

PRÉVENTION DE L'ENDOMÉTRIOSE PARIÉTALE POST-CÉSARIENNE

G. POISMANS (1), N. TOLBIZE (2), F. GIELEN (3), D. LIPOMBI (3)

RÉSUMÉ : L'endométriase pariétale est une forme rare d'endométriase dont les mécanismes physiopathologiques sont encore mal connus. Elle survient généralement après une intervention chirurgicale, principalement gynécologique ou obstétricale, et complique, par exemple, les suites opératoires des césariennes dans 0,03 à 0,04 % des cas. Elle peut se présenter de différentes manières, dont la triade symptomatique: apparition d'une masse, généralement accompagnée d'une douleur et d'une variation cyclique des plaintes. Le traitement de choix reste actuellement l'exérèse complète de la lésion. Nous décrivons ici trois cas d'endométriase pariétale survenue dans des délais et des circonstances variables, mais ayant tous en commun une césarienne dans les antécédents. A partir de ces cas, nous discuterons des caractéristiques spécifiques de cette endométriase post-césarienne ainsi que des moyens de la diagnostiquer, de la traiter et, surtout, d'en prévenir l'apparition.

MOTS-CLÉS : Endométriase - Césarienne - Prévention

POST-CAESAREAN ABDOMINAL WALL ENDOMETRIOSIS PREVENTION

SUMMARY : Abdominal wall endometriosis (AWE) is a rare type of endometriosis. Its pathophysiological pathways are still unknown. It generally occurs after surgical, mainly gynecological or obstetrical, interventions. The incidence of AWE after a caesarean section is around 0.03 to 0.04 %. The symptoms are various, but the classical triad includes the presence of a mass, generally painful, associated with a cyclic variation of the symptomatology. The recommended treatment currently remains complete resection of the mass. This article describes three cases of AWE. Each patient had a caesarean section. Their symptoms, however, occurred after various lengths of time and in different circumstances. We will more specifically discuss AWE secondary to cesarean sections, the diagnostic tools, treatment and prevention strategies.

KEYWORDS : Endometriosis - Caesarean - Prevention

INTRODUCTION

L'endométriase est définie comme étant l'implantation ectopique de tissu endométrial (1). L'endométriase affecte 8 à 15 % des femmes (2). Sa forme principale est l'endométriase génitale. Il existe cependant une endométriase extra-génitale qui représente 1 à 4 % de tous les cas d'endométriase. L'endométriase pariétale représente 0,03 à 2 % des endométries extra-génitales (2-5).

Nous décrivons ici le cas de trois patientes ayant développé une endométriase pariétale suite à une césarienne.

Le but de ce travail est de mieux comprendre cette pathologie afin de définir des stratégies de prévention efficaces.

CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE N° 1

Le premier cas concerne une patiente de 41 ans, G2P2. Elle bénéficie d'une césarienne en 2005. Elle utilise une pilule progestative durant

plus d'un an, puis commence une pilule œstroprogestative.

Elle se plaint assez rapidement de dysménorrhée et change à deux reprises de pilule, sans amélioration.

En 2010, elle palpe une petite masse gênante au niveau de la fosse iliaque gauche. Une échographie conclut à une dystrophie fibro-adipeuse de 8 mm de diamètre dans le plan sous-cutané.

En 2011, elle arrête sa pilule, car elle est soumise à une ligature tubaire.

Peu à peu, elle ressent des douleurs cycliques et des modifications du volume de la masse en fonction des cycles. En 2014, une IRM met en évidence une petite zone hyperintense en T2 et T1 de 8 mm, située devant le muscle grand droit gauche au niveau de la fosse iliaque (Figure 1). Le dosage sanguin de Ca-125 est normal (19 U/ml).

Une prise en charge chirurgicale est alors proposée à la patiente. La cicatrice de césarienne est ouverte sur toute sa longueur. En disséquant le tissu sous-cutané, on découvre une masse de 2 cm de diamètre, remplie de liquide couleur chocolat (Figure 2).

L'analyse anatomopathologique confirme la lésion d'endométriase.

(1) Assistante, Service de Gynécologie, CHU de Liège.
(2) Assistante, Service de Gynécologie, CHU Brugmann, Bruxelles.
(3) Gynécologue, CHR Haute Senne, France.



Figure 1. Image arrondie hyperintense à l'IRM, évoquant une lésion d'endométrirose.

