaire, riche en sidérophages. Les limites d'exérèse étaient saines.

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 36 mois), l'état de la patiente était jugé bon.

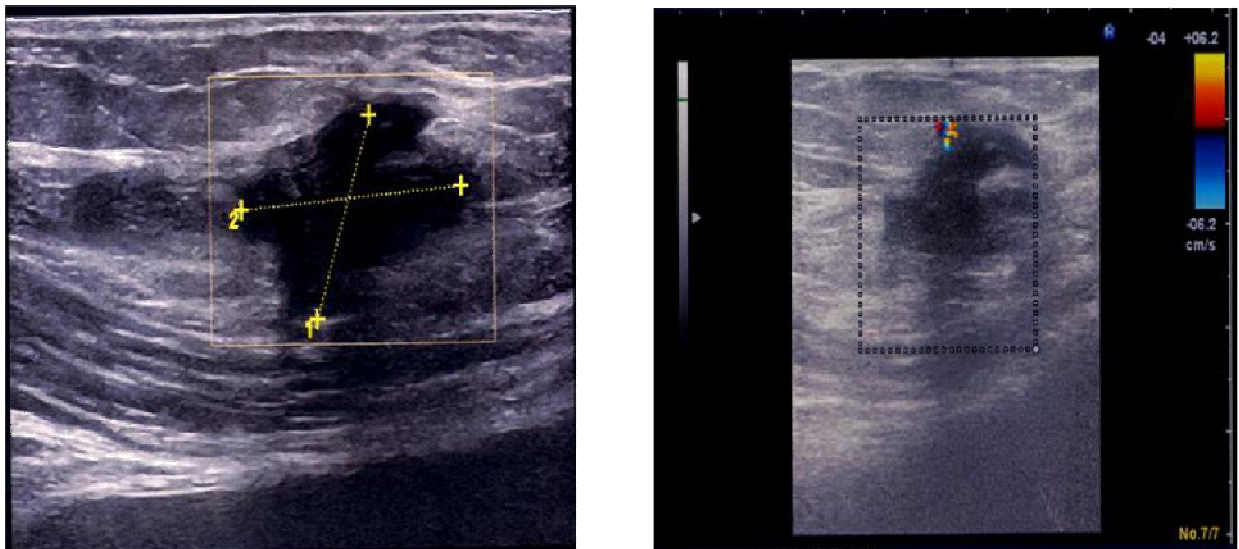


Figure N° 14: Echographie pariétale (7,5MHz) : Masse solidokystique hétérogène à limites irrégulières sans anomalies au doppler couleur.

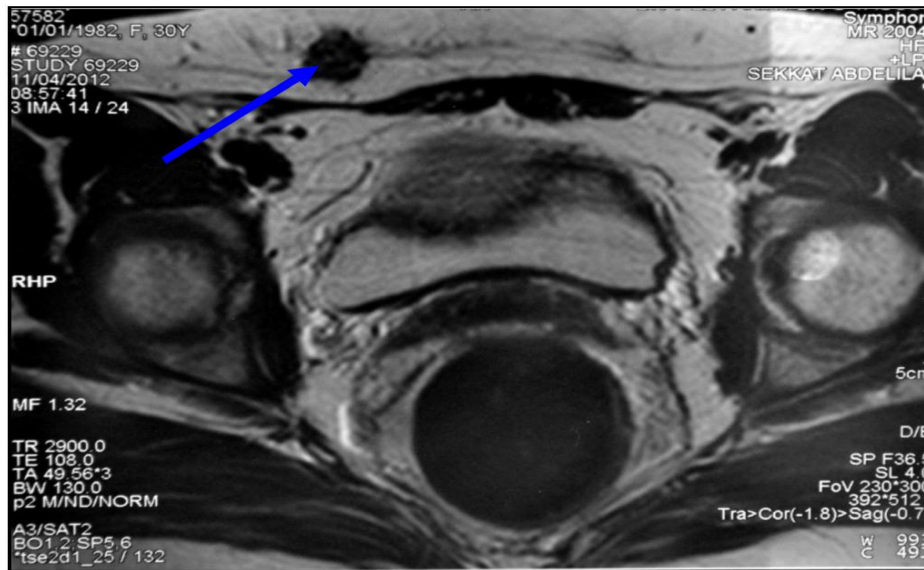


Figure N°15 : Imagerie par résonance magnétique (coupe axiale enT2) :
lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit.



Figure N°16 : Vue peropératoire.



Figure N° 17: Pièce opératoire.

Observation N°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) évoluant depuis 7mois. Elle a comme antécédent un césarien 3 an auparavant pour métrorragies sur placenta prævia.

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, mal limité et douloureux à la palpation.

L'examen gynécologique n'a objectivé aucune anomalie. Le reste de l'examen était sans particularité.

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

Le traitement a consisté en une ablation de la masse en respectant une marge de sécurité, siégeant strictement en sous cutanée sans atteinte de l'aponévrose du muscle grand droit. L'étude histologique a conclu à une greffe endométriosique.

L'évolution était sans anomalies avec un recul de 30 mois.

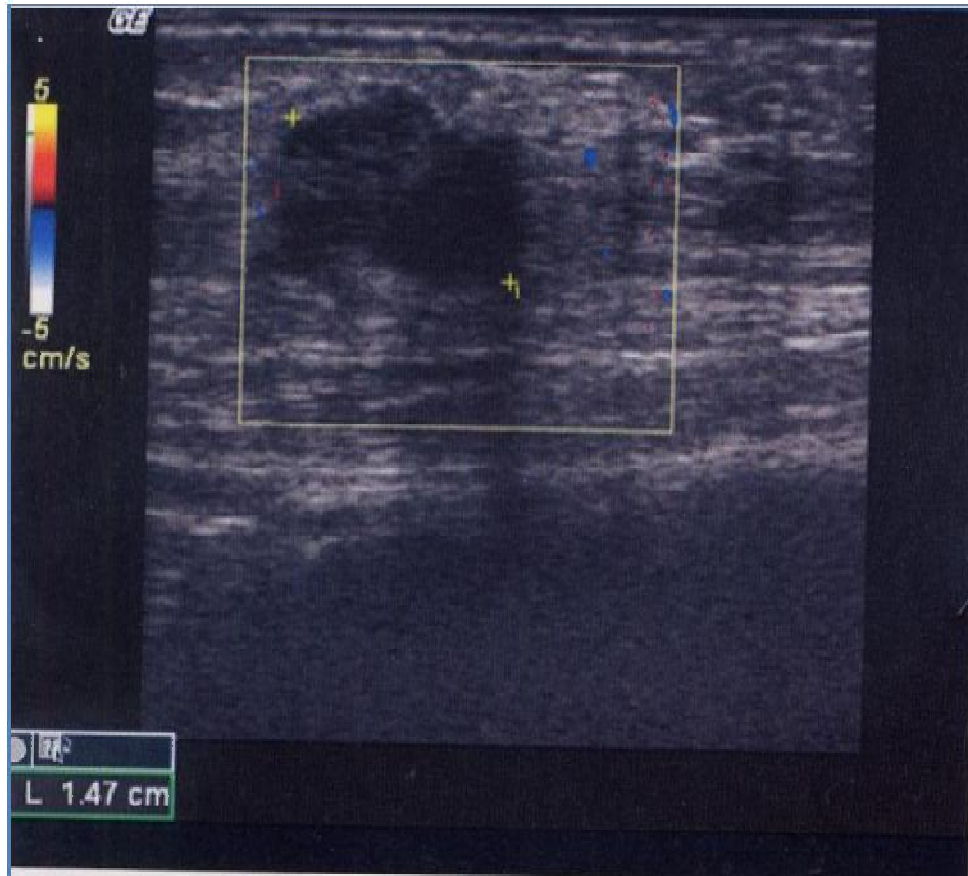


Figure N° 18: Echographie pariétale (12,5mHz) : Image hypoéchogène hétérogène à limites floues sans atteinte de l'aponévrose du muscle grand droit.

Observation N°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, responsable de douleur pariétale chronique s'exacerbant au moment des menstruations.

L'examen clinique a trouvé une tuméfaction de la paroi abdominale de 3cm de grand axe en regard du bord externe de la cicatrice, ferme et fixe par rapport au plan profond et mobile par rapport au plan superficiel. L'examen gynécologique n'avait pas objectivé d'anomalies. Le reste de l'examen était sans particularité. Ce constat clinique a 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 en contacte intime avec l'aponévrose.

L'IRM abdomino-pelvienne a montré un implant endométriosique au niveau de la paroi pelvienne en avant du muscle grand droit à gauche faisant 40mm et un autre implant faisant 15 mm en regard du muscle grand droit à droite (Figure N°19) hyposignal en T1 et hypersignal en T2 évoquant une endométriose pariétale.

Une exérèse des deux nodules sous aponévrotique infiltrant les muscles grands droits avec marge de sécurité était réalisée.

L'étude histologique a montré un tissu fibreux abritant de nombreuses glandes endométriales de tailles 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 marquées par un hématome de la loge d'exérèse gauche qui a été drainé avec des soins quotidiens. L'évolution à long terme est jugée bonne avec un recul de 28 mois.

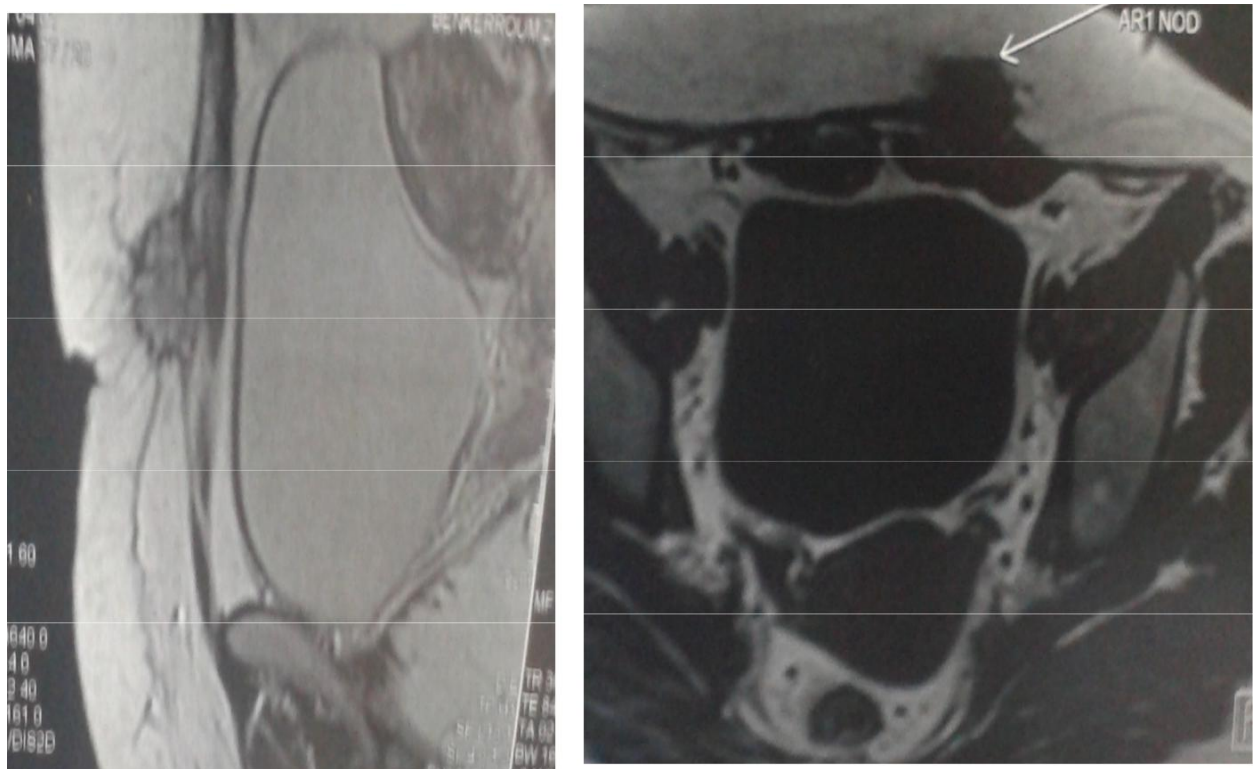


Figure 19: a) Coronale, b) Transversale : images IRM montrant l'implant endométriosique infiltrant l'aponévrose des muscles grand droit, hyposignal en T1 et hypersignal en T2.

Observation N°9 :

Il s'agit d'une patiente de 35ans, deuxième geste deuxième pare, deux enfants vivants, porteuse d'un utérus doublement cicatriciel, la première césarienne remonte à 5ans, et la deuxième remonte à 3 ans. Sans moyen de contraception.

Le début de sa maladie remonte à deux ans (une année après la dernière césarienne) par des douleurs pelviennes droites, cycliques, qui augmentent d'intensité au cours des menstruations, et qui sont rebelles aux antalgiques.

L'examen clinique révèle la présence d'une tuméfaction pariétale de la fosse iliaque droite siégeant sur l'extrémité droite de la cicatrice de césarienne faisant 2cm de grand axe, dure, irrégulière fixe par rapport au plan profond. L'examen gynécologique et général n'ont pas objectivé d'anomalie.

L'échographie réalisée au niveau de la cicatrice ayant objectivé la présence d'une image pariétale hypoéchogène, hétérogène, à contenu finement échogène mesurant 2cm de grand axe (Figure N° 20).

Le diagnostic d'endométriose a été évoqué et la patiente a bénéficié d'une tumorectomie large avec marge de sécurité (Figure N° 21).

L'étude macroscopique de la pièce a mis en évidence un nodule grisâtre, (Figure N°22) dont l'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic.



Figure N°20 : Echographie pariétale (12,5MHz) : Image hypoéchogène hétérogène à contenu finement échogène en contact avec l'aponévrose.



Figure N°21 : Pièce de tumorectomie



Figure N°22 : Coupe macroscopique de la pièce opératoire

Observation N°10 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 42ans, deuxième geste deuxième pare, porteuse d'un utérus doublement cicatriciel, la première césarienne remonte à 14ans et la deuxième remonte à 5ans. Sans antécédents pathologiques notables. Son cycle est régulier 7 jours tous les 28 jours sans moyen contraceptif.

Le début de sa maladie remonte à 2 ans par des douleurs pelviennes gauches, accentuées lors des menstruations, rebelles au traitement antalgique et progestatif.

L'examen clinique gynécologique n'a pas objectivé d'anomalie, et l'examen de la cicatrice type pfannentiel n'a objectivé qu'une légère sensibilité de l'extrémité gauche.

L'IRM pelvienne avec des séquences T1 et T2 a objectivé la présence d'un nodule de 28 mm de la paroi pelvienne antérieure gauche, hétérogène présentant des spots en hypersignal et en isosignal témoignant d'un saignement répétés, ce nodule est en contact avec la face antérieure de la jonction des deux muscles droit antérieur et oblique gauche, évoquant une endométriose pariétale pelvienne inférieure gauche (Figure N°23).

Une exérèse large du nodule emportant une partie du muscle grand droit a été réalisée, les suites post opératoires étaient simples.

L'examen anatomopathologique ayant confirmé le diagnostic d'endométriose avec présence de glandes endométriales entourées par du chorion cytogène richement cellulaire.

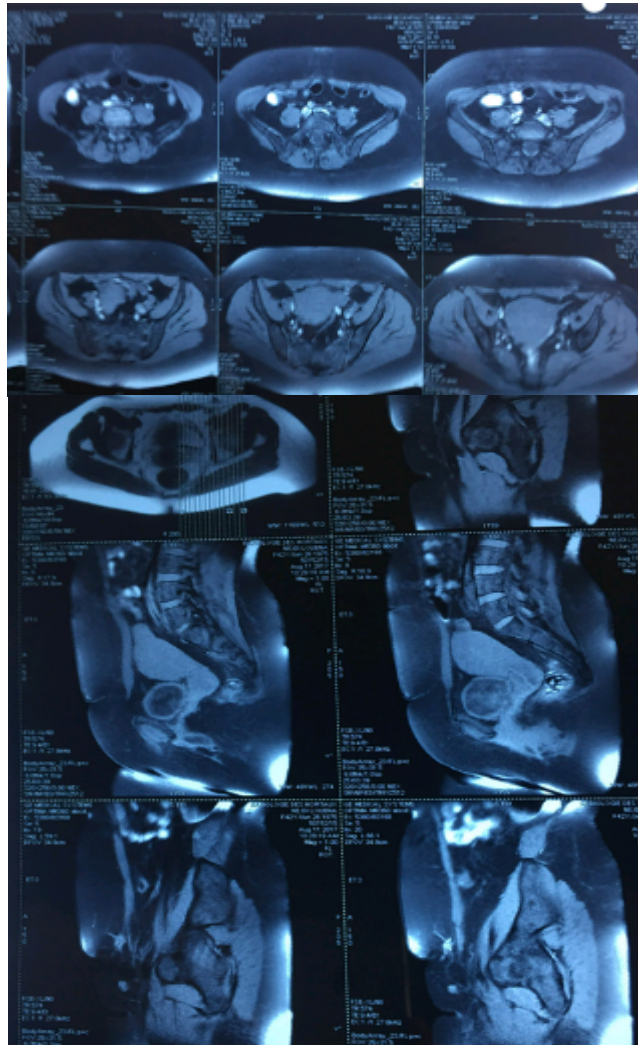


Figure N°23 : IRM pelvienne coupe axiale et sagittale avec des séquences T1 et T2 :
Nodule de 28mm de la paroi pelvienne gauche, hétérogène présentant des spots en
hypersignal et en isosignal.

Observation 11 :

Il s'agit de Mme NA..., âgée de 35ans, primipare primigeste. Adressée à notre service par son médecin traitant pour prise en charge d'un nodule pariétal douloureux sur cicatrice de césarienne. Elle n'a pas d'antécédents particuliers, son cycle menstruel est régulier, porteuse d'un dispositif intra-utérin en cuivre depuis 8 ans. La première grossesse s'est soldée par une césarienne pour dystocie dynamique, les suites post-opératoires étaient simples.