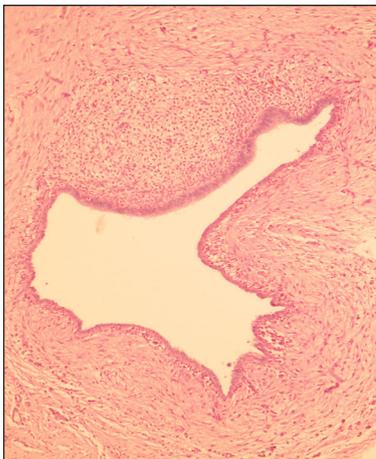


Figure 3. Coupe histologique de la masse qui a été résectée chirurgicalement : présence de glandes endométriales.

CAS CLINIQUE N° 2

Le deuxième cas concerne une patiente de 26 ans, G1P1. En 2010, elle bénéficie d'une césarienne.

En 2013, elle palpe une masse douloureuse en para-ombilical droit dont le volume varie en fonction du cycle menstruel. Une échographie de paroi met en évidence une masse sous-cutanée de 2 cm en inféro-latéro-ombilical droit.

La patiente commence une pilule œstro-progestative, mais les symptômes persistent.

Elle bénéficie alors d'une intervention. La masse se révèle être sous-aponévrotique et extrêmement adhérente à l'aponévrose et aux muscles sous-jacents. La résection est large et emporte une partie du muscle et de l'aponé-



Figure 2. Photographie de la pièce opératoire qui a été résectée et incisée. On distingue clairement des inclusions remplies de liquide chocolat.

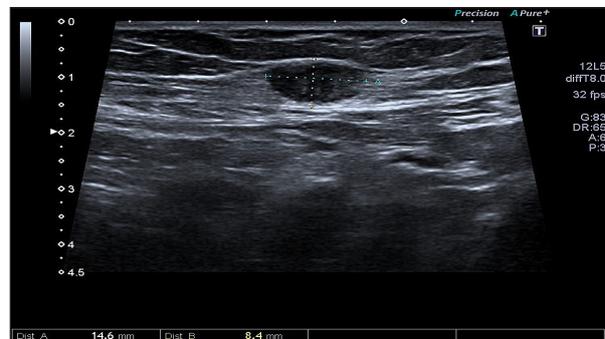


Figure 4. Image arrondie hypoéchogène à l'échographie, évoquant une lésion d'endométrirose.

vrose. L'analyse histopathologique confirme la lésion d'endométrirose (Figure 3).

CAS CLINIQUE N° 3

Le troisième cas concerne une patiente de 38 ans, G1P1.

Suite à une césarienne en 2005, elle prend une pilule œstro-progestative.

En 2013, elle se plaint d'une douleur sur sa cicatrice en fosse iliaque gauche avec un gonflement cyclique. Une échographie conclut à un éventuel nodule endométriosique (Figure 4). Une RMN est réalisée, mais ne retrouve pas de lésion d'endométrirose. Le dosage du Ca-125 est normal.

Vu la forte suspicion clinique et échographique, une exploration chirurgicale est programmée. On résecte un nodule sus-aponévrotique d'environ 1,5 cm. L'analyse confirme la lésion d'endométrirose.

DISCUSSION

Il existe deux types d'endométriose pariétale :

- l'endométriose spontanée (18 % des cas). Aucune circonstance favorisante n'est retrouvée à l'anamnèse (2);
- l'endométriose post-chirurgicale. De nombreuses interventions comportent le risque de cette complication.

Une endométriose survient dans 0,03 à 0,4 % des césariennes (6-10). Cette incidence augmente avec le nombre de césariennes (6) et le trimestre de la grossesse pendant lequel l'intervention est réalisée (celles du second trimestre sont le plus à risques) (2).

Il faut également citer les hystérectomies vaginales ou abdominales, surtout en cas de morcellement de l'utérus (4).

Nous voyons, par ailleurs, de plus en plus de cas d'endométriose sur orifice de trocart (salpingectomie, appendicectomie, grossesse extra-utérine), voire sur le trajet de l'aiguille de ponction des amniocentèses, les épisiotomies, les incisions de Bartholinites, les abdominoplasties et les cures d'hernie inguinale (6-9).

Le mécanisme physiopathologique n'est pas encore clairement connu. Trois théories sont avancées (2, 5, 11) :

- 1) la théorie du reflux envisage un flux rétrograde de cellules endométriales par les trompes lors des menstruations;
- 2) la théorie de la métaplasie incrimine une métaplasie des cellules de l'épithélium cœlomique en cellules endométriales;
- 3) la théorie métastatique soupçonne une dissémination par voie veineuse ou lymphatique de cellules endométriales.

Pour l'endométriose post-chirurgicale, on pense plutôt à une greffe cellulaire *in situ* lors de l'intervention (3-6).

Les symptômes apparaissent dans un délai très variable, de quelques mois à plusieurs années après l'intervention (1, 4, 6, 10).

Les symptômes décrits sont les suivants :

- Présence d'une masse cliniquement palpable dans 92 % des cas. Des modifications de l'aspect de la masse selon le cycle sont rapportées dans 20 % des cas (1,10).
- Présence d'une douleur dans 85 % des cas (9), qui est cyclique dans 20 à 58 % des cas (1). Cette douleur peut se présenter comme une dysménorrhée, une dyspareunie ou une dyschésie (3).

Il est extrêmement rare (3 %) d'observer une endométriose pariétale asymptomatique (3).

En ce qui concerne nos observations, les trois patientes présentaient un tableau clinique typique, avec la triade classique : masse, douleur et symptomatologie cyclique.

La symptomatologie dépend de deux paramètres : la localisation de la maladie et son association avec une endométriose pelvienne. Ceci dernière s'observe dans 17 à 25 % des cas (6, 7). L'atteinte peut être génitale (les annexes ou l'utérus) ou extra-génitale (sur le péritoine pelvien, la vessie ou le rectum).

La clinique semble souvent évidente. Il est pourtant conseillé de poursuivre l'exploration par un bilan complémentaire afin de confirmer le diagnostic. Le diagnostic préopératoire n'est correct que dans 20 à 50 % des cas (6). La liste des diagnostics différentiels est longue : les hernies, les éventrations, les hématomes, les abcès, les granulomes, les lipomes, les neurofibromes et les tumeurs desmoïdes (4, 6, 7, 10).

L'exploration permet également de préciser les caractéristiques de la masse (la profondeur d'infiltration) afin d'en faciliter la résection chirurgicale et de vérifier l'association ou non d'endométriose pelvienne.

Le bilan comporte tout d'abord une échographie de la paroi (6). Celle-ci met en évidence une image arrondie, uniloculaire, à paroi lisse et régulière et à contenu hypoéchogène.

Ensuite, on réalise une IRM du pelvis, qui est véritablement l'examen de choix avec une sensibilité de 98 % et une spécificité de 90 % (6, 10). Elle permet de mettre en évidence les dépôts d'hémosidérine présents dans les endométrions (5). L'IRM permet aussi de préciser la localisation et l'extension de la masse, ainsi que la présence d'endométriose pelvienne (8).

Le scanner permet d'apporter les mêmes informations que l'échographie.

Dans certains cas plus atypiques, lorsque l'image est douteuse, avec une masse assez large, certains conseillent de réaliser une ponction-biopsie à l'aiguille (6).

Le dosage sérique du Ca-125 peut être réalisé, mais son intérêt reste à démontrer.

Une fois le diagnostic posé, il est alors temps de traiter.

Au point de vue médicamenteux, plusieurs molécules sont utilisables : une pilule œstroprogestative, un analogue de la GnRH ou le danazol. Cependant, les symptômes récidivent

dès l'arrêt du traitement (6, 7). Par contre, cette approche peut être intéressante comme traitement néo-adjuvant en pré-opératoire afin de diminuer le volume de la masse à opérer (11). Le traitement médical post-opératoire, quant à lui, n'a pas encore démontré son intérêt (11).

Certains cas de sclérothérapie ont été rapportés dans la littérature (12). Cette technique est encore à l'étude.

Enfin, le traitement de choix est la résection chirurgicale (6-8). L'exérèse doit être large d'emblée, avec une marge de 5 à 10 mm (10), afin de limiter le taux de récurrences qui varie de 0 à 15 % selon les études (2, 4).

S'il s'agit d'une endométriose sur un trajet de ponction ou sur un orifice de trocart, il est conseillé de réséquer également tout le trajet (4), de la peau à la lésion, car celui-ci risque lui aussi d'être atteint.

La chirurgie permet également un diagnostic définitif grâce à l'analyse anatomopathologique de la pièce. Celle-ci met en évidence des glandes endométriales souvent kystiques, associées à un chorion cytogène, et des zones inflammatoires à prédominance lymphocytaire (2, 5).

Certains cas de cancérisation ont été décrits, ce qui justifie une prise en charge chirurgicale systématique et un suivi rigoureux (13). Cette transformation maligne survient rarement, dans 0,7 à 1 % des cas (14). Il s'agit principalement d'adénocarcinomes à cellules claires et d'adénosarcomes.

Il reste dès lors un point à aborder. Comment éviter cette endométriose post-chirurgicale, et principalement post-césarienne ?