Le début de sa maladie remonte à 5 ans auparavant, par l'apparition d'un nodule sous la cicatrice de césarienne, augmentant progressivement de volume, associée à des douleurs pariétales s'exacerbant au moment des menstruations.

L'examen clinique retrouve à la palpation de la paroi abdominale, un nodule superficiel douloureux, de 3cm situé à la partie externe droite de la cicatrice de type Pfannentiell, mobile par rapport à la peau en regard et fixé au plan profond.

L'échographie de la paroi abdominale par une sonde à haute fréquence a montré l'existence d'une image hypoéchogène de 3cm de grand diamètre, bien circonscrite, en regard de la lésion palpée (Figure N° 24).

L'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) a objectivé la présence d'un nodule sous cutané fixé au muscle grand droit hyposignal en T1 et hypersignal en T2 évoquant une endométriose pariétale. (Figures N° 25 et 26)

Le diagnostic d'un nodule cicatriciel d'endométriose est alors évoqué, l'exérèse du nodule a été réalisée en monobloc, avec une marge de sécurité, emportant une partie de l'aponévrose et du muscle grand droit (Figure N° 27). Les suites opératoires étaient simples.

L'examen histologique a montré la présence de nombreux foyers d'endométriose kystique et hémorragique avec une discrète réaction inflammatoire sans caractère suspect. La patiente a été suivie régulièrement avec un recul de 14 mois.



Figure N°24 : Echographie pariétale (7,5MHz) : Présence d'une formation nodulaire, oblongue, bien limitée, hypoéchogène, hétérogène au niveau du muscle droit de l'abdomen mesurant 31 mm de grand axe.

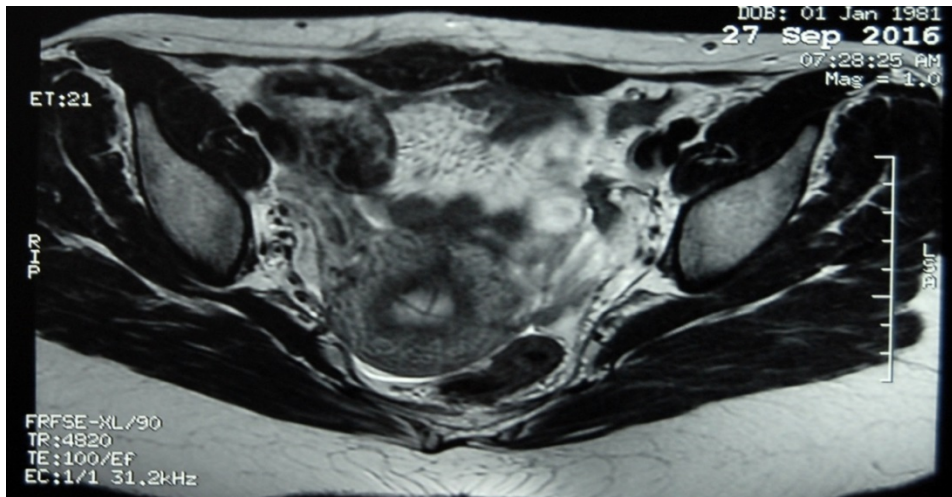


Figure N°25 : IRM pelvienne, coupe axiale. Présence d’une masse en hyposignal T1 injectée, bien limitée au niveau du muscle grand droit de l’abdomen.

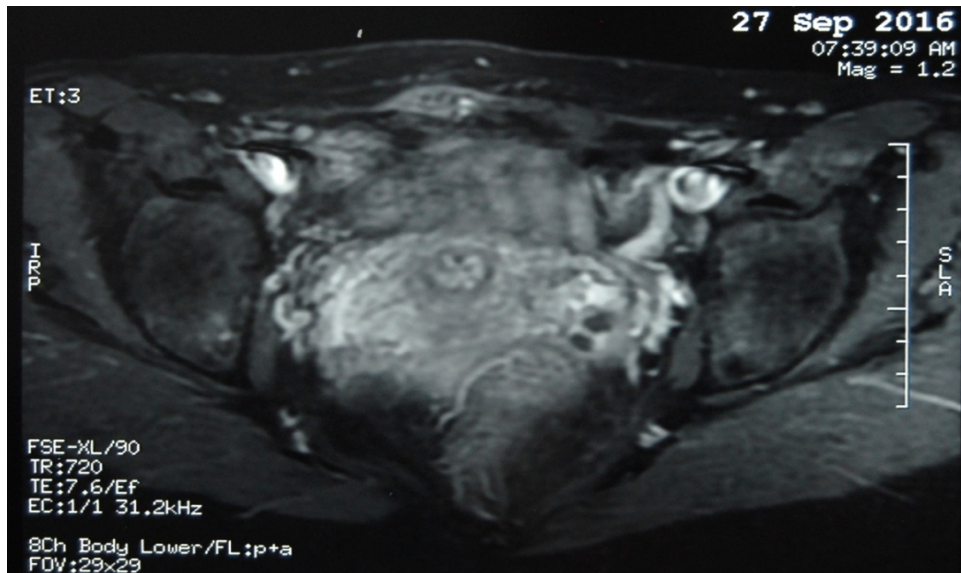


Figure N°26 : Présence d’une image en hyposignal T2 injectée avec des spots en hypersignal, qui se rehausse après injection de gadolinium.

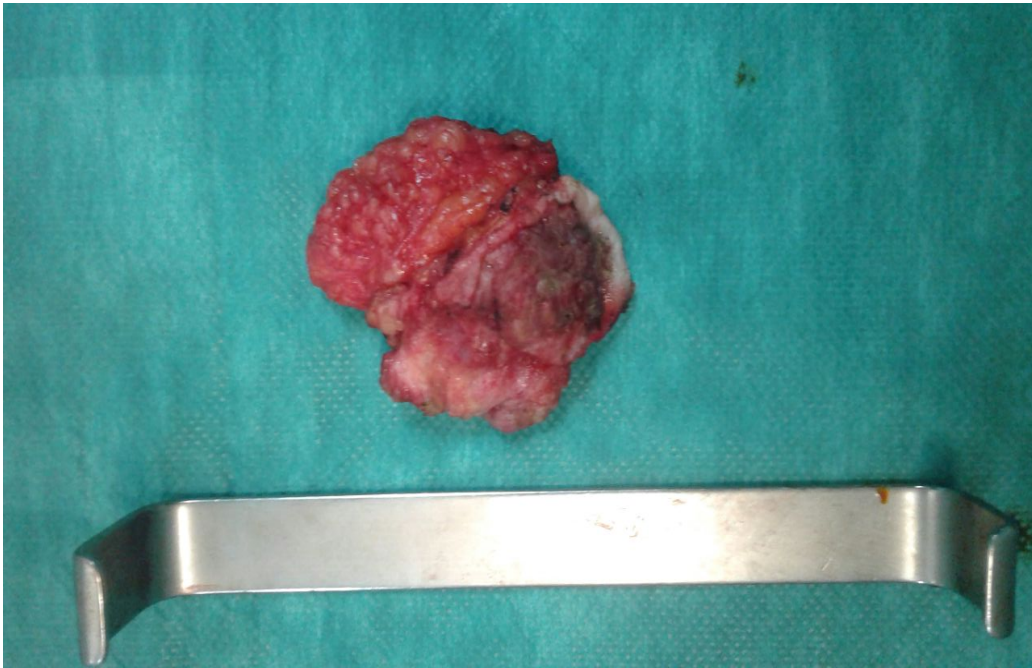


Figure N°27 : Pièce d'exérèse chirurgicale.

Observation 12 :

Il s'agit de Mme Z.M âgée de 36 ans mariée et mère de 3 enfants, ayant comme antécédent une césarienne il y a 13 ans et qui présente une douleur abdomino-pelvienne cyclique cataméniale, évoluant depuis une année.

L'examen clinique a objectivé une petite masse sous-ombilicale médiane gauche, douloureuse à la palpation faisant 3cm de grand axe. Le reste de l'examen physique était sans particularité.

L'échographie abdomino-pelvienne a objectivé une plaque hypoéchogène médiane sous-ombilicale au dépend du muscle grand droit de l'abdomen mesurant 3,3 cm de grand axe en faveur d'une endométriose pariétale.

L'IRM abdomino-pelvienne a objectivé une hypertrophie du muscle grand droit sur son versant interne avec une petite formation de 2 cm en isosignal T1 et discrète T2 prenant le produit de contraste (Figure N°28).

Le diagnostic d'endométriose sur cicatrice pariétale a été évoqué. Une exérèse de la masse a été réalisée. Le nodule mesurait 3 cm sans limites nettes, envahissait la paroi abdominale sur toute son épaisseur arrivant jusqu'au péritoine pariétal.

L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic en montrant des glandes endométriales avec du chorion cytogène. Les limites d'exérèse étaient saines et les suites simples. La patiente est suivie régulièrement en consultation avec un recul de 8 mois.

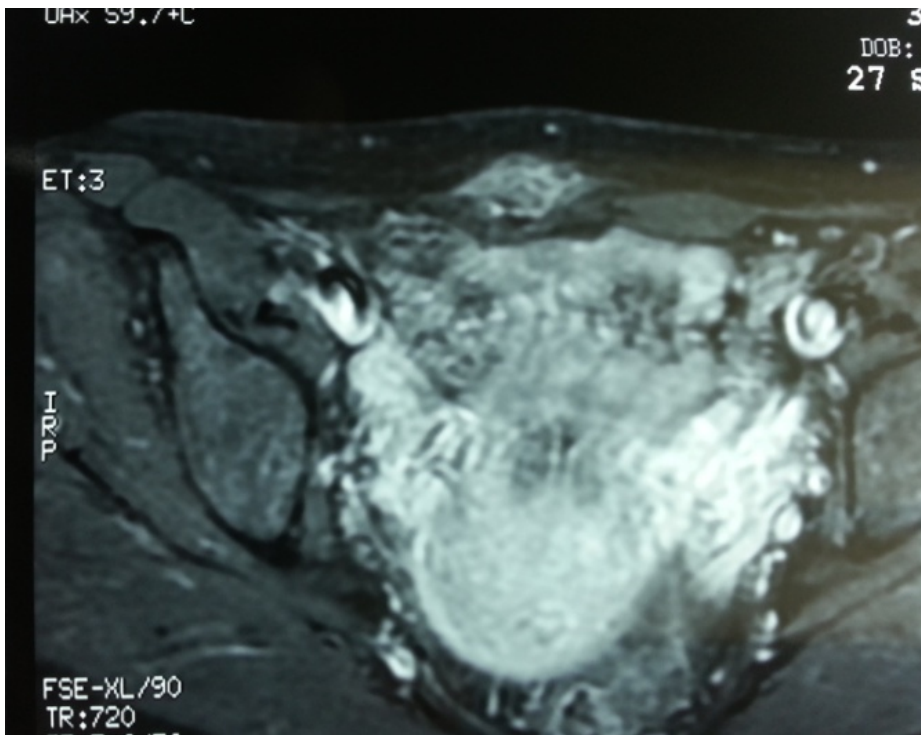


Figure N°28 : IRM pelvienne coupe axiale :
Formation de 2 cm hypersignal en T2.

Observation 13 :

Il s'agit de Mme K.I âgée de 29ans, deuxième geste deuxième pare, mère de deux enfants vivants. Ayant comme antécédents deux accouchements par césarienne deux et trois ans avant son admission.

Le début de sa maladie remonte à six mois par l'apparition d'un nodule douloureux localisé à l'extrémité latérale la cicatrice de césarienne sans autres signes inflammatoires en regard.

L'examen clinique trouve un nodule au niveau de la cicatrice de césarienne mesurant 2,5 cm de grand axe, douloureux à la palpation, fixe par rapport au plan profond et mal limité.

L'échographie pariétale a montré une masse hétérogène mal limitée à contours flous en contact avec l'aponévrose du muscle grand droit, mesurant 21mm de grand axe (Figure N°29).

Le diagnostic de nodule endométriosique a été retenu devant les données cliniques et échographiques.

La patiente a bénéficié d'une résection du nodule endométriosique avec une marge de sécurité (Figure N°30).

L'étude anatomopathologique définitive a montré la présence de glandes endométriales de tailles variables avec du chorion cytogène richement cellulaire. Les limites étaient saines et les suites post opératoires simples, avec un recul de 12 mois.

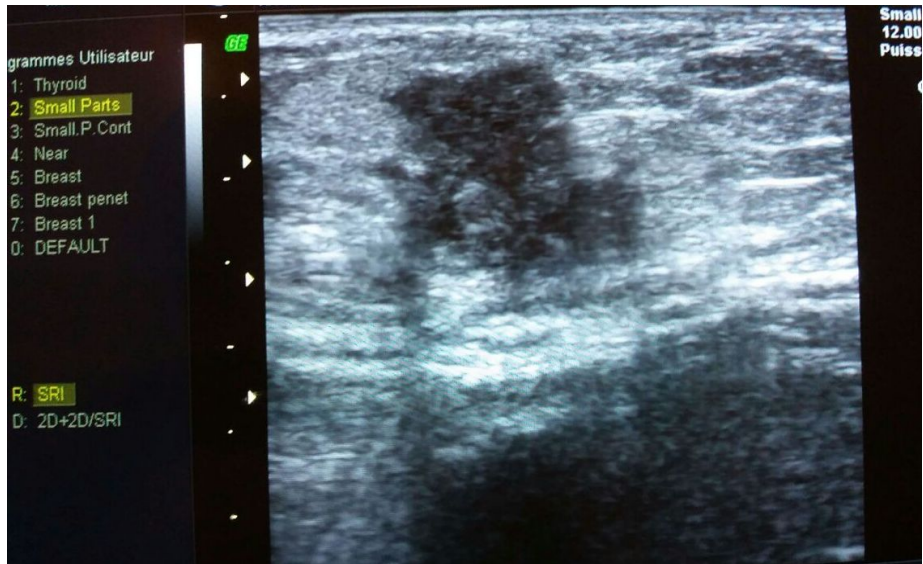


Figure N°29 : Echographie pariétale : (7,5MHz) Image hétérogène mal limitée à contours flous en contact avec l'aponévrose du muscle grand droit.

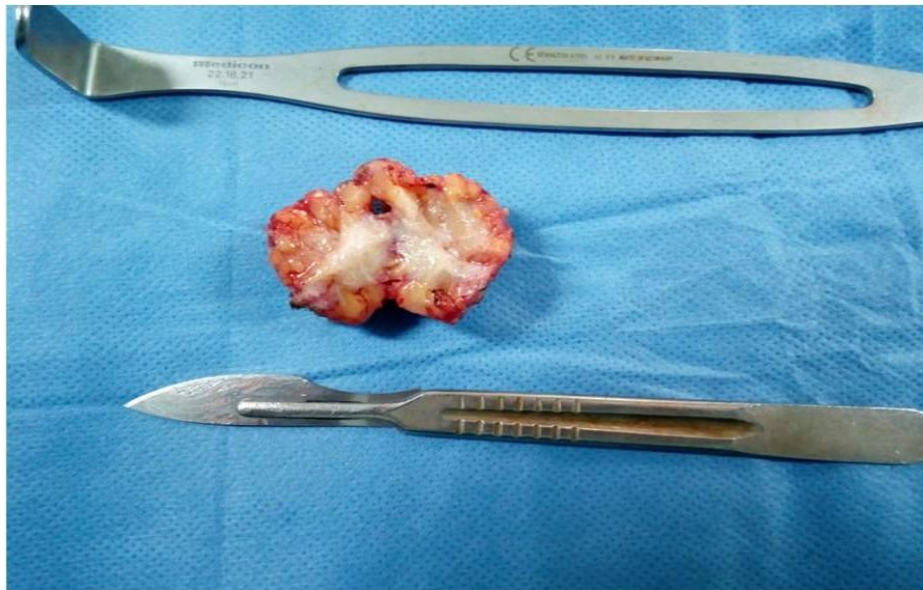


Figure N°29 : Pièce d'exérèse du nodule endométriosique.

Observation 14 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 31 ans troisième geste troisième mère, porteuse d'un utérus cicatriciel.

Le début de la symptomatologie remonte à 14 mois par l'apparition d'un nodule au niveau de la fosse iliaque droite associé à des douleurs cycliques cataméniales sans dysménorrhée ni troubles digestifs ou urinaires. L'examen clinique retrouve un abdomen souple avec présence d'un nodule de la fosse iliaque gauche en regard de la cicatrice de césarienne mesurant 3,5 cm, de consistance dure, sans limites nettes, légèrement sensible et fixe par rapport au plan profond.

L'échographie abdominale a permis la mise en évidence au niveau du côté gauche de la cicatrice, d'une masse kystique, hypoéchogène, mal limitée, mesurant 35mm de grand axe (Figure N°31).

Le scanner pelvien a montré de multiples formations kystiques pariétales au contact du muscle grand droit de l'abdomen gauche avec lequel elles sont en contact intime (Figure N°32).

La patiente a bénéficié d'une résection du nodule avec une marge de sécurité. Les suites post-opératoires étaient simples. L'étude histologique a confirmé le diagnostic d'endométriose par la présence de glandes endométriales de différentes tailles avec chorion cytogène. Les limites étaient indemnes.

La patiente est suivie sans signes de récives avec un recul de 24 mois.



Figure N°31 : Echographie pariétale montrant des images hypoéchogènes mal limitées.

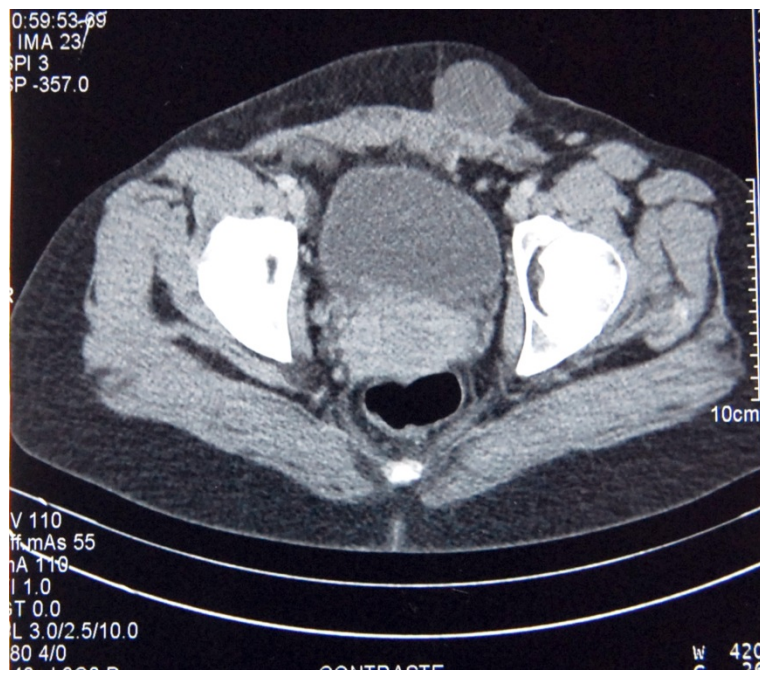


Figure N°32 : TDM abdominale montrant une masse tissulaire adhérente au muscle grand droit.

Observation N° 15 :

Il s'agit de Mme MF, âgée de 23 ans, primigeste primipare, ayant comme antécédents gynéco-obstétricaux : des ménarches à 11ans, cycle régulier avec contraception orale arrêtée il y a 2 mois avant son admission. Elle a accouché 4 ans auparavant par césarienne pour dystocie dynamique.

Le début de la symptomatologie remonte à un an par l'installation d'une douleur en regard du côté gauche de la cicatrice de césarienne, avec l'apparition d'un nodule douloureux pendant la période menstruelle.

L'examen à l'admission trouve une cicatrice type Pfannentiell de bonne trophicité, avec la présence d'un nodule pariétal en regard de celle-ci. Le reste des examens gynécologique et général était sans particularité.

L'échographie pariétale a objectivé un nodule de contours réguliers et d'échostructure homogène, un endomètre fin et des ovaires sans particularité.

L'IRM pelvienne a permis la mise en évidence d'une lésion pariétale gauche de 20mm en hypersignal T1 et T2 rehaussée de façon intense après injection de produit de contraste. Ainsi que d'un utérus normal, siège d'un épaissement de la zone jonctionnelle avec plusieurs lésions en hypersignal T2 du myomètre évoquant une adénomyose. Une dystrophie ovarienne microkystique, ainsi qu'un kyste ovarien gauche simple ont également été retrouvés.

Le diagnostic d'endométriose était suspecté devant le siège du nodule et le caractère cyclique de la douleur, ainsi que les données de l'échographie et l'IRM.

L'exérèse du nodule en monobloc a été réalisée avec respect des marges de sécurité (Figure N°33) les suites opératoires étaient simples.

L'évolution était sans anomalies avec un recul de 12 mois.



Figure N°33 : Pièce de tumorectomie d'un endométriome pariétal

Observation N° 16 :

Il s'agit de Mme GH..., âgée de 47 ans, sans antécédents chirurgicaux, 6ème geste 6ème pare, son cycle est régulier sans moyen de contraception. Adressée par son médecin traitant pour douleur pariétale cyclique et nodule ombilical évoluant depuis un an. L'examen à l'admission a montré un nodule ombilical violacé, dur, sensible à la palpation et adhérent aux deux plans (Figure N°34). Le reste de l'examen général était sans particularité.

L'échographie pariétale a montré une image hyperéchogène hétérogène avec renforcement postérieur, mesurant 14 mm de grand diamètre en contact intime avec l'aponévrose (Figure N°35).

Le diagnostic d'endométriose était suspecté devant l'aspect bleuâtre et le caractère cyclique de la douleur. L'exérèse chirurgicale emportant toute la masse a pu être réalisée emportant l'aponévrose sous-jacente. Une laparoscopie à travers l'orifice de l'exérèse a montré des lésions millimétriques d'endométriose, diffuse sur le péritoine pariétal et viscéral pelvien. Les suites postopératoires ont été simples (Figure N°36).

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 bordées par un épithélium cylindrique régulier, tapissées de chorion cytogène.

La patiente est suivie régulièrement en consultation sans récurrence après un recul de 14 mois.



Figure N°34 : Nodule ombilical bleuâtre : nodule de Villar.



Figure N°35 : Echographie pariétale (7,5MHz) nodule hétérogène hyperéchogène.



Figure N°36 : Résultat post opératoire immédiat avec création d'un nouvel ombilic.

Tableau I : Résumé des données cliniques et 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 chirurgicaux	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Intervalle postopératoire	2 ans	5 ans	-	2 ans	4 ans	4ans	5 ans	3 ans
Clinique	Masse en regard de la cicatrice indolore	Nodule sous cutané + dlr continue	Nodule ombilical + dlr cyclique	Nodule ombilical + dlr cyclique	Masse pariétale + dlr cyclique	Nodule douloureux	Nodule douloureux	Masse pariétale douloureuse
Siège	FIG en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	Péri ombilicale	Péri ombilicale	FIG en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	FIG en regard de la cicatrice pfannentiel
Caractère Cataménial	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Dimensions	30mm	20mm	15mm	20mm	40mm	25mm	15mm	35mm
Traitement	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse + traitement médical	Exérèse	Exérèse	Exérèse
Evolution	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Récidive	Bonne	Bonne	Bonne

	Cas 9	Cas 10	Cas 11	Cas 12	Cas 13	Cas 14	Cas 15	Cas 16
Age	35 ans	42 ans	35 ans	36 ans	29 ans	31 ans	23 ans	47 ans
ATCD chirurgicaux	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Intervalle post opératoire	1 an	3 ans	3ans	13 ans	1an et demi	-	3 ans	-
Clinique	Masse pariétale + dlr cyclique	Douleur cyclique	Nodule pariétal + dlr continue	Masse sous ombilicale + dlr cyclique	Nodule douloureux	Nodule pariétal + dlr cyclique	Nodule pariétal + dlr cyclique	Nodule ombilical+ dlr cyclique
Siège	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	FIG en regard de la cicatrice pfannentiel	FID en regard de la cicatrice pfannentiel	Sous ombilical	en regard de la cicatrice pfannentiel	FI en regard de la cicatrice pfannentiel	Côté gauche en regard de la cicatrice pfannentiel	ombilical
Caractère cataménial	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Dimensions	20 mm	28 mm	30 mm	33 mm	21 mm	35 mm	20 mm	14 mm
Traitement	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse	Exérèse
Evolution	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne



Résultats

I- LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

1-L'âge :

L'âge moyen des patientes a varié entre 23 ans et 47ans soit un âge moyen de 34 ans et 7 mois.

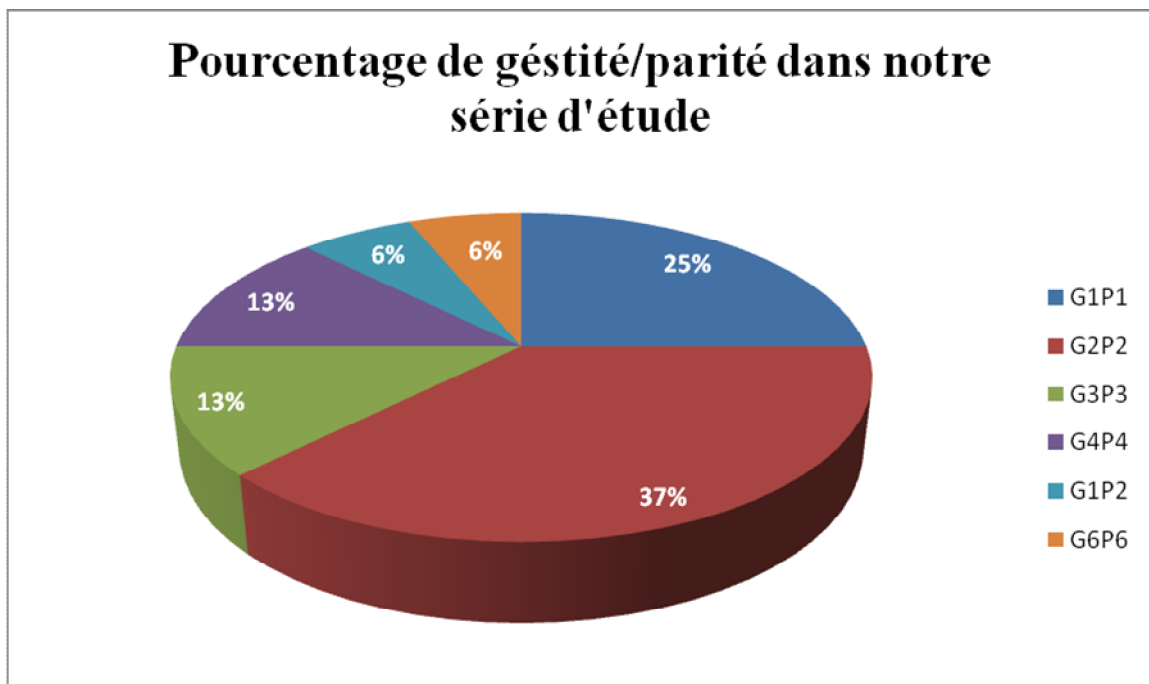
2- Le cycle :

Toutes les patientes avaient un cycle menstruel régulier.

3- La gestation/ parité :

- Nous avons également traité les données de gestation et de parité :

- ✓ Cinq patientes sont des primigestes (les observations N° 1, 2,7, 11 et 15).
- ✓ Onze patientes sont toutes des multipares.
- ✓ Aucune de nos patientes n'est nullipare.



4- La contraception :

La contraception orale a été utilisée par une seule patiente, arrêtée 2 mois avant son admission. Nous notons également l'utilisation d'un DIU chez notre 11^{ème} patiente, et ce, pour une période de 8ans.

Il est important de mentionner que toutes les patientes de notre étude sont des femmes jeunes en âge de procréer et aucun cas de ménopause précoce n'a été retrouvé.

5- Les antécédents :

➤ Médicaux :

Sur le plan médical une seule patiente est suivie pour hépatite C chronique.

➤ Chirurgicaux :

Treize de nos patientes ont bénéficié d'une ou plusieurs césariennes antérieures. En effet, 4 patientes sur 14 ont comme antécédent un utérus doublement cicatriciel. (Observations N°8, 9, 10 et 13).

On note chez notre 4^{ème} patiente un antécédent de cholécystectomie per coelioscopie.

Par ailleurs, chez deux de nos patientes nous ne trouvons aucun antécédent chirurgical notable. (Observations N°3 et 16)

➤ les antécédents familiaux :

Aucun cas similaire dans la famille n'a été rapporté chez nos patientes.

II- LES DONNEES CLINIQUES :

A- Symptomatologie clinique :

Les principaux symptômes chez la plupart de nos patientes sont une masse pariétale associée à une douleur, le plus souvent de caractère cyclique.

1-La masse pariétale :

Elle est retrouvée chez 93,75% de nos patientes. En effet, à l'examen de notre 10^{ème} patiente, aucune tuméfaction, nodule ou masse pariétale n'a été retrouvée.

Cette masse est retrouvée chez :

- 75% de nos patientes en regard de la cicatrice de césarienne.
- 25% des cas au niveau de l'ombilic (observations N° 3, 4, 12 et 16).

La taille de cette tuméfaction varie dans notre étude entre 14mm et 40mm avec une taille moyenne de 25,06 mm.

2-La douleur :

La douleur est retrouvée chez 93,75% de nos patientes. En effet, on note l'absence de ce symptôme seulement chez notre première patiente.

Les caractéristiques de cette douleur sont réparties dans notre série comme suit :

- Une douleur continue chez deux patientes soit 12,5%.
- Une douleur cataméniale chez 81,25% des patientes.

L'association de douleur pariétale et d'une masse est retrouvée chez 87,5% des cas.

3- Autres :

Seule une patiente rapporte la notion de saignement occasionnel du nodule endométriosique. (Observation N° 4)

Par ailleurs, aucun autre signe clinique n'a été mis en évidence dans notre série.

B- L'intervalle post chirurgical :

Chez les patientes ayant bénéficié d'un ou plusieurs actes chirurgicaux antérieurs, la durée entre le geste et la date d'apparition des symptômes varie entre 1an et 13 ans, avec une durée moyenne de 3ans 9 mois.

III- ETUDE PARACLINIQUE :

A- L'échographie pariétale :

L'échographie pariétale a été réalisée chez 87,5% de nos patientes.

L'aspect le plus retrouvé est celui d'une formation kystique, solido-kystique et parfois tissulaire, hétérogène, limites nettes ou au contraire flous.

Chez cinq de nos patientes, la masse est en contact avec l'aponévrose du muscle grand droit de l'abdomen.

Par ailleurs, la masse apparait superficielle, sous cutanée chez trois patientes et adhérente au muscle grand droit chez trois autres.

B- La tomодensitométrie :

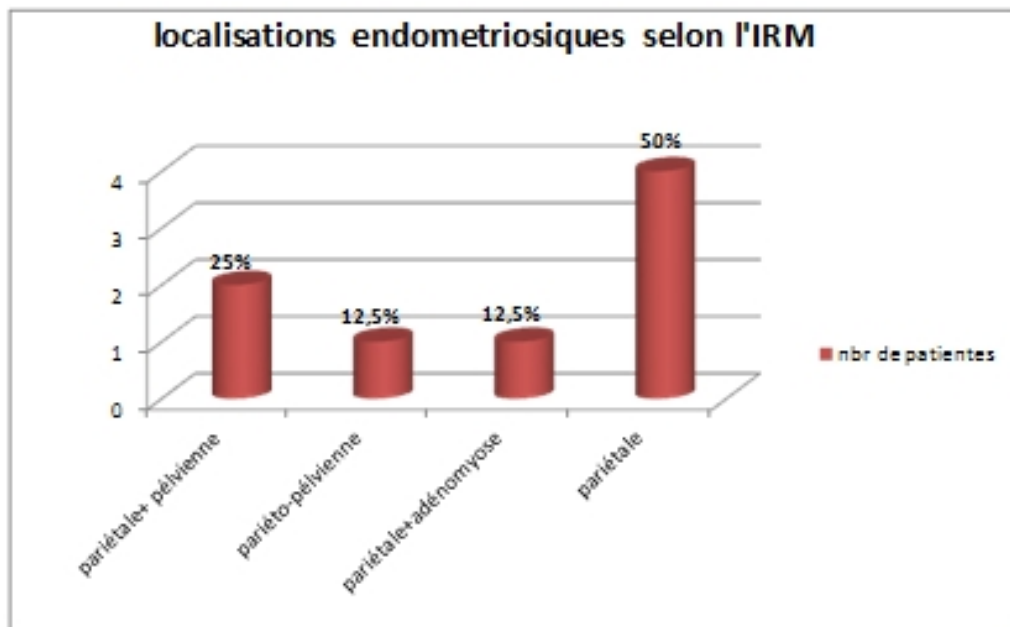
Seules deux de nos patientes ont bénéficié d'un scanner abdomino-pelvien (observation 1 et 14), avec mise en évidence d'une masse tissulaire dense à limites floues au niveau du muscle grand droit.

C- L'IRM :

Neuf de nos patientes ont bénéficié d'une IRM soit 56,25%. Elle permet la visualisation de l'implant endométriosique ainsi que d'autres signes en faveur du diagnostic, tels que :

- des spots en hypersignal et en asignal.
- un hyposignal et T1 avec un hypersignal en T2.
- petite formation en isosignal T1 et discret T2.

Cet examen a également permis la mise en évidence et la recherche d'autres localisations concomitantes.



IV-TRAITEMENT :

Toutes nos patientes ont bénéficié d'une exérèse en monobloque en respectant les marges de sécurité.

Notre 16^{ème} patiente a bénéficié d'une laparoscopie à travers l'orifice de l'exérèse et a montré des lésions millimétriques d'endométriose, diffuse sur le péritoine pariétal et viscéral pelvien.

Suite à une récurrence, la 5^{ème} patiente a bénéficié d'un traitement médical à base d'analogues de la GNRH 11,25 UI tous les 3 mois pendant 6 mois. Ce qui a permis une régression du volume de la masse ainsi que la réalisation d'une exérèse avec marges de sécurité.

Les suites opératoires de nos patientes étaient simples, sauf chez la 6^{ème} et la 8^{ème} patientes qui ont présenté un hématome post opératoire, drainé.

Enfin, nous n'avons noté aucune autre complication.

V-ANATOMOPATHOLOGIE :

Dans toute notre série, le même aspect anatomopathologique a été mis en évidence.

A-Macroscopie :

Un nodule enchâssé dans la graisse, blanc grisâtre, de consistance ferme avec, à la coupe, une fibrose centrale et des microkystes.

B- Microscopie :

La microscopie a mis en évidence des glandes endométriales de tailles variables, bordées par un épithélium cylindrique régulier. Leur lumière étaient parfois gorgée de sang et tapissées de chorion cétoïque sans signes histologiques de malignité.

VI- EVOLUTION :

L'évolution était bonne chez toutes nos patientes sauf chez la 5^{ème}, qui a récidivé 10 mois après le traitement chirurgical.



Discussion

I.HISTORIQUE :

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

- 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 [4].
- Le premier cas d'une endométriose inguinale fut rapporté dans la littérature par ALLEN en 1896 [5].
- Dès 1903, la littérature relate une localisation ectopique sur une cicatrice de césarienne [6].
- En 1995, HEALY et coll. publient le premier cas de dissémination endométriosique iatrogène [7]. Le terme d'endométriose a été proposé par SIMPSON en 1925 [8, 9] en même temps qu'il formulait une théorie réaliste susceptible d'expliquer la pathologie. Il est actuellement définitivement adopté, en mettant un terme à une terminologie variée et sujette à de nombreuses controverses.