Il convient tout d'abord de repérer les patientes à risques. Certains facteurs de risque ont été mis en évidence : l'obésité (70 % des patientes), la race blanche (75 %), la consommation d'alcool et le fait d'avoir des ménorragies (3). En ce qui concerne la parité, les articles divergent à ce sujet (3, 6)

Ensuite, il faut trouver les gestes techniques préventifs à mettre en place.

Tout d'abord, il faut protéger la paroi abdominale par des champs opératoires lors des césariennes (5). Il faut faire une suture utérine de qualité en ayant changé de gants suite à l'extraction fœtale (3). Il est important de ne pas laisser une portion de l'endomètre extériorisée vers la cavité péritonéale, particulièrement si la césarienne a été réalisée tôt dans la grossesse (2, 5). Enfin, il faut laver abondamment la zone

opératoire au sérum physiologique (7, 8, 10, 15).

De nombreuses questions restent en suspens. Faut-il changer de gants également après la suture utérine ? Peut-on utiliser les mêmes instruments pour suturer l'utérus et, ensuite, l'aponévrose ? Doit-on suturer les péritoines ? Doit-on éviter d'extérioriser l'utérus ? Peut-on utiliser un fil employé précédemment pour l'utérus afin de fermer l'aponévrose ?

Toutes ces questions restent sans réponse actuellement. En effet, il est extrêmement difficile de récolter des informations aussi précises dans les différents protocoles opératoires (3). Il faudrait arriver à sensibiliser tous les obstétriciens et les chirurgiens gynécologiques à cette problématique. Ils devraient généraliser ces quelques gestes préventifs et préciser leur emploi dans leurs protocoles afin de pouvoir en étudier le véritable impact.

L'endométriose pariétale reste donc une pathologie méconnue. Il est plus que nécessaire de mieux préciser ses facteurs de risques et sa physiopathologie. Il est aussi primordial de mieux compléter les protocoles opératoires afin de définir quels sont les gestes préventifs adéquats. C'est de cette manière que nous arriverons à une stratégie de prévention efficace.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chatziparadeisi A, Daniilidis A, Diavatis S et al.— Abdominal wall endometriosis after a caesarian section - An interesting case report. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2014, **41**, 360-361.
2. Picod G, Boulanger L et Bounoua F.— Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne : à propos de 15 cas. *Gynecol Obstet Fertil*, 2006, **34**, 8-13.
3. Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP et al.— Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. *Am J Obstet Gynecol*, 2014, **211**, 363 e 1-5.
4. Jayil S, Laadioui M, Bouguerni H et al.— L'endométriose de la paroi abdominale: à propos d'un cas rare. *Pan African Med J*, 2013, **15**, 86.
5. Boufettal H, Hermas S, Boufettal R et al.— Endométriose de cicatrice de la paroi abdominale. *Presse Med*, 2009, **38**, e1-e6.
6. Uzunçakmak C, Gültaş A, Özçam H et al.— Scar endometriosis : a case report of this uncommon entity and review of the literature. *Case Rep Obstet Gynecol*, 2013, 386783.
7. Biswas B, Gupta N et Magon N.— Incisional endometriosis : a rare cause for a painful scar – A report and commentary. *Niger Med J*, 2012, **53**, 257-259.

8. Sinha R, Kumar M, Matah M.— Abdominal scar endometriosis after caesarean section : a rare entity. *Australas Med J*, 2011, **4**, 60–62.
9. Nominato NS1, Prates LF, Lauer I et al.— Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010, **152**, 83-85.
10. Patil N, Kumar V, Gupta A.— Scar Endometriosis-A Sequel of Caesarean Section. *Clin Diagn Res*, 2014, **8**, FD09–FD10.
11. Duranda X, Daligand H, Aubert P et al.— Endométrie de la paroi abdominale. *J Chir Viscer*, 2010, **147**, 354-359.
12. Bozkurt M, Cil AS, et Kara D.— Intramuscular abdominal wall endometriosis treated by ultrasound-guided ethanol injection. *Clin Med Res*, 2014, **12**, 160–165.
13. Sergent F, Baron M, Le Cornec JB et al.— Transformation maligne d'une endométrie pariétale : un nouveau cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2006, **35**, 189-190.
14. Takai N, Akizuki S, Nasu K.— Endometrioid adenocarcinoma arising from adenomyosis. *Gynecol Obstet Invest*, 1999, **48**, 141-144.
15. Wasfie T, Gomez E, Seon S et al.— Abdominal wall endometrioma after cesarean section : a preventable complication. *Int Surg*, 2002, **87**, 175–177.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr G. Poismans, Service de Gynécologie, CHU de Liège, site du Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique. Email : gallepoismans@gmail.com