II. DEFINITIONS :

- ❖ L'endométriose se définit par la présence d'îlots de tissu endométrial en situation hétérotopique en dehors de la cavité utérine représentant les caractères histologiques et biologiques de l'endomètre [10,11].
- ❖ L'endométriose extra-pelvienne peut toucher tous les organes, sauf la rate, chez une femme en activité génitale.
- ❖ L'endométriome est la présence ectopique de tissu endométrial sous forme d'une masse kystique ou solide, ainsi il définit une quantité importante de tissu endométrial ectopique. [2]
- ❖ L'endométriose pariétale, objet de notre étude, est la présence ectopique du tissu endométrial au niveau de la paroi abdominale. Elle peut être primitive ou cicatricielle. Elle est le plus souvent sous forme d'un endométriome en regard d'une cicatrice abdominale ou encore au niveau de l'ombilic.
- ❖ Dans notre série nous rapportons deux cas d'endométriose ombilicale primitive appelé nodule de Villar et 14 cas d'endométriose cicatricielle.

III. ETHIOPATHOGENIE : [12, 13, 14, 15 et 16]

Le mécanisme physiopathologique de l'endométriose est mal connu. Il est probablement multifactoriel. Pour expliquer les lésions d'endométriose, plusieurs théories ont été proposées.

1-La théorie du reflux : Cette théorie développée par Sampson au cours des années 1920 repose sur l'hypothèse que les lésions endométriosiques résultent de la régurgitation par les trompes de Fallope de tissus endométriaux présents dans les menstruations. Il y aurait dissémination de cellules endométriales, puis implantation dans la cavité abdominopelvienne. Un certain nombre d'arguments va dans le sens de cette théorie :

- L'introduction via les trompes de cellules endométriales dans la cavité péritonéale ;
- La viabilité ainsi que la capacité d'implantation et de prolifération de ces cellules endométriales régurgitées.

Néanmoins, la majeure partie des femmes présente un reflux tubaire (76 %) et ne développe pas pour autant systématiquement une endométriose. Cette théorie ne permet pas à elle seule d'expliquer la physiopathologie. Seules 54%des patientes avec un reflux tubaire menstruel développeraient une endométriose.

Cette théorie se résume en différentes étapes nécessaires à la genèse et au développement des lésions endométriosiques :

- la régurgitation de cellules endométriales viables ;
- l'adhésion de ces cellules, la protéolyse du tissu hôte ;
- La prolifération estrogéno-dépendante des lésions endométriosiques avec des phénomènes d'angiogenèse et de lymphangiogenèse ;
- Des phénomènes inflammatoires avec cicatrisation sous forme de fibrose.

2- La théorie métaplasique : Cette théorie est fondée sur l'hypothèse que tout tissu provenant de la même origine embryologique (la cavité cœlomique) pourrait être à l'origine d'une métaplasie type endomètre. Initiée au XIX^{ème} siècle par Waldeyer, cette théorie a été approfondie par Meyer. Tous les tissus provenant de l'épithélium cœlomique auraient la capacité de se transformer en tissus de la lignée mullérienne. Le principal argument clinique en faveur de cette théorie est l'existence de localisations atypiques telles que les lésions endométriosiques au niveau de la prostate ou de la paroi abdominale chez des hommes sous hormonothérapie au long cours pour néoplasie prostatique. La présence de lésions endométriosiques chez des femmes ayant une absence d'endomètre fonctionnel ou ayant un syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser, un syndrome de Turner ou une dysgénésie gonadique. L'ensemble de ces localisations atypiques est très rare.

3- La théorie métastatique : Il existe au sein du myomètre, le long des vaisseaux lymphatiques et vasculaires, une extension du tissu endométrial. Des lésions endométriosiques ont été observées au sein des vaisseaux lymphatiques du myomètre et des trompes, mais aussi des ganglions lymphatiques inguinaux et pelviens. Cette voie de dissémination est séduisante pour expliquer les rares localisations endométriosiques à distance du pelvis : iliaques, rénales, cutanées, cérébrales, axillaires. . . Des cas d'atteintes cutanées ombilicales associées à des atteintes lymphatiques sont rapportés. L'ombilic est connu pour sa richesse en vaisseaux lymphatiques provenant du pelvis. Les atteintes pulmonaires pourraient résulter d'une dissémination hémotogène. La répartition des lésions endométriosiques pulmonaires est prédominante au niveau des bases pulmonaires là où la perfusion est maximale.

Pour les endométriomes pariétaux, le mécanisme le plus probable serait la greffe locale de cellules endométriales qui vont se développer dans un contexte particulier. Les cellules endométriales ont un potentiel élevé de développement au niveau de zones non épithélialisées. Leur développement est également favorisé par une inflammation secondaire induite par des facteurs immunologiques.

La théorie métaplasique a été également proposée pour expliquer les endométriomes pariétaux. L'endométriome est issu de cellules mésenchymateuses primitives pluripotentes qui subissent une différenciation métaplasique spécifique.

Enfin, certains auteurs pensent que les lésions seraient expliquées par des modifications anatomiques. L'utérus serait adhérent au péritoine pariétal et à chaque épisode de menstruation le sang refluant par les trompes suivrait les replis péritonéaux et les adhérences pour imprégner les cicatrices. Pour les sites d'implantation comme la paroi abdominale, on invoque surtout des implants liés à une intervention pelvienne ou lors de biopsie à l'aiguille.

La localisation cicatricielle est due à l'implantation directe des cellules endométriales suivie d'une inflammation secondaire induite probablement par des facteurs immunologiques et par un potentiel élevé de développement de ces cellules endométriales au niveau de zones non épithélialisées. Des antécédents de chirurgie étaient ainsi observés chez ces patientes.

De rares cas d'endométriose pariétale ont été décrits chez des patientes sans antécédents de chirurgie. On suspecte alors plutôt des disséminations vasculaires et lymphatiques. À l'exception de la localisation pariétale, l'étiopathogénie des autres localisations n'est pas encore établie de façon certaine, bien que la théorie de dissémination par voie hématogène et lymphatique soit la plus admise.

Cette entité est rare après la ménopause. En effet, à la ménopause la composante cytochorionique régresse mais la composante glandulaire peut persister. La réactivation de la composante glandulaire est connue, sous l'effet d'un traitement hormonal substitutif, ou en présence d'une tumeur surrénalienne ou ovarienne (type granulosa) sécrétante réalisant un terrain d'hyperœstrogénie.

IV. EPIDEMIOLOGIE :

A-La fréquence :

La prévalence de l'endométriose reste difficile à déterminer. En effet les études menées dans ce sens n'ont été faites que sur des groupes de femmes bien précis.

Par exemple elle a été estimée à 22% chez la femme tout âges confondus, allant jusqu'à 15% chez les femmes en âge de procréer et à 6% chez les femmes en pré ménopause [17].

Elle a également été incriminée chez 25 à 35% des femmes souffrant d'une infertilité et chez 10% des patientes ayant subi une hystérectomie. Ainsi elle considérée comme la pathologie gynécologique responsable d'un peu près de 6% des hospitalisations des patientes entre 15 et 44 ans [18].

L'endométriose pariétale qui est l'objet de notre étude fait partie des endométrioses extra-pelviennes qui sont nettement moins fréquentes que celles intra-pelviennes. Le siège pariétal, défini par une localisation plus superficielle que le péritoine, concerne 1% à 4% des localisations extra-génitales. Les muscles droits de l'abdomen sont les plus souvent touchés [19].

L'atteinte pelvienne concomitante est possible et elle est objectivée dans moins de 26% des localisations pariétales [19].

L'endométriose pariétale peut être spontanée ou cicatricielle, le plus souvent en regard d'une cicatrice de césarienne. En effet, l'incidence des endométriomes cicatriciels est estimée à 0,03% jusqu'à 1,5% chez toute patiente ayant comme antécédent une césarienne [20].

B- Facteurs de risque :

L'endométriose pariétale a très rarement été liée à des facteurs de risques. Cependant, ceux rapportés par la littérature concernent l'endométriose comme entité générale.

1-L'âge :

L'endométriose pariétale est retrouvée le plus souvent chez les femmes en âge de procréer. En effet, il existe une corrélation entre l'endométriose et l'âge avec une moyenne de 35 ans pour la localisation extra-pelvienne [21].

Cependant, le délai diagnostique, surtout dans les formes asymptomatique, peut fausser ces résultats. D'autres études menées ont pu mettre en évidence des cas d'endométriose chez les adolescentes de 11 à 21 ans [22], ainsi que chez des femmes ménopausées comme le cas décrit par El Absi et Al [23].

Dans notre étude, l'âge moyen des patientes a varié entre 23 ans et 47 ans soit un âge moyen de 34 ans et 7 mois.

Des cas d'endométriose chez des patientes pré-pubères, bien que rares, ont été décrits, mettant ainsi en jeu la théorie physiopathologique du reflux tubaire [24].

2-Facteur racial et niveau socio-économique :

L'endométriose en générale est plus fréquente chez les patientes de race blanche. La majeure partie des études menées dans ce sens concernait la race caucasienne.

Dans notre étude une seule patiente (observation N°4) est originaire de l'Afrique subsaharienne ; les autres étaient toutes d'origine marocaine.

D'autres études épidémiologiques des facteurs de risque de l'endométriose ont objectivé une forte incidence de cette pathologie chez les femmes bénéficiant d'un haut niveau socio-économique.

Cependant ce constat peut être biaisé du fait que les patientes instruites sont plus enclines à consulter pour des problèmes de santé, ainsi que par la difficulté d'accès aux soins chez les patientes de race noire et de bas niveau socio-économique [25, 26].

Une étude a également montré que les femmes dont le travail nécessite des gardes de nuit régulières pour une période de 5 ans ou plus, ont un risque légèrement plus élevé de développer une endométriose [27].

3-Facteurs environnementaux et tabagisme :

Il a été suggéré que la pollution aux Dioxines a un lien de causalité avec l'endométriose. En effet, cette hypothèse, formulée en 1994, est devenue populaire après le constat d'une forte augmentation et de la sévérité de cette pathologie chez un groupe de primates traité préalablement par les Dioxines.

Pour ce qui est de l'être humain, il n'existe toujours aucune preuve tangible de cette relation de cause à effet [28].

Le tabac peut également être inclus comme facteur étiopathogénique de l'endométriose. Ses composants entravent la synthèse de l'œstradiol et de la progestérone. En plus, le tabagisme a un effet sur les médiateurs de l'inflammation aussi bien au niveau du poumon qu'en extra-pulmonaire et peut ainsi être à l'origine d'une inflammation accompagnant l'endométriose, ainsi qu'une surexpression génique pro-inflammatoire [26].

4-Antécédents:

a-Personnels:

➤ Gynécologiques:

L'histoire gynécologique de la femme joue un rôle important dans l'apparition de l'endométriose. En effet, CRAMER en 1986, soutient que les femmes souffrant d'une endométriose ont classiquement des cycles courts (moins de 28jours), des règles abondantes et prolongées (plus de 7jours), causant ainsi une exposition fréquente et prolongée au flux menstruel. [29]

Arumugam soutient cependant l'absence de causalité entre ces facteurs et l'endométriose développée dans la théorie du reflux. [30]

La ménarche précoce (avant l'âge de 11ans) a également été incriminée dans la constitution d'une endométriose. [29]

D'autres études ont montré qu'une grande partie des adolescentes souffrant d'une malformation génitale obstructive (utérus bicorne, borgne, atrésie vaginale, imperforation ou microperforation hyménéale, septum vaginal transverse, hémivagin obstructif, etc.). Ces patientes représentent 5% à 6 % des adolescentes endométriosiques. La très nette régression des lésions après correction d'une malformation reste cependant plus difficile à expliquer. [22]

➤ Obstétricaux :

Le risque d'avoir une endométriose diminue avec le nombre de grossesses [28]. Par contre, bien que la grossesse semble avoir un effet suspensif sur les symptômes de cette pathologie, un lien de causalité n'a jamais été établi. Ceci peut être expliqué par la stérilité généralement induite par l'endométriose, transformant ainsi la nulliparité d'un facteur de risque à une conséquence.

Pour ce qui est de l'endométriose pariétale et contrairement à l'endométriose en général, la grossesse présente un facteur de risque important.

En effet, ce facteur de risque est cumulé à cause de l'imprégnation hormonale importante, du déficit immunitaire général et probablement local associé qui sont deux éléments favorisant la stimulation endométriosique au niveau des zones « greffées », ainsi que le non élimination de ces tissus en position ectopique, plus particulièrement lors des 1er et 2 ème 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. [10]

Treize de nos patientes ont un antécédent de césarienne.

➤ **La contraception :**

La relation entre contraception et endométriose a fait l'objet de plusieurs études. En effet, les oestroprogestatifs entraînent généralement une diminution de la durée et de l'abondance du flux menstruel tandis que les dispositifs intra-utérins, au contraire, ont tendance à augmenter l'abondance et la durée des règles. Ainsi, et puisque l'endométriose est estrogène-dépendante, la pilule faiblement dosée diminue le risque de développer cette pathologie contrairement au DIU qui l'augmente. [31]

Le DIU a été utilisé par une seule de nos patientes pour une durée de 8 ans. Cependant, une autre de nos patientes rapporte l'utilisation d'une contraception orale arrêtée 2 mois avant son admission.

➤ **Auto-immunité :**

On retrouve davantage de lupus, polyarthrites rhumatoïdes, syndromes de Goujerot, hypothyroïdie, lymphomes non hodgkinien, sclérose en plaques, asthme ou allergie chez les patientes endométriosiques. [32 ; 33]

➤ **Terrain de Comorbidités:**

Les femmes atteintes d'endométriose présentent souvent des algies chroniques et une hypersensibilité globale à la douleur. On retrouve en effet une proportion plus importante de syndromes du côlon irritable, de fibromyalgies, de cystites interstitielles et de lithiases urétérales. [32; 33; 34]

➤ **Chirurgicaux :**

Les antécédents de chirurgie gynécologique et obstétricale participent à l'apparition de l'endométriose pariétale, qui se trouve être dans la plus part des cas cicatricielle.

En effet cette atteinte serait due à la greffe directe des cellules endométriales dans la paroi abdominale lors d'une perforation ou d'une rupture utérine, d'amniocentèse, d'épisiotomie voir de procédures de cœlioscopie gynécologique ou après une césarienne. [35]

▪ **La césarienne :**

Il a été estimé que l'endométriose pariétale complique de 0,03% à 0,8% des césariennes [19]. Par contre d'autres études affirment que 57% des cas atteints de cette pathologie ont été associés à un antécédent de césarienne [36].

Pour ce qui est de notre étude, entre 2000 et 2017, treize patientes sur seize avaient une endométriose pariétale après une césarienne à terme. Les cicatrices impliquées sont au niveau des incisions Pfannentiel, mais aussi de laparotomie médiane sous ombilicale, moins pratiquée de nos jours.

Dans ce cas, RANI et al. [37] suggèrent que l'hystérotomie suivie de l'extraction foeto-placentaire pendant la césarienne favorise le contact entre les cellules endométriales et les zones musculo-aponévrotiques décollées ou traumatisées de la paroi abdominale. En outre les sites inflammatoires et cicatriciels postopératoires pourraient constituer des milieux favorables où les cellules endométriales prolifèreraient et finiraient par s'autonomiser. On observe alors les mêmes symptômes que l'endométriose pelvienne au niveau de la paroi abdominale.

Ils ont également montré que l'endométriose était particulièrement fréquente après hystérotomie du 2eme trimestre ou du début du 3eme trimestre de la grossesse. Ils avancent que l'endomètre de la grossesse débutante peut se transplanter plus facilement que celui de fin de grossesse.

L'hyperœstrogénie qu'elle soit due à la grossesse ou à un traitement hormonal substitutif de la ménopause, ainsi que l'immunité diminuée semblent être des facteurs favorisant l'endométriose pariétale dans un contexte de cicatrice abdominale. [10]

Cependant, des cas d'endométriose pariétale en l'absence de cicatrice ont été décrits, comme c'est le cas de 2 patientes de notre étude.

▪ **Hystérectomie :**

Comme toutes les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales, l'hystérectomie peut être à l'origine d'une endométriose cicatricielle pariétale. Cependant, son incidence reste difficile à déterminer du fait de sa rareté relative.

Une étude menée sur 455 patientes présentant une endométriose de la paroi abdominale a montré que 11% des cas étaient associés à une hystérectomie antérieure. [38]

▪ **Appendicectomie :**

Il est rare que cette pathologie soit observée sur des cicatrices d'appendicectomie. LAMBIN et coll. [39] rapportent un cas d'endométriose sur cicatrice d'appendicectomie, avec un délai post opératoire de 26 ans. Contrairement aux autres études qui estiment ce délai à une durée variable pouvant aller de 6 mois à 6 ans. [40]

▪ **Laparoscopie :**

L'incidence des endométriomes sur trocarts de cœlioscopie est en nette augmentation du fait de l'essor important de cette voie d'abord en chirurgie gynécologique. [19]

Nous retrouvons chez notre 4^{ème} patiente un antécédent de cholécystectomie per cœlioscopie.

▪ **L'amniocentèse :**

L'amniocentèse est un acte médical visant à prélever du liquide amniotique pour une analyse de celui-ci. Elle est réalisée sous contrôle échographique simultané continu et permanent. Elle nécessite donc la présence de deux opérateurs. Elle est prescrite le plus souvent pour établir le caryotype du fœtus, rechercher une anomalie de fermeture du tube neural (spina bifida), rechercher des agents infectieux (toxoplasmose, cytomégalovirus, varicelle, parvovirus, rubéole...), rechercher des mutations génétiques (mucoviscidose, achondroplasie, ...), étudier la fonction digestive fœtale, ainsi que certaines hormones. Ses complications les plus connues sont les avortements et les infections utérines.

Le premier cas d'endométriose faisant suite à deux amniocentèses a été rapporté par HUGUES et coll. en 1997[41]. Ainsi, à chaque amniocentèse, il est important de garder à l'esprit l'endométriose comme complication potentielle.

▪ **Avortement :**

Les avortements sont rarement mentionnés comme antécédents chez les patientes souffrant d'une endométriose pariétale. Cependant, FERRARI et coll. ont rapporté en 1977 un cas d'endométriose pariétale suite à un avortement à 20 semaines d'aménorrhée par une solution hyper saline. Lors de cette intervention, une aiguille de calibre 18 avait été utilisée aussi bien pour aspirer le liquide amniotique que pour injecter la solution hyper tonique et provoquer l'avortement. [42]

En outre, deux séries de cas indiennes rapportent une proportion très importante (74% et 71%) de lésions endométriosiques post hystérotomies, intervention fréquemment réalisée dans ce pays pour interruption volontaire de grossesse, entre les années 1970 et 1990. [37; 43]

➤ **Autres antécédents non chirurgicaux:**

L'antécédent incontournable à rechercher systématiquement est celui d'un épisode antérieur d'endométriose.

Il est également très important de mentionner que des cas d'endométriose sans antécédents de chirurgie ont été recensés. En effet, deux études indiennes rapportent un taux de 18% d'endométrioses spontanés. [19]

b. Familiaux :

Le facteur familial a été fortement incriminé. En effet, on retrouve un lien sur la transmission au premier degré. Une étude menée sur la population Islandaise retrouve un taux de transmission au 1^{er} degré de 5% à 8% [44]. Une histoire familiale est également retrouvée dans des proportions équivalentes au Japon, aux USA et au Brésil (équivalentes à 8%) [45]. Lamb [46] pense toutefois que ce sont les habitudes de vie familiales qui expliquent cette différence plutôt que le facteur génétique. Cependant, aucune étude n'a pu établir un lien entre le système HLA et cette pathologie.

Pour ce qui est de notre étude, aucune de nos patientes n'a rapporté un antécédent familial lors de l'interrogatoire.

V. LOCALISATION :

Les lésions endométriosiques envahissent les tissus sous-jacents en regard des cicatrices. Cependant, quelques cas d'endométriose pariétale spontanée, en dehors de tout contexte chirurgical, ont été rapportés [47 ; 48]. Certains auteurs ont assimilé l'ombilic à une cicatrice, et ont pu ainsi expliquer l'affinité des cellules endométriales pour cette localisation. Les zones les plus souvent envahies par ces lésions sont les muscles abdominaux et leurs gaines.

Ces cellules peuvent envahir toutes les structures pariétales. Cependant, les muscles les plus touchés sont : le muscle grand droit de l'abdomen, le muscle oblique externe et le muscle transverse. Des lésions inguinales au niveau du ligament rond ont également été décrites.

En ce qui concerne notre étude, la majorité de nos patientes présentaient une endométriose en contact avec l'aponévrose du muscle grand droit, 3 cas d'endométriose superficielle, 2 cas d'endométriose adhérente au muscle grand droit. 3 cas d'endométriose ombilicale primitive (2cas) et cicatricielle (un cas)

VI. CLINIQUE:

Il est important de rappeler que les lésions endométriosiques peuvent rester asymptomatiques dans 25% à 50% des cas [49; 50]. En effet, Fritel et al. Estiment que la découverte fortuite d'une endométriose au décours d'une cœlioscopie chez une patiente asymptomatique varie de 6% à 50% [11].

Chez les patientes symptomatiques, le tableau clinique est souvent évocateur. Les femmes les plus affectées sont en activité génitale, entre 20 et 40 ans [16]. L'âge de nos patientes est compris entre 27 et 47 ans. Le maître symptôme est souvent sous forme d'une infiltration nodulaire, irrégulière, persistante, de taille variable (le plus souvent d'environ 2cm de diamètre), en regard d'une cicatrice abdominale (le plus souvent une césarienne). Elle se trouve généralement associée à des douleurs cycliques concomitantes avec les règles, fortement évocatrices du diagnostic mais loin d'être indispensables [16; 2].

Lorsque la lésion est superficielle, il est possible d'observer de façon cyclique un changement de teinte de la lésion qui devient bleuâtre (ce qui est le cas pour notre 3eme patiente) ou même une fistulisation de la peau avec écoulement sanglant [16, 116]. La palpation de la lésion doit permettre d'en apprécier la taille et la localisation en profondeur, la lésion envahissant fréquemment les muscles abdominaux et leur gaine.

Les principaux diagnostics différentiels d'une masse associée à une cicatrice abdominale sont : les hernies, les granulomes sur fils, les abcès, les hématomes, les neurinomes, les kystes épidermoïdes et enfin plus rarement des tumeurs malignes (sarcome, métastases de carcinomes) [51 ; 52 ; 53]. En cas de tableau typique, le diagnostic peut être facile à évoquer. Mais, il est parfois plus difficile.

A- Etude Clinique:[1, 54,55]

La douleur abdominopelvienne est au centre de la symptomatologie de l'endométriose, elle peut inclure sous ce nom les dysménorrhées et les dyspareunies profondes. L'infertilité est également souvent retrouvée en cas d'endométriose. L'endométriose cicatricielle peut quant à elle se manifester par une masse asymptomatique ou douloureuse au niveau de la cicatrice.

Cependant, 26% des patientes ayant un endométriome pariétal sur cicatrice ont aussi une endométriose pelvienne, qui peut se manifester par la triade symptomatique classique, associée aux symptômes sous cutanés, ces derniers pouvant dans ce cas être ignorés ou relégués au second plan.

La symptomatologie de l'endométriose pariétale peut être typique et faciliter le diagnostic ou encore être atypique et trompeuse.

1-Les signes typiques :

a. La douleur :

En effet, pour l'endométriose pariétale comme pour toutes les autres localisations la douleur est souvent au premier plan du tableau clinique. Elle peut être très évocatrice si son apparition est précédée de quelques années par une chirurgie gynécologique et surtout en cas de césarienne antérieure, ou encore si sa localisation est sur le trajet d'une cicatrice de la paroi abdominale [43]. Cette douleur est généralement intense, localisée, avec recrudescence au moment des menstruations [10], elle sera de moins en moins évocatrice en l'absence de l'un ou plusieurs de ses caractéristiques.

L'incidence de ce symptôme a été traitée dans plusieurs études. En effet, elle a été retrouvée dans 69,2% des cas rapportés par DWIVEDI [57]. Dans la série de PATTERSON [51] la douleur est présente chez 87,5% des patientes dont 50% constante et 37,5% fluctuante. Elle a également été notée chez toutes les patientes dans la série de Poonam et al [59]. Avec un taux de 66,6% de douleurs cycliques et 33,4% de douleurs constantes. Dans la série de G. Picod et al. [2] 73,4% des patientes ont présenté une douleur. Dans 66,6% des cas, cette douleur était cyclique alors que seulement 6,6% des cas, soit une seule patiente souffrait de douleur continue.

Pour notre étude, onze de nos patientes typiquement, sont toutes des patientes aux environs de la trentaine, se plaignant d'un syndrome tumoral très localisé, siégeant à proximité d'une cicatrice chirurgicale (césarienne, cholécystectomie) tendu et douloureux, majoré au moment des règles.

b. Masse tumorale :

La principale manifestation clinique en plus de la douleur est sous forme d'une masse ou une voussure intra ou para cicatricielle [43], persistante, de taille variable et fluctuante avec les menstruations [10]. Encore une fois, cette présentation sera moins significative en cas d'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 [57], dans tous les cas des séries de Patterson [51] et de Picod.G [2]

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

Le symptôme de présentation chez les 6 patientes de Wasfie [56] était une douleur progressive associée à une masse ferme située au niveau de la cicatrice de césarienne (syndrome tumoral douloureux), mais sans caractère cyclique.

Dans notre étude, 75% de nos patientes ont consulté pour le bilan d'une masse pariétale.

Les dimensions de la masse sont très variables. Dans notre série, la taille a varié entre 14 et 40 mm avec une taille moyenne de 25,06mm. Sa palpation dépend quant 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 93,75% des patientes. Elle est exacerbée durant la période menstruelle chez au moins 81,25% 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 [10].

2- Particularités :

On note l'association d'une endométriose pariétale avec une endométriose synchrone intra-pelvienne ou abdominale, responsable de la symptomatologie souvent inflammatoire des organes adjacents : rectale (épreintes, ténésmes, rectorragies..) [60,61], vésicale [62] (dysuries, impériosités, faux besoins, cystites à urines claires et ECBU négatif mimant les infections urinaires à répétition, voir dans les localisations profondes une hématurie cataméniale), génitale [63] (ménometrorragies, dyspareunies, infertilités, dysménorrhées...) .

Du fait de sa localisation pariétale qui élimine toute atteinte associée intra-pelvienne et/ou abdominale, on retrouve dans la littérature des atypies concernant l'âge de survenu (post ménopausique).

Et indépendamment de la localisation, on retrouve souvent des troubles psychologiques associés à l'endométriose de type anxio-depressifs, souvent rattachés à la chronicité de la pathologie et de la douleur, et non à la pathologie elle-même [66].

N.B. Certains auteurs soutiennent que tout symptôme cataménial cyclique, doit faire évoquer une endométriose : sciatalgies rythmées par les règles font suspecter une atteinte sur le trajet du nerf sciatique [64], une toux rythmée par les règles fait suspecter une atteinte pulmonaire [65].

Dans notre étude, toutes nos patientes ont présenté des signes typiques d'endométriose pariétale excepté une patiente qui outre la douleur typique et une légère sensibilité en regard de la cicatrice de la césarienne, n'a présenté aucun nodule ni masse visibles et/ou palpables.

B- Examen physique

1- Examen abdominal [57, 67]

On recherche à l'inspection une cicatrice (dont il faut préciser le type, l'indication et la localisation), une tuméfaction, une masse ou un nodule (dont il faut préciser le siège, la taille, la distance par rapport à la cicatrice et la coloration). La palpation devra préciser la constance, la sensibilité, la douleur, la mobilité par rapport au 2 plans cutané et profond.

L'examen devra être consigné sur un schéma daté pour pouvoir évaluer le caractère évolutif au cours du cycle.

Ainsi, selon la littérature, la taille varie entre 0.5mm à 3cm, sa coloration varie du marron au bleuté en fonction de sa profondeur et de la quantité de sang que le nodule contient.

Chez nos patientes, on retrouve un nodule dont la taille est de 25,06mm en moyenne (14 à 40 mm), sensible, parfois même douloureux, ferme, adhérent au plan profond et mobile par rapport au plan superficiel, se localisant à l'extrémité de la cicatrice ou immédiatement adjacent. La particularité a été le caractère évolutif de la taille du nodule chez une de nos patientes, et dont la coloration bleue s'est accentuée pendant la période des règles, tandis que les nodules des autres patientes présentaient une coloration fixe. Autre particularité de notre étude, une de nos patientes présentaient à l'examen clinique une sensibilité en regard de la cicatrice sans relief pariétal (masse, tuméfaction ou nodule).

2- Examen gynécologique :

L'intérêt est de rechercher une localisation synchrone ou les retentissements à distance.

L'examen au spéculum recherche une coloration violacée-bleutée du col, plus au moins rétractiles, préférentiellement localisée au niveau rétro cervical et dans la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure [69].

Au toucher vaginal, on recherche la présence de nodules durs pelviens douloureux, ayant une localisation préférentielle sur les ligaments utérosacrés, dont la mise en tension est douloureuse, sur la face postérieure de l'isthme utérin et sur la cloison recto-vaginale. On recherche également l'existence d'induration pelvienne douloureuse et la palpation de masse annexielle fixée (endométriome) [69,70].

N.B. un gros utérus (fixé et rétro versé) devra faire évoquer une adénomyose [68].

Parmi les recommandations, on trouve :

- L'association du toucher rectal au toucher vaginal, qui va s'afférer à rechercher une infiltration de la cloison recto vaginale.
- Du fait du caractère cataménial des lésions, et pour rendre ainsi l'examen plus efficace et sensible, il est préférable de le pratiquer au décours des règles.
- L'examen se fait en position gynécologique à vessie vide.
- Ne pas oublier l'examen bilatéral et comparatif des seins, des aires ganglionnaires, ainsi que des orifices herniaires.

Dans notre étude, l'examen gynécologique était sans particularités chez toutes les patientes.

C- Formes cliniques :

1- Evolution naturelle :

Du fait de la physiopathologie encore malélucidée de l'endométriose pariétale, du nombre de cas pas assez conséquents, et des études cliniques limitées en nombre et en moyens, on ne peut discuter de manière détaillée du caractère évolutif et des facteurs l'influençant. Néanmoins, on note 3 tableaux évolutifs récurrents : Stabilisation des lésions, régression et aggravation. Ainsi selon Abbott et al et concernant l'endométriose en général, l'évolution a été marquée par une aggravation dans 45% des cas, une stabilisation dans 33% des cas et une diminution dans 22% des cas en l'absence de tout traitement. [71]

2- Les complications :

Les complications potentielles sont :

-La transformation maligne : elle est favorisée par les endométrioses récidivantes, selon Takai et Al [72] la transformation maligne d'une endométriose se fait le plus souvent vers un carcinome à cellules claires, dans 0.7% à 1% des cas. Plusieurs auteurs trouvent une association significative entre l'utilisation des œstrogènes et la transformation maligne. Néanmoins au cours de notre recherche dans la littérature nous avons noté que la transformation maligne présente une affinité pour la localisation ovarienne. Un cas de transformation maligne d'une endométriose pariétale a été décrit par F. Sergent et collaborateurs en 2006. [73,74]

-La rupture hémorragique : favorisée par l'évolution rapide, la taille importante, et la modification de l'environnement hormonal (grossesse, traitement hormonal). [75]

-La récurrence : les épisodes itératifs et récidivants d'endométriose pariétale, survenant après avoir bénéficié d'un traitement curatif chirurgical associé ou pas à un traitement médical hormonal, favorise la transformation maligne dont le diagnostic s'effectue par l'examen histologique de la pièce d'exérèse [73]

- Autres complications : L'infection [76]. La transformation en abcès.

-L'association à une endométriose intra abdominale ou pelvienne : l'infertilité, syndrome abdominal aigu (rupture d'endométriose ovarienne), dyspareunies

- Troubles anxio-dépressifs : dus à la douleur chronique, au retard diagnostic (absence de sensibilisation et méconnaissance de la maladie par les professionnels de santé et par la patiente, attribuant ainsi la symptomatologie à de simples troubles digestifs ou de banales dysménorrhées). En Europe des études démontrent que le retard diagnostic est d'un délais compris entre 4 et 10 ans voir d'avantage, avec retentissement sur la qualité de vie conjugale et professionnelle (secondaire au recours fréquent à des prescription d'arrêt de travail) , gênes esthétiques, dépression, troubles de l'humeur...

Le diagnostic tardif est souvent responsable d'un déni de l'entourage et du corps médical, d'un sentiment d'abandon de la part de la patiente, expliquant ainsi le soulagement ressenti lors de l'annonce du diagnostic [66].

Dans notre étude, on note une seule patiente qui a présenté une complication à type de récurrence après traitement chirurgical et médical. Un hématome de la loge d'exérèse a été objectivé chez 2 patientes.

- Localisations :

- Endométriose cicatricielle : il s'agit de l'endométriose pariétale la plus fréquente, elle peut survenir sur n'importe quel type de cicatrice : pfannentiel, épisiotomie, cicatrices de chirurgie utérines, trajet d'une aiguille d'amniocentèse, d'un orifice de trocart, plus rarement sur une cicatrice d'appendicectomie ou encore sur cicatrice de coelioscopie. Cette localisation est plus fréquente chez les patientes en âge de procréer ; se présentant souvent comme une masse ou un nodule bleuté en regard d'une cicatrice, dont la douleur est de type cataménial [2,23]. Ce qui est le cas pour 14 de nos patientes.

-Endométriose ombilicale : cette localisation est expliquée par certains auteurs par le fait que l'ombilic soit lui-même une cicatrice vestige du cordon ombilical. Elle se présente en général comme une tuméfaction bleutée douloureuse en regard de l'ombilic, qu'elle déforme ; cette symptomatologie est exacerbée par les règles [47]. Trois patientes de notre série ont eu une endométriose ombilicale, dans deux cas elle était primitive (nodule de Villar) et le troisième était cicatriciel sur orifice de coelioscopie.[117]

-Endométrioses pariétales associées à d'autres localisations : la localisation la plus fréquente est la localisation pelvienne utérine et ovarienne qui présente une fréquence de 26%, ainsi que la localisation inguinale souvent confondue avec une hernie inguinale (6 cas rapportés par Candiani et Coll)[77], et pour finir l'endométriose rétropéritonéale (5 cas rapportés par Moore et Coll).[78]

Dans notre étude, on rapporte 3 cas associant une endométriose pariétale cicatricielle avec une endométriose endopelvienne.

3- En fonction de l'âge :

-L'endométriose pariétale de la femme âgée :

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 oestrogénie est connue. Le diagnostic est particulièrement difficile à établir. Dans notre contexte, ELABSI et al du CHU AVICIENNES ont rapporté un cas survenu chez une femme de 60 ans, 22 ans après une césarienne, par voie médiane et 20 ans après la ménopause. [23]

- Endométriose de l'adolescente :

A notre connaissance aucun cas d'endométriose pariétale chez une adolescente n'a été retrouvé. Cependant, des cas d'endométriose pelvienne ont été rapportés dans la littérature. Ce diagnostic sera principalement évoqué devant un tableau d'algies pelviennes chroniques associées à des dysménorrhées rebelles à un traitement oestroprogestatif minidosé bien conduit et à la prise d'AINS. [22]

- Endométriose de la femme enceinte :

Certains auteurs estiment que la grossesse améliore l'endométriose. 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. [40, 79]

VII- ETUDE PARACLINIQUE:

A- Examens radiologiques :

1- L'échographie :

L'échographie reste l'examen à réaliser en première intention devant toute masse abdomino-pelvienne, facile, simple, peu coûteux, reproductible et non invasif. Ceci dit, plusieurs facteurs peuvent influencer le résultat, notamment la qualité de l'appareil, le terrain, et l'expérience de l'examineur [81].

Cet examen sera pratiqué en trois temps, avec les sondes adéquates :

- Echographie de la paroi abdominale : elle nous permettra de mettre en évidence la masse et de déterminer ses caractéristiques (consistance, homogénéité, échogénicité, taille, limites).

- Echodoppler : elle permet de préciser le caractère vasculaire de la masse

- Echographie pelvienne : elle recherche d'autres localisations associées.

L'ensemble des études semble être en accord sur les caractéristiques échographiques de cette masse. Il s'agit souvent d'une image arrondie de consistance liquidienne anéchogène parfois kystique, attenante à la paroi abdominale, possédant un seul pédicule vasculaire latéralisé dont le flux augmente durant la période des règles [80,35, 118].

Parmi les autres localisations on retrouve une endométriose utérine ou ovarienne.

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

Dans notre étude, 87,5% des patientes ont bénéficié d'une échographie pariétale. En effet, elle a permis de mettre en évidence une masse solido-kystique ou parfois tissulaire, le plus souvent hypoéchogène parfois hétérogène en regard d'une cicatrice de césarienne ou au niveau de l'ombilic.

2- Tomodensitométrie :

Le recours à la TDM a été aussi bien décrit au niveau de la littérature. Il peut être intéressant pour caractériser l'envahissement de la lésion en profondeur. La lésion retrouvée est généralement sous forme d'une masse tissulaire homogène isodense par rapport au muscle prenant le contraste après injection du fait de son caractère vasculaire, mais sans être caractéristique [35,2].

En effet, d'autres études soutiennent, la non spécificité du scanner dans le diagnostic de l'endométriose vu que la collection liquidienne ou la masse tissulaire souvent mise en évidence reste inconstante et peut d'ailleurs changer au cours du cycle en fonction de l'imprégnation hormonale.

Deux de nos patientes ont bénéficié d'une TDM pariétale, objectivant ainsi une masse pariétale tissulaire du muscle grand droit de l'abdomen.

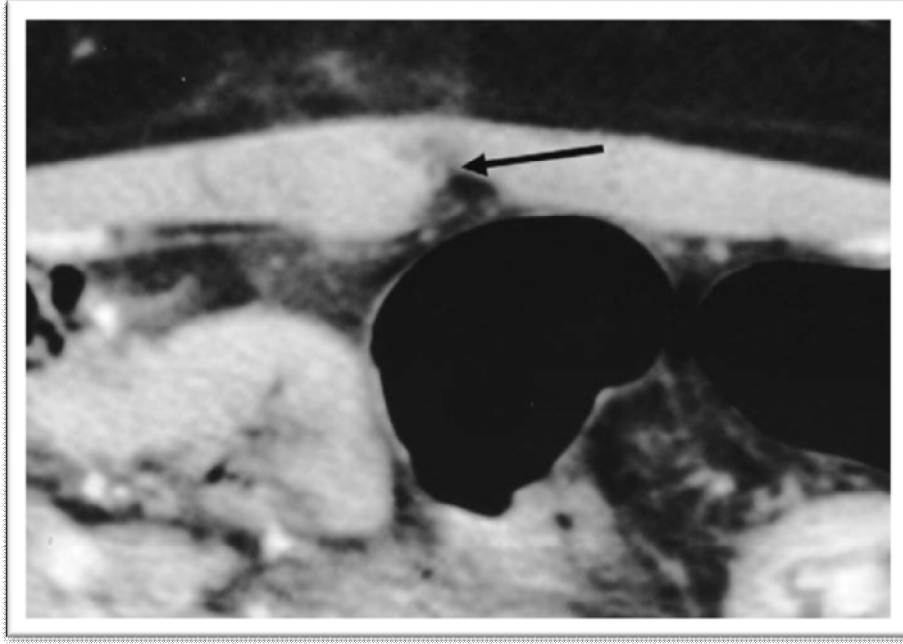


Figure N°36: Endométriome pariétal (flèche) en tomodensitométrie mesurant 4 cm de grand axe avec envahissement du muscle grand droit de l'abdomen et effraction du péritoine pariétal [2].

3- L'imagerie à résonance magnétique :

Seule l'IRM, avec une sensibilité de 90% et une spécificité de 98%, mène au diagnostic en permettant une meilleure caractérisation tissulaire [35]. En effet, elle confirme le diagnostic en cas de doute car elle permet de mettre en évidence le contenu en fer des dépôts d'hémosidérine dans les endométriomes. L'IRM est plus sensible que le scanner pour la détection des lésions de petite taille. Le signal de la lésion est variable en fonction du caractère aigu (hypersignal T1) ou chronique (signal hétérogène) de l'hémorragie intralésionnelle.[2,35] L'endométriose pariétale donne à l'IRM une image de nodule iso ou hypointense en T1 et en T2, ponctuée de foyers hyperintenses en T1 et en T2. Les saignements récents donnent un hypersignal en T1 et T2. Tandis que les résidus d'hémosidérine, résultant des saignements antérieurs, donnent un

hyposignal en T1 et en T2. La technique utilisée doit être rigoureuse, car les lésions peuvent être de petite taille et de diagnostic difficile. En pratique, il faut réaliser des séquences pondérées en T2 dans les trois plans de l'espace, un plan pondéré en T1 et T1 en écho de spin avec suppression de graisse (plan axial habituellement). L'injection de gadolinium n'est pas nécessaire, sauf en cas de suspicion d'endométriose vésicale. L'IRM peut être réalisée à tout moment du cycle, mais la détection des lésions est parfois plus aisée si l'examen est réalisé en période menstruelle. Comme la TDM, elle permet de préciser les limites tumorales et l'extension péri lésionnelle [16].

NB : 56,25% de nos patientes ont bénéficié d'une IRM.

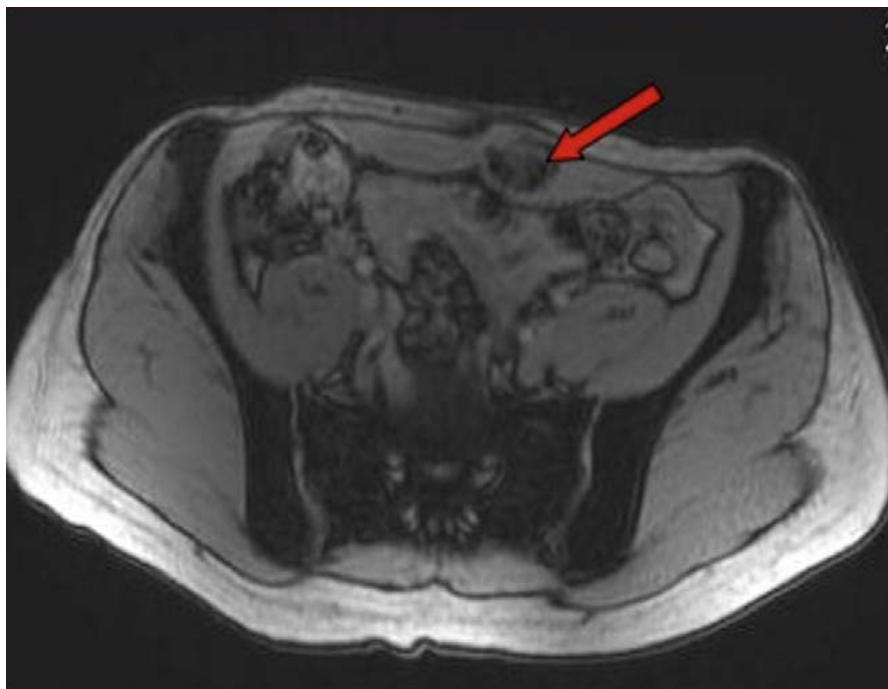


Figure 37 : Imagerie en résonance magnétique (coupe axiale enT2) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit gauche, hypo-intense [19].



Figure N°38 : Imagerie en résonance magnétique (coupe frontale en T1) : lésion localisée dans l'épaisseur du muscle grand droit gauche, en hypersignal (flèche), en faveur d'un contenu hématique [19].

B- Biologie :

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

Le diagnostic de l'endométriose est difficile, et la découverte d'un marqueur biologique spécifique de la maladie pourrait être un moyen de diagnostic facile, permettant d'éviter les examens invasifs ou de les proposer seulement pour la femme à haut risque, de poser le diagnostic de l'endométriose même dans ses formes microscopiques et de suivre l'évolution au cours du traitement.[55]

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

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

C- Cytoponction à l'aiguille fine :

Dans certains cas, la ponction à l'aiguille fine guidée par échographie, l'analyse cytologique, permet de confirmer le diagnostic. Cependant, son utilisation reste controversée en raison du risque de provoquer de nouveaux implants dans les sites de ponction ou de perforation d'un organe creux, dans le cas d'une hernie étranglée qui simule l'endométriome. De même, les examens par laparoscopie dans les cas liés à l'endométriose pelvienne ne sont pas recommandés pour les mêmes raisons. [10, 17]

D- L'anatomopathologie :

1- Macroscopie :

Le diagnostic de certitude de l'endométriose pariétale est anatomopathologique. L'aspect macroscopique est variable en fonction de la période du cycle menstruel. Mais il s'agit classiquement, selon certains auteurs, d'une tumeur kystique, de taille moyenne de 3cm. A la coupe, la lésion a un aspect fibreux avec au centre des zones nécrosées rappelant du sang ancien. [67]

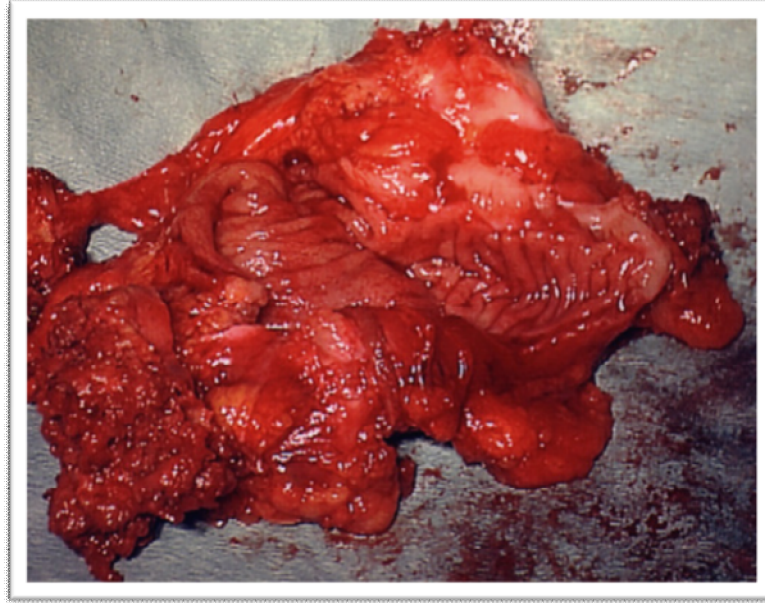


Figure N° 39 : Coupe mettant en évidence l'aspect macroscopique d'un nodule endométriosique [112].

Toutefois, des lésions atypiques peuvent être découvertes. En effet, elles correspondent généralement à des lésions d'endométriose débutante. 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.

2- Microscopie optique :

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 [82].

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 confirmer la présence des glandes endométriales au sein du chorion cytogène baignant dans un tissu conjonctif fibreux ou musculaire [115, 84,83].

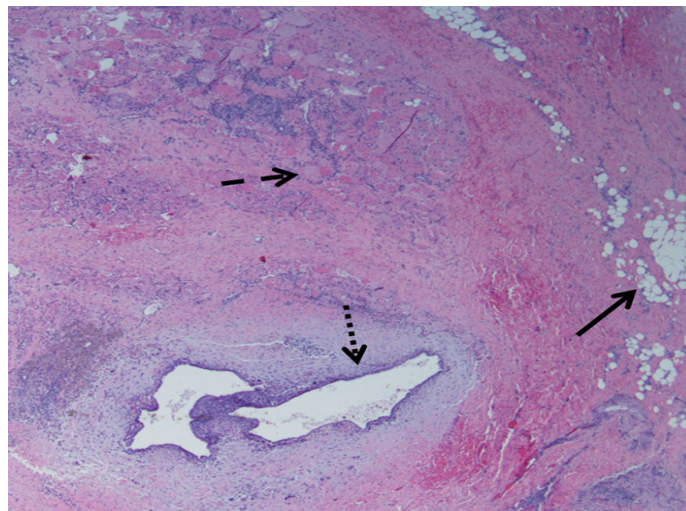


Figure 40 : Vue microscopique d'un endométriome de la paroi abdominale : glandes endométriales (flèche en pointillé) adjacentes à la paroi musculaire avec présence de cellules adipeuses (flèches) [111].

Dans certains cas, on peut retrouver une atypie cellulaire significative, mise en évidence par un pléomorphisme nucléaire, des nucléoles proéminents et des images mitotiques anormales. 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.

L'endométriose avancée ou 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.

La dégénérescence maligne des lésions endométriosique a été rapportée. Elle se rencontre principalement au niveau de l'ovaire. 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 [85].

3- 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 œstrogènes et de la progestérone, plus faible en général que l'endomètre eutopique et parfois dissociée voire absente. Des différences de la membrane basale ont également été mises en évidence [2, 16].

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.

VIII- DIAGNOSTIQUES DIFFERENTIELS :

Il existe un large éventail de diagnostics différentiels pour une masse en regard d'une cicatrice chirurgicale de la paroi abdominale. En effet, le diagnostic clinique de l'endométriose pariétale peut être confondu avec une tumeur desmoïde, un abcès, un lipome, un hématome, une hernie inguinale ou encore ombilicale, une adénopathie, un neurofibrome, un granulome, une éventration, un lymphome ou encore un cancer primitif ou des métastases [86, 57, 87].

L'échographie et la tomодensitométrie sont surtout utiles au diagnostic différentiel d'une hernie ou d'une éventration [88, 89, 90].

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

X- TRAITEMENT :

A- Moyens thérapeutiques :

La prise en charge thérapeutique de l'endométriose peut être chirurgicale ou médicamenteuse, ces deux stratégies étant parfois conjointes. Pour déterminer la meilleure approche, le praticien prend en compte les bénéfices et les risques individuels pour la patiente ainsi que ceux propres à chaque option. Le traitement doit, par ailleurs, se réaliser dans un cadre multidisciplinaire.

1- Traitement médical :

Bien qu'elle ne soit pas le traitement de choix, la prise en charge médicale joue un rôle important dans la prise en charge de certains cas d'endométriose. En effet, plusieurs auteurs préconisent l'hormonothérapie pour réduire le volume endométriosique, et ainsi faciliter la prise en charge chirurgicale. Cependant, il est important de 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. Les moyens médicaux :

➤ Les progestatifs : [91, 92, 93]

Les progestatifs sont utilisés à dose antigonadotrope, c'est-à-dire à une posologie permettant d'inhiber la sécrétion de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'hormone lutéinisante (LH), ceci entraînant la mise au repos des ovaires. Les sécrétions d'œstradiol et de progestérone chutent alors avec l'arrêt de l'ovulation. Les glandes endométriales deviennent ainsi épaisses et inactives, puis atrophiques car leur nombre diminue. Ces modifications résultent de l'action directe des progestatifs sur la muqueuse utérine et du blocage de ces derniers au niveau hypophysaire.

Il importe de choisir les progestatifs les plus antigonadotropes en évitant les molécules androgéniques, dont les effets néfastes sont notables : métrorragies, prise de poids, hirsutisme, rétention hydrosodée, acné ou encore tension mammaire. Enfin, la dydrogestérone (Duphaston®) présente une activité antigonadotrope peu puissante et n'est donc pas recommandée en première intention dans la prise en charge de l'endométriose [91]. En effet, tous les macroprogestatifs ne disposent pas de l'AMM «endométriose ». [92] Ils sont parfois utilisés hors AMM. L'acétate de nomégestrol et l'acétate de cyprotérone (hors AMM) ont montré une amélioration des douleurs ainsi qu'une régression partielle des lésions coelioscopiques péritonéales. [93] Ils sont responsables d'effets secondaires liés à hypo-oestrogénie. Une perte osseuse réversible est observée lors d'une prise prolongée.

➤ **Le Danazol :**

La place du danazol (Danatrol® 200 mg gélules) dans la prise en charge de l'endométriose est aujourd'hui plus que réduite, alors qu'il a été le premier traitement à être employé dans cette pathologie [94,92]. En effet, bien que son efficacité soit bonne, ses effets indésirables métaboliques et hépatiques (acné, prise de poids, crampes...), sont tels que certains pays ont effectué un retrait de sa commercialisation. Les agonistes de la GnRH possèdent une efficacité au moins équivalente au Danazol qu'ils ont remplacé du fait d'effets secondaires moindres. [93, 95]

➤ Les agonistes de la GnRH:

Les agonistes de l'hormone libératrice de gonadotrophine (Gn-RH) sont des peptides analogues à la Gn-RH, dont seuls quelques acides aminés les différencient [94]. Les molécules issues de cette classe réalisent, chez les femmes endométriosiques, une ménopause artificielle au bout d'une quinzaine de jours après leur première administration. Elles inhibent l'axe hypothalamus-hypophyse-gonades sans provoquer les effets métaboliques du danazol ou de certains progestatifs. [91]

Ils sont utilisés en préopératoires pour diminuer l'activité et l'extension des lésions endométriosiques, facilitant ainsi les interventions chirurgicales. [93] Ils sont utilisés également en postopératoire. Une prise postopératoire pendant 3 à 6 mois permet de réduire le taux de récurrence des douleurs de 12 et 24 mois. Ils réduisent l'allongement de l'intervalle post-opératoire sans symptômes. [96]

Les agonistes de la GnRH ayant l'AMM « endométriose » sont par ordre alphabétique: leuproréline (Enantone*), nafaréline (Synarel*), triptoréline (Décapeptyl*) disponibles en France.

b. Les 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 5ème patiente.
- Nécessité de réduction de la masse abdominale de l'endométriome, dans le cas où une chirurgie première est jugée délabrante.
- Soulagement des symptômes.

2- Traitement chirurgical :

a. But :

Le but du traitement chirurgical est la disparition de la symptomatologie clinique, l'amélioration de la qualité de vie et la restauration de l'anatomie normale de la patiente.

b. Les 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 l'absence de diagnostic préopératoire, le traitement chirurgical permet la confirmation de l'endométriose.
- En l'absence de ce traitement chirurgical, le risque de cancérisation est présent.

c. Technique : [97, 98]

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

3- La cryothérapie : [120]

La cryothérapie consiste à détruire les cellules tumorales par le froid, en introduisant par voie percutanée ou chirurgicale une sonde de cryothérapie, ou cryosonde, au sein de la tumeur.

Pour la phase de congélation, les appareils de cryothérapie actuels utilisent l'argon. Ce gaz peut atteindre des températures équivalentes à celles de l'azote liquide (-185°C) mais présente plus d'avantages que ce dernier.

La cryothérapie engendre la mort cellulaire par deux phénomènes : des lésions cellulaires directes et des lésions vasculaires. L'importance de chacun de ces deux mécanismes lésionnels dépend de la température de congélation, de la vitesse à laquelle les tissus sont refroidis puis réchauffés, ainsi que du nombre de cycles de « congélation - décongélation ».

A puissance maximale l'argon est relâché à 100% du temps. A puissance minimale, l'argon est relâché à 20% du temps. Ainsi, par paliers intermédiaires, l'opérateur peut contrôler en temps réel la formation du glaçon. Ces éléments sont retranscrits sur un écran de contrôle de la machine.

Différentes modalités d'imagerie sont utilisables pour la réalisation d'une cryoablation percutanée, tout d'abord pour guider la mise en place des cryosondes au sein de la lésion puis pour visualiser l'étendue de la boule de glace en formation lors de la phase de congélation.

C'est une technique en cours d'évaluation, nous n'avons pas trouvé d'étude avec un grand nombre de patientes et un grand recul.

4- Résultat thérapeutique :

a. Traitement médical :

Prentice [99] note lors d'une revue clinique que lorsque le traitement médical est entrepris, il apporte un soulagement des symptômes dans 80% à 85% des cas.

L'obtention du but recherché par un traitement médical (réduction de la taille de l'endométriome, soulagement des symptômes) est souvent acquise mais éphémère, avec recrudescence de la symptomatologie après l'arrêt du traitement et effets secondaires potentiels. Les résultats thérapeutiques des différentes molécules, publiés au niveau de la littérature concernent surtout l'endométriose intra-pelvienne [91].

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. Le traitement chirurgical :

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. [67] ont observé une période de 14 jours dans le cas de leur patiente, qui présentait une forme tumorale (9 x 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 II : Traitement selon la littérature

	WOLF	PATTERSON	LAMBLIN	DWIDEDI	PICOD	Notre étude
Traitement chirurgical	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Traitement médical	-	-	-	-	-	6,25%
Recours au traitement prothétique	50%	12,5%	100%	30,77%	0%	0%
Suites opératoires	Simple	-	Simple	Simple	Simple	Hématome Chez 12,5%
Délai moyen de suivi	-	-	8mois	-	-	24 mois

Tableau III : L'évolution selon la littérature

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

Les récurrences observées ainsi que les délais de leur survenue ne respectent aucune notion particulière. Quelques auteurs ont cependant publié des taux de récurrences : 12,5% pour Patterson, 16,6% pour Wasfie et 28,6% pour Seydel. Dans notre série une seule patiente a présenté une récurrence (12,5%) après 10 mois du geste opératoire.

5- La prise en charge globale :

La prise en charge de l'endométriose doit être multidisciplinaire : médecin généraliste, gynécologue, chirurgien gynécologue, viscéral, urologue, psychothérapeute... Rappelons que l'impact de l'endométriose sur la qualité de vie, l'humeur (troubles anxieux et dépressifs), la vie sociale, familiale, sexuelle et professionnelle, est considérable. [100, 101, 102, 103] Tous ces paramètres doivent être pris en considération. Le manque d'écoute est souvent reproché aux médecins qui ne prennent pas en compte les dimensions psychosociales de la maladie. Il s'agit alors pour les médecins d'instaurer un climat de confiance basé sur l'écoute, l'accompagnement et l'explication de la maladie (c'est ce

qu'Audebert et al. appellent le « coaching »). [104] La prise en charge psychologique est donc essentielle. Elle a fait preuve de son efficacité, comme dans la prise en charge de toutes les douleurs chroniques. Parmi les femmes atteintes, 60% ont déclaré un bénéfice dans les traitements alternatifs comme le soutien psychologique, l'exercice physique, l'acupuncture [105].

6- Les complications post- thérapeutiques:

a. Traitement chirurgical :

- **L'hématome** : C'est une source de réintervention. Il présente par ailleurs les risques de surinfection secondaire, de nécrose tissulaire par compression. 12,5% de nos patientes ont eu un hématome en post opératoire immédiat [119].

- **L'épanchement lymphatique** : Comme dans toutes les interventions chirurgicales abdominales, il suffit de respecter tout simplement les gros troncs lymphatiques pour éliminer complètement ce risque [114].

- **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 [113].

- **Les complications thromboemboliques** : Malgré le fait 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.

- **Les récives** : Elles témoignent 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 récive de l'endométriose pariétale après 10 mois du traitement chirurgical [73].

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

Tableau IV

Principaux effets induits par les traitements hormonaux de l'endométriose (revue de littérature) [91].

	Contraceptifs oraux (oestroprogestatifs)	Progestatifs (acétate de médroxyprogestérone)	Danazol	Agonistes de la GnRH
Gonflement abdominal	+	-	-	-
Mastodynies	+	-	-	-
saignements	+	+	+	-
Nausées	+	-	-	-
Gain pondéral	+	+	+	-
Bouffées de chaleur	-	-	+	+
Œdèmes	+	-	+	-
Acné	+	-	+	-
Hirsutisme	-	-	+	-
Sécheresse vaginale	-	-	-	+

XI- PREVENTION :

Une étude comparant les différentes techniques chirurgicales entreprises lors des césariennes, et leur impact sur la survenue de complications à cours et à long terme. Ainsi, aucune technique n'avait de bénéfice dans la prévention de l'endométriose cicatricielle pariétale [108].

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

La prévention en cas de laparotomie est basée sur le lavage abondant de la cavité abdominale et de la cicatrice en fin d'intervention, ainsi que le changement de gants pour le temps de fermeture pariétale. Alors qu'en cœlioscopie, l'extraction des pièces opératoires dans un sac de protection et le lavage abondant de la cavité pelvienne devraient être systématiques. Ainsi, ces mesures relèvent de la bonne pratique chirurgicale bien que leur bénéfice n'a jamais été démontré [109, 110].



L'endométriose pariétale est une pathologie relativement rare, souffrant le plus souvent d'un grand retard diagnostic. Ses mécanismes de survenu sont relativement bien cernés.

Etablir le diagnostic de cette pathologie reste très équivoque. En effet, il est relativement aisé devant une symptomatologie cyclique évoluant au rythme des menstruations, d'une masse douloureuse, quasi pathognomonique. Il peut être au contraire, beaucoup plus délicat en l'absence de ses caractéristiques, et peut retarder la mise en évidence du diagnostic à l'étape anatomopathologique.

L'échographie pariétale reste l'examen morphologique de choix pour poser le diagnostic de l'endométriose pariétale, et éliminer tout diagnostic différentiel et ceci en mettant en évidence le plus souvent une masse hypoéchogène richement vascularisée. En raison de fréquence des examens scanographiques, il est important de savoir que ces lésions apparaissent sous forme de nodule tissulaire en regard d'une cicatrice de chirurgie gynécologique, obstétricale ou viscérale. Cependant, des endométries pariétales spontanées sans antécédent chirurgical ne sont pas exclues. En cas de doute sur le diagnostic avant la chirurgie, l'IRM a une place certaine pour détecter le signal particulier de l'hémorragie dans l'endométriome et confirmer le diagnostic. Cependant, le diagnostic de certitude n'est confirmé que par l'étude histologique.

Contrairement aux autres localisations dont la prise en charge repose essentiellement sur le traitement médical associé à la chirurgie, en fonction du stade évolutif de la maladie, l'endométriose pariétale nécessite un traitement curatif basé sur l'exérèse chirurgicale de la masse. Les récurrences dans ces conditions et en absence d'une autre association sont rares.

Aucun moyen étudié n'a démontré être bénéfique dans la prévention de cette pathologie. Mais des moyens théoriques existent, notamment la protection de la paroi par des champs opératoires, l'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 endométriosique.



Résumés

RESUME :

Titre : L'endometriose parietale à propos de 16 cas.

Auteur : Outirighet Maria

Mots clés : Endométrieuse – Endométrieuse cicatricielle – chirurgie.

Introduction :

L'endométrieuse se définit par la présence de tissu endométrial en situation hétérotopique en dehors de la cavité utérine, la localisation pariétale est le plus souvent secondaire à des chirurgies abdomino-pelvienne, tout comme elle peut être primitive en dehors de toute chirurgie.

Objectifs :

Notre étude a pour objectif de discuter l'étiopathogénie de la maladie, sa fréquence, ses facteurs de risques, d'étayer ses présentations cliniques, d'appuyer la place des explorations paracliniques et de discuter des diverses modalités thérapeutiques.

Matériels et méthodes :

Nous proposons une étude rétrospective portant sur 16cas de femmes présentant une endométrieuse pariétale, colligée au service de gynécologie obstétrique de l'HMIMV de Rabat. Cette étude s'étale sur une période de 17ans.

Résultats et discussion :

Il s'agit de 16 femmes, dont l'âge varie de 23 à 47 ans, toutes primi ou multipares, 14 ayant un antécédent de chirurgie abdominale dont 13 césariennes et une cœlioscopie. La symptomatologie clinique était faite d'une masse pariétale avec des douleurs chez 87,5 % de nos patientes, le plus souvent cataméniales. Chez les patientes ayant un antécédent chirurgical, l'intervalle entre le geste et l'apparition des symphomes variait entre 1an et 13ans. L'échographie a été réalisée chez 87,5 % de nos patientes. Tandis que l'IRM a objectivé chez 56,5 % des cas, un implant endométriosique et une autre localisation concomitante éventuelle. La prise en charge thérapeutique était chirurgicale chez toutes nos patientes.

Conclusion :

L'endométrieuse pariétale reste une pathologie peu fréquente, et dont le diagnostic est le plus souvent tardif. La symptomatologie spécifique par le caractère cataméniale représente des éléments capitaux pour évoquer le diagnostic. Le traitement est toujours chirurgical avec une bonne évolution.

ABSTRACT:

Title : Parietal endometriosis about 16 cases

Author : Outirighet Maria

Keywords: Endometriosis – Scar Endometriosis – Surgery.

Introduction:

Endometriosis is defined by the presence of endometrial tissue in a heterotopic situation outside the uterine cavity, the parietal location is most often secondary to abdominopelvic surgery, just as it can be primitive outside any surgical context.

Goals:

Our study aims to discuss the etiopathogenesis of the disease, its frequency, its risk factors, to support its different clinical presentations, to highlight the place and the interest of the paraclinical explorations, and to discuss various therapeutic modalities.

Materials and methods :

We propose a retrospective study on 16 cases of women with parietal endometriosis, collected at the obstetrics and gynecology department of HMIMV Rabat. This study spans a period of 17 years.

Results and discussion :

The study revolves around 16 women, from the age of 23 to 47 years, all primi or multiparous, 14 of them with a history of abdominal surgery including 13 caesareans section and laparoscopy. The clinical symptomatology was marked by the appearance of a parietal mass associated with pain in 87.5% of our patients, most often catamenial. In patients with a history of surgery, the interval between the surgical act and the occurrence of symptomatology ranged from 1 year to 13 years.

The ultrasound was applied to 87.5% of our patients. While MRI showed in 56.5% of our patients, an implant endometriosis and maybe the demonstration of another concomitant localization. The therapeutic conduct was surgical in all our patients. The medical therapy was administered in a patient who had recidivism.

Conclusion :

Parietal endometriosis remains an infrequent pathology, and therefore the diagnosis is usually late. Symptomatology often specific by the catamenial character are crucial elements to evoke the diagnosis. The treatment is always surgical with a good evolution.

ملخص:

العنوان: الإنتباز البطاني الرحمي الجداري بصدد 16 حالة

من طرف: أوترينغت مارية

الكلمات الدالة: بطانة الرحم - بطانة الرحم ندبي - جراحة.

المقدمة:

يتميز الإنتباز البطاني الرحمي بوجود خلايا رحمية خارج تجويف الرحم, موقعه الجداري يظهر غالبا بعد جراحة البطن أو الحوض, كما يمكن أن يظهر بطريقة عرضية دون أي جراحة سابقة .

الأهداف:

تهدف دراستنا إلى مناقشة الخصائص الوبائية السريرية، الشبه السريرية و العلاجية لإنتباز جدار بطانة الرحم و كذا وتيرتها و ذلك على ضوء الأدبيات الحديثة.

مواد و أساليب:

نقترح دراسة حول ست عشرة حالة لإنتباز جدار بطانة الرحم سجلت بمصلحة أمراض النساء و التوليد بالمستشفى العسكري بالرباط. تمتد هذه الدراسة على مدى 17 سنة.

نتائج و نقاش:

يتعلق الأمر بستة عشرة امرأة تتراوح أعمارهن ما بين 23 و 47 سنة (بمتوسط 34 عاما و 7 اشهر), سبق لجميعهن الإنجاب , سجلت لدى 14 حالة سوابق بجراحة البطن، منها 13 جراحة قيصرية و جراحة واحدة بالمنظار. الأعراض السريرية تميزت بظهور ورم جداري مقرون بآلام لدى 87,5% من الحالات التي شملتها الدراسة. في معظم الأحيان هذه الأعراض اقترنت بتقلبات الدورة الشهرية.

بالنسبة للحالات التي سجلت لديها سوابق جراحية، الفاصل الزمني بين الجراحة و ظهور الأعراض كان يتراوح بين سنة واحدة و 13 سنة.

الموجات فوق الصوتية تم استعمالها عند 87,5% من مريضاتنا. بينما التصوير بالرنين المغناطيسي أضره عند

56,5% من الحالات، زرع لإنتباز بطانة الرحم وإمكانية توطين آخر مصاحب له.

كانت الإدارة العلاجية جراحية عند جميع الحالات. تم إستعمال العلاج الطبي عند حالة واحدة, التي ضهر لذيها المرض مجددا.

استنتاج:

يبقى إنتباز جدار بطانة الرحم مرض نادر، وبالتالي فإن تشخيصه في معظم الأحيان يكون متأخر. العلامات السريرية غالبا ما تكون مميزة باقترانها بتقلبات الدورة الشهرية و تمثل عناصر حاسمة لاستحضار التشخيص.

العلاج يكون دائما جراحي مع تطور جيد.



Bibliographie

- [1] **KHLIFI A, KOUIRA M , MEMMI A et al.** Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne : à propos de 3cas Imagerie de la Femme (2012) 22, 156-161.
- [2] **PICOD G., BOULANGER L. , BOUNOUA F. et Col.** Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne : à propos de 15 cas. Gynecol Obstet & Fertilité 2006 ; 23 : 8-13.
- [3] **DAOUDI K. ,BONGAIN A. ,CASTRILION JM. Et col.** Endometriose ombilicale. A propos d'un cas Expansion scientifique française 1995
- [4] **CULLEN TS.** The distribution of adenomyomas containing uterine mucosa. Arch Surg;1920;1:215-283
- [5] **SEYDEL A. ,SICKEL J. ,WARNER E. And al.** Extrapelvic endometriosis: Diagnosis and Treatment. The American journal of surgery. February 1996; Vol 171
- [6] **NIEZGODA J. , HEFER R.** Endometriosis arising in abdominal incisions. J Am Osteopath Assoc 1989; 89 ;937-40.
- [7] **HEALY J., WILKINSON N., SAWYER M.** Abdominal endometrioma in a laparoscopic trocar tract: A case report. Gynec and obstet,1995.Vol 11,962-964.
- [8] **SIMPSON J. ,ELIAS S. ,MALINACK L., And Al.** Heritable aspects of endometriosis genetic studies. Am J Obstet Gynecol 1980;137;327-331.

- [9] **SIMPSON J. ,ELIAS S. ,MALINACK L., And Al.** HLA association in endometriosis. Am J Obstet Gynecol 1984;148:395-397.
- [10] **O. Toullalan, P. Baqué, D. Benchimol et al.** Endométriose des muscles grands droits de l'abdomen Ann Chir 2000.
- [11] **X. Fritel** Endometriosis anatomoclinical entities. Journal de Gynécol Obstét et Biologie de la Reproduction 36 (2007) 113–118.
- [12] **Bricou A. , Borghese B., Batt R.E. Et col .** Etude de la distribution anatomique des lésions endométriosiques : un argument majeur en faveur de la participation de la théorie de la régurgitation dans la physiopathologie de l'endométriose. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2009 ; 37 : 325–333.
- [13] **Kruitwagen R., Poels L., Willemsen W. Et al.** Endometrial epithelial cells in peritoneal fluid during the early follicular phase. Fertil Steril 1991;55:297–303.
- [14] **Benabdallah K., Zoubairi I., Jou M. et AL** Endométriose pariétale: une localisation exceptionnelle, Feb.2016 : Vol. 14 No. 4
- [15] **Adola US., Andola SK, Sanghvi KJ.** Fnac diagnosis of scar endometriosis: a report of 3 cases with review of literature Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences. January- December 2012. Vol 1.Issue 1 and 2.
- [16] **Boufettal H., Hermas S., Boufettal R Et Al.** Parietal endometriosis in abdominal wall. La presse medicale. 2009; 38: e1-e6.

- [17] **Geeta P., Rashmi S., Ravi K Et Al.** Scar endometriosis: diagnosis by fine needle aspiration. *Journal of cytology*: January 2015; volume 32; issue1.
- [18] **Lakshmi R., Sumalatha B., Swathi V.** Scar endometriosis: a case series and review of literature. *International journal of scientific stud*; july 2015: Vol 3 ;issue 4.
- [19] **Durand X., Daligand H., Aubert P., et Al.** Endometrioses de la paroi abdominale. *Journal de chirurgie viscérale* 2010 ; 147, 354-359.
- [20] **Eljuga D., Klarié P., Bolanca I. et Al.** Abdominal wall endometriosis: case report. *Acta Clin Croat* 2012;51: 261-263.
- [21] **Karaalp E., Guzin K., Gunduz Get Al.** Abdominal wall incision scar endometriosis. *Goztepe Tip Dergisi* 26(3) : 140-142, 2011.
- [22] **Bourdel N., et al.** Endometriosis in teenagers. *Gynécologie obstétrique & fertilité* ;2006 ; 34 : 727-734.
- [23] **Elabsi M., Lahlou M., Rouas L, et al.** L'endometriose cicatricielle de la paroi abdominale. *Ann Chir* 2002 ; 127 : 65-756.
- [24] **Dessole M., Melis G., et Angioni. S.** Endometriosis in Adolescence. *Obstet and Gynecol Internationnal* Volume 2012, Article ID 869191.
- [25] **Eskenazi B. and M L Warner, PhD.** Epidemiology of Endometriosis. *Obstetrics and Gynecology clinics of north America*; June 1997.

- [26] **Parazzini F., Esposito G., Tozzi L. Et Al** Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *European Journal of Obstet & gynecol and Reproductive Biology* 2016.
- [27] **Schernhammer E S., Vitonis A F., Edwards J R, and S Et Al.** Rotating night shift work and the risk of endometriosis in premenopausal women. *Am J Obstet Gynecol.* 2011.
- [28] **Philippe R. Koninckx, A.Ussia.** Epidemiology of endometriosis. *Department Obstet and Gynaecol,* 1-5- 2003.
- [29] **Cramer D., Wilson E., Stillman R. et al.** The relationship of endometriosis to menstrual characteristics, smoking and exercise. *JAMA* 1986; 255: 1904-1908.
- [30] **Arumugam K., Lim J.** Menstrual characteristics associated with endometriosis. *Obstet Gynecol.* 1997 Aout; 104(8): 948-50.
- [31] **D. Serfaty** Endométriose et contraception 1996.
- [32] **Sinaii N., Cleary S., Ballweg M., et Al** High rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: a survey analysis. *Hum. Reprod.* 2002 oct; 17(10): 2715-24.
- [33] **Audebert A.** [Women with endometriosis: are they different from others ?]. *Gynecol Obstet Biol Repord (Paris).* 2007 avr; 36(2): 141-50.
- [34] **Roman H.** [Guidelines for the management of painful endometriosis]. *J Gynecol Obstet Biol Repord (Paris).* 2007 avr; 36 (2): 141-50

- [35] **Yapo.P, Pezet. D, Dubois. A , et Al.** L'endometriome du muscle grand droit : tumeur rare de la paroi abdominale cicatricielle chez la femme MALI MEDICAL 2009 TOME XXIV N°2.
- [36] **Yalçin S., Ergul E., Sarikaya SM., et Al.** Endometriosis of the Abdominal Wall; Report of a Case. akademikacil tip dergisi 2009.
- [37] **Rani P., Soundararughavan S., Rajaram P.** Endometriosis in abdominal scars: review of 27 cases. Int J Gynecol Obstet 1991; 98: 558-63.
- [38] **Gidwaney R., et al.** Endometriosis of Abdominal and Pelvic Wall Scars: Multimodality Imaging Findings, Pathologic Correlation, and Radiologic Mimics. Radio Graphics 2012; 32:2031–2043.
- [39] **Lambin G., Mathevet P., Buenerd A.** Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale : a propos de 3 cas. J Gynécol Obstet Biol Repord 1999 ; 28 : 271-274.
- [40] **Wolf Y., Haddad R., Werbin N.,** Endometriosis in abdominal scars a diagnostic pitfall. Am Surg 1996; 62: 1042-4.
- [41] **Hughes M., Bartholomew D., Paluzzi M.** Abdominal wall endometriosis after amniocentesis: a case report. The Journal of Reproductive Medecine. September 1997. Vol 42, N 9
- [42] **Ferrari B., Shollenbarger D.** Abdominal wall endometriosis following hypertonic saline abortion. Jama 1977; 238; 56-57.

- [43] **Chatterjee S.** Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 81-4.
- [44] **Bischoff F., Simpson J.** Genetic of endometriosis: heritability and candidate genes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004 avr; 18(2): 219-32.
- [45] **Fourquet J., Gao X., Zavala D., et al.** Patient's report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil. Steril.* 2010 mai 1; 93(7).
- [46] **Lamb GM, de Jode MG, Gould SW, et al.**
- [47] **Zrara.I, Choho.A, Jastimi.S, et al** Endometriose ombilicale, à propos d'un cas *Médecine du Maghreb* 2001 n° 89.
- [48] **Braunlich K., Delost G., Honda K. et Al.** Spontaneous cutaneous endometriosis of the Umbilicus: a case report. *Journal of Rare Disorders: Diagnosis & therapy* Vol. 3 No. 1: 5 2017.
- [49] **Luisi S., Lazzeri L., Ciani V., et Al.** Endometriosis in Italy : from cost estimates to new medical treatment. *Gynecol. Endocrinol.* 2009 nov; 25(11): 734-40.
- [50] **Salvat J.** [Diagnosis and follow-up of endometriosis during consultation: changes]. *GynecolObstetFertil.* 2001 sept; 29(9): 616-23.
- [51] **Patterson G., Winburn G.** Abdominal wall endometriomas : report of eight cases. *Am Surg* 1999;65:36-9.

- [52] **Simsir A., Thorner K., Waisman J., et Al.** Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Am Surg* 2001; 67:984-6.
- [53] **Matthes G., Zabel DD., Nastala CL., et Al.** Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of the literature. *Ann Plast Surg* 1998; 40:672-5.
- [54] **Wampler K., Harwager B., Michael K.** Abdominal Wall Endometriomas at Cesarean Section Scars: A Case Series *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2017, 7, 815-823
- [55] **Deveer R., Doganay M., Srikaya E. et al.** Scar endometriosis Following Cesarean Section. *Gynecol. Obstet. & Reproductive Medicine* 2012; 18:1
- [56] **Wasfie T., Gomez E., Seon S., et Al.** Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int.Surg.*2002;87:175-177.
- [57] **Dwivedi J., Agrawal N. and Al.** Abdominal wall endometriomas. *Digestive Diseases and Sciences*, Vol. 47, n° 2 (February 2002), pp. 456-461.
- [58] **Zhao X., Lang J., Leng J. and Al.** Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 Sep; 90(3):218-22.
- [59] **Poonam G., Lajya D., Rimpay T., et Al.** Scar endometriosis- a series of six patients, *International Journal of Surgery* 9 (2011) 39-40.

- [60] **Issa B., Onon TS., Agrawal A., et Al** Visceral hypersensitivity in endometriosis: a new target for treatment? *Gut*. 2012 mars;61(3):367–72
- [61] **Seaman H., Ballard K., Wright J., et Al.** Endometriosis and its coexistence with irritable bowel syndrome and pelvic inflammatory disease: findings. National casecontrol study--Part 2. *BJOG*. 2008 oct;115(11):1392–6.
- [62] **Fauconnier A., Chapron C., Dubuisson J. et Al** Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil.Steril*. 2002 oct;78(4):719–26.
- [63] **Fedele L., Bianchi S., Bocciolone L., et Al.** Pain symptoms associated with endometriosis. *ObstetGynecol*. 1992 mai;79(5 (Pt 1)):767–9.
- [64] **Possover M, Chiantera V.** Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve: a report of three patients. *Fertil.Steril*. 2007 févr;87(2):417.e17–19.
- [65] **Channabasavaiah A., Joseph J..** Thoracic endometriosis: revisiting the association between clinical presentation and thoracic pathology based on thoracoscopic findings in 110 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2010 mai;89(3):183–8.
- [66] **A. Leroy, et al.** Psychologie et sexologie : une approche essentielle, du diagnostic à la prise en charge globale de l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique& Fertilité* (2016)
- [67] **Bumpers HL., Butler KL., Best IM.** Endometrioma of the abdominal wall. *Am J ObstetGynecol* 2002;187:1709–10.

- [68] **Kennedy S., Bergqvist A., Chapron C., et Al.** ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum. Reprod.* 2005 oct;20(10):2698–704.
- [69] **Chapron C., Dubuisson J., Pansini V., et Al.** Routine clinical examination is not sufficient for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. *J Am AssocGynecolLaparosc.* 2002 mai;9(2):115–9.
- [70] **Koninckx P., Barlow D., Kennedy S.** Implantation versus infiltration: the Sampson versus the endometriotic disease theory. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1999;47Suppl 1:3–9; discussion 9–10.
- [71] **Abbott J., Hawe J., Hunter D., et Al** Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertil.Steril.* 2004 oct;82(4):878–84.
- [72] **Takai N., Akizuki S., Nasu K., et Al** Endometrioid adenocarcinoma arising from adenomyosis. *GynecolObstet Invest* 1999 ; 48 (2) : 141-144 [cross-ref].
- [73] **Sergent. F et collaborateurs** Transformation maligne d'une endométriose pariétale :Un nouveau cas ; *J GynecolObstetBiolReprod* 2006; 35: 186-190.
- [74] **Chene G. et al.** L'endométriose est-elle une lésion pré-cancéreuse? Perspectives et implication clinique. *GynecolObstet&Fertilité* (2016)

- [75] **Arora BK**, Rupture of a Giant Caesarean Scar Endometriosis Nodule - A Case Report and Literature Review, Journal of Case Reports and Studies Volume 5 | Issue 1 (2017)
- [76] **Santulli P., Somigliana E., Bourdon M., et Al** Traitement conservateur des endometriomes chez les patientes prises en charge en FIV (2017).
- [77] **Candiani B., Vercellini P., Fedele L. et col.** Inguinal endometriosis : pathogenetic and clinical implications. Obstetrics and gynecology , vol.78, n°2 august 1991.
- [78] **Moore J., Binstrock M., Growdon W.** The clinical implications of retroperitoneal endometriosis. Am J Obstet GYNECOL 1988;158:1291-8.
- [79] **Thomas E., Cooke ID.** Impact of gestrinone on the course of asymptomatic endometriosis. Br Med J 1987;294;272-274.
- [80] **Jan-Hein J., Adriaan C., Julien B. et Al.** Abdominal Wall Endometriosis: Clinical Presentation and Imaging Features with Emphasis on Sonography AJR:186, March(2006).
- [81] **Savelli et al.** Endometriosis of the abdominal wall : ultrasonographic and Doppler characteristics. Ultrasound ObstetGynecol 2012; 39: 336-340.
- [82] **Atlas d'anatomie pathologique générale.** 1ere édition. 2002
- [83] **Simsir A., Thorner K., Waisman J.** Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. The American Surgeon, Oct 2001 Vol 67;

- [84] **Teng .C.C et al.** Abdominal wall endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication Taiwan J ObstetGynecol • March 2008 • Vol 47 • No 1.
- [85] **Graur .F, et al.** Malignant endometriosis of the abdominal wall. Ann Ital Chir – Epub 2017, 6- April 13.
- [86] **Erel S, Kismet K, Sabuncuoglu MZ et al.** Recurrence of scar endometriosis due to misdiagnosis as incisional hernia at first operation : case report; The American Journal of Case Report 2008; 9: 136-139.
- [87] **Berardo D., Valente T., Powers C.** Cytodiagnosis and comparison of non decidualized and decidualized endometriosis of the abdominal wall :a report of 2 cases. Acta Cytologica,1992,volume 36, 957-962
- [88] **Seydel A,Sickel J. ,Warner E. and al.** Extrapelvic endometriosis :Diagnosis and Treatment. The American journal of surgery. 1996 171(2):239–241.
- [89] **ALEXIADIS G.,LAMBROPOULOU M.,DEFTEREOS S.and al.** Abdominal wall endometriosis-ultrasound research: A diagnostic problem . Clin .Exp. & Gyn.28:N°2,2001.
- [90] **WOLF C.** Sonographic features of abdominal wall endometriosis. AJR:169,SEPTEMBER 1997.
- [91] **GALLARD F., COMBY F., DESMOULIÈRE A.** Quelle prise en charge pour l'endométriose ? Actualités pharmaceutiques 20 • n° 538 • septembre 2014

- [92] **Daraï E., Azoulay C., Becker J. et Al.** Recommandations de bonne pratique : les traitements médicamenteux de l'endométriose génitale. AFSSAPS; 2005.
- [93] **Roman H.** [Guidelines for the management of painful endometriosis]. J GynecolObst et BiolReprod (Paris). 2007 avr;36(2):141–50.
- [94] **Vidal. Vidal 2014, le dictionnaire.** 90e édition. Issy-les-Moulineaux: Vidal; 2014
- [95] **Selak V., Farquhar C., Prentice A., et Al.** Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD000068
- [96] **Vercellini P., Crosignani P., Fadini R. et Al.** A gonadotrophin-releasing hormone agonist compared with expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis. Br J ObstetGynaecol. 1999 juill;106(7):672–7.
- [97] **Arnaud E., Couturaud B., Revol M et coll.** Chirurgie réparatrice des pariéctomies. Annales de chirurgie plastique. Vol 44,n°4,AOUT 1999.
- [98] **CHRISTOS N., EFSTRATIOS Z., KYRIAKOS R., et Al;** Abdominal Wall Endometrioma: A Case Report and Review of the Literature. AORN Journal. June 2010 Vol 91 No 6

- [99] **Prentice A**, Endometriosis .Clinical review. *BMJ*2001;32:93-5.
- [100] **Jones G, Jenkinson C, Kennedy S**. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obst et Gynaecol*. 2004 juin;25(2):123–33.
- [101] **Denny E**. Women’s experience of endometriosis. *J AdvNurs*. 2004 juin;46(6):641–8.
- [102] **Fagervold B., Jenssen M., Hummelshoj L., et Al** Life after a diagnosis with endometriosis - a 15 years follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 mai.
- [103] **Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, et Al**. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obst et Gynecol Scand*. 2006;85(1):88–92.
- [104] **Audebert A**. [Endometriosis coaching]. *Gynecol Obst et Fertil*. 2006 avr ;34(4) :329–36.
- [105] **Ballweg ML**. Impact of endometriosis on women’s health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. *Best Pract Res Clin Obst et Gynaecol*. 2004 avr;18(2):201–18.
- [106] **Flageul G, Sauveu E., Karcenty B**. Les complications de la chirurgie plastique de l’abdomen. *Ann de chirurgie plastique*. Volume 44, n° 4, août 1999 : 497-504

- [107] **Gargza D., Matur S., Dowd M. and al.** Antigenic differences between the endometrium of women with and without endometriosis. J Reprod Med 1991; 36: 177-182.
- [108] **Stéphanie Roberge ;** Impact des techniques de fermeture utérine lors de la césarienne ; doctorat en épidémiologie,Quebec, canada 2016.
- [109] **Audebert A.** Les endométrioses iatrogènes de la femme avant la ménopause: principaux enjeux. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2013;41:322–327
- [110] **Jayi S., Laadioui M., Bouguern H., et Al.** L'endométriose de la paroi abdominale: à propos d'un cas rare ; Pan Afr Med J. 2013; 15: 86.
- [111] **Ecker A M, Donnellan N M, Shepherd J P. et al.** Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. American Journal of Obstetrics & Gynecology October 2014 363.e1
- [112] **Mallick R,** The Diagnosis and Management of Severe Endometriosis; MOJ Surg 2017, 4(5)
- [113] **Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique.** CHIRURGIE DES TUMEURS CUTANÉES ; Version 3 mise à jour nov 2013 1-5
- [114] **Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique.** CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE DE LA PAROI ABDOMINALE; Version 4 mise à jour nov 2013 1-4

- [115] **Ziyadi M, Babahabib A, Hassani M, Kouach J, et al.** Parietal Endometriosis about Seven Cases and Review of the Literature Global Journals Inc. (US) 2016 33-38.
- [116] **Hafidi R, Kouach J, Yakkab M et col.** L'endométriase cicatricielle de la paroi abdominale. Imagerie de la Femme (2011) 21, 125—127
- [117] **Kouach J, Baba Habib A, Elhassani M et col.** L'endometriose ombilicale : à propos d'un cas 2010 Vol 12 : 324-7.
- [118] **Ali O, Ibrahim A , Kassidi F, et al.** Endometriose pariétale : à propos d'un cas, Int Journal of Inn and Applied Studies. 2015, 313-316.
- [119] **P.Panela, C.Chisa, S.Gaudin et al.** Traitement cœlioscopique de l'endométriase profonde. À propos de 118 cas. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2006, Volume 34 Pages 583-592.
- [120] **Julie Maillot,** Efficacité et tolérance du traitement des nodules d'endométriase de la paroi abdominale cryoablation percutanée versus chirurgie : étude comparative. Médecine humaine et pathologie. 2016

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 الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

- < بأن 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 اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 444

سنة: 2017

الإنتباز البطانى الرهمى الجدارى

بصء 16 ءالة

أطروءة

قءمء ونوقشء علانىة يوم :

من طرف

السبءة: ماربة أوءربءة

المزءاءة فى: 30 مائ 1991 بالرباط

من المءرسة الملكبة لمصلءة الصءة العسكربة - الرباط

لنببل شءاءة الءكءوراءه فى الطب

الكلماء الأساسبة: بءانة الرحم - بءانة الرحم الئءبى - ءرارة.

ءءء إشراف اللءبنة المكونة من الأساءة

رئبس

السبء: مءمء بوب

أسءاء فى الأمراض ءلبءبة

مشرف

السبء: ءواء الكواش

أسءاء فى أمراض النساء والءولبء

أءباء

السبءة: نءاة لمعلمب

أسءاءة فى علم الءشربء الءقبب

السبء: أناس الشنكببب الأنصارب

أسءاء فى أمراض النساء والءولبء

السبء: مولاى ءسن الطاءرب

أسءاء فى ءرارة الأحشاء