



Hématurie révélatrice d'une endométriose vésicale. A propos d'un cas

D.M.A. Randriambololona*¹, Z.A. Botolahy¹,
H.N. Rakoto-Ratsimba²

¹ Service de Gynécologie Obstétrique, Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

La localisation vésicale de l'endométriose est rare. Les auteurs en rapportent une observation chez une femme de 46 ans prise en charge au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar). Depuis six mois, elle présentait des douleurs pelviennes, une dysurie et une hématurie macroscopique concomitantes aux menstrues. Une masse arrondie de 40,2mm localisée au niveau de la face postérieure de la vessie était palpable au toucher vaginal et visible à l'échographie. Les arguments cliniques et échographiques avaient fait suspecter une endométriose vésicale et un traitement chirurgical d'emblée était pratiqué. Les différents aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques sont discutés à la lumière d'une revue de la littérature.

Mots-clés: Chirurgie; Endométriose; Traitement; Vessie

Bladder endometriosis revealed by hematuria. A case report

Summary

Bladder location of endometriosis is uncommon. Authors report a case in a 46 year-old female managed in Antananarivo (Madagascar) school hospital. Since six months, she has presented pelvic pain, dysuria and macroscopic hematuria during menstruations. Vaginal and ultrasound examinations showed a 40,2mm round mass located on bladder posterior part. After clinical examination and echography, bladder endometriosis was highly suspected and surgical treatment was right away practiced. Aetiology, clinical features and treatment were discussed with a literature review.

Keywords: Bladder; Endometriosis; Surgery; Treatment

Introduction

L'endométriose de localisation urinaire est une pathologie rare et de pathogénie inconnue jusqu'à l'heure actuelle. Nous en rapportons un cas de localisation vésicale survenu chez une femme de 46 ans, diagnostiqué et traité au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo en 2006. A travers cette observation, nous passons en revue les différentes hypothèses pathogéniques et les modalités de la prise en charge ainsi qu'une revue de la littérature.

Observation

Mme RVL, 46 ans, 3^{ème} geste, 3^{ème} pare, était venue consulter pour des douleurs pelviennes associées à des dysuries et une hématurie macroscopique évoluant depuis six mois. L'interrogatoire avait permis de préciser que ces symptômes étaient concomitants aux menstrues et qu'en dehors des règles, elle était totalement asymptomatique. Ses antécédents étaient sans particularités. Le toucher vaginal montrait la présence d'un empatement sensible au niveau du cul de sac vaginal antérieur, en regard de la face postérieure de la vessie. La sérologie bilharzienne était négative et l'ECBU était revenu normal. L'échographie pelvienne retrouvait une masse échogène arrondie, non pédiculée, faisant 40,2mm de grand axe, localisée à la face postérieure de la vessie (Figure 1). L'échographie rénale était normale. L'utérus et les annexes avaient un aspect normal. Une endométriose vésicale était suspectée. La cystoscopie n'avait pas pu être faite faute de plateau technique adéquat et une ablation chirurgicale par laparotomie

était décidée d'emblée. L'exploration permettait de visualiser une masse grossièrement arrondie, mal limitée, bleue violacée, intéressant toute l'épaisseur de la paroi postérieure de la vessie au-dessus du trigone. La paroi utérine antérieure s'y adhérait en arrière. Une cystectomie partielle emportant toute la masse et une hystérectomie subtotale avec ovariectomie bilatérale étaient pratiquées. Les uretères n'avaient pas fait l'objet de cathétérisme. Une sonde vésicale était laissée en place pendant huit jours. Les suites opératoires étaient simples. L'examen histologique des pièces opératoires avait conclu en une endométriose vésicale (Figure 2). L'utérus ne présentait pas d'adénomyose ni d'endométriose diffuse. Aucune récurrence n'est à signaler après un recul de deux ans.

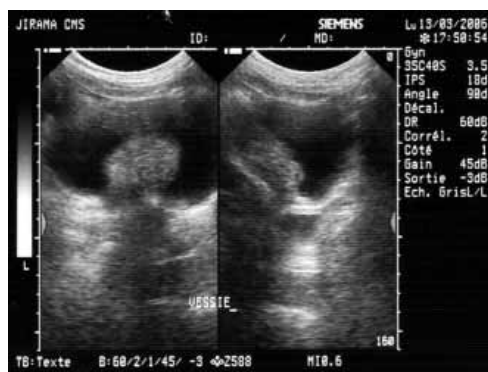


Fig. 1: Echographie sus pubienne: masse échogène de 40,2mm localisée à la face postérieure de la vessie

Discussion

L'endométriose est une pathologie de la femme en période d'activité génitale, caractérisée par la présence de tissu endométrial fonctionnel en dehors de la cavité utérine [1]. Elle touche 10 à 20% des femmes en période

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: randriambololonad@yahoo.fr (D.M.A. Randriambololona).

¹ Adresse actuelle: Service de Gynécologie Obstétrique, Befelatanana, CHU d'Antananarivo Madagascar

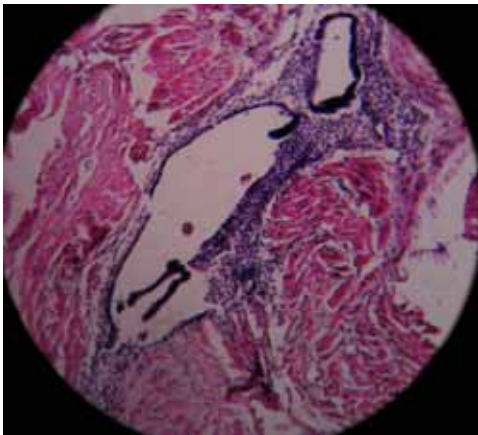


Fig. 2: Endométriose vésicale (Hématoxyline éosine X100)

d'activité génitale avec un pic de fréquence entre 30 et 35 ans [2]. Les localisations sont multiples mais l'atteinte intéresse avant tout le pelvis. L'incidence de l'atteinte urinaire est estimée à 1 à 2% toutes localisations confondues et l'atteinte vésicale en représente jusqu'à 85% des cas [3]. Les lésions siègent le plus souvent au niveau du dôme et de la face postéro-supérieure de la vessie; l'atteinte trigonale est plus rare et s'y associe souvent une adénomyose utérine de contiguïté [4]. La pathogénie de l'atteinte vésicale demeure inconnue. L'origine intrapéritonéale est l'hypothèse la plus évoquée [5] avec des cellules endométriales qui s'implanteraient sur le péritoine recouvrant le dôme vésical à l'occasion d'un reflux menstruel transtubaire [6]. Deux nouvelles hypothèses ont été récemment émises: d'abord l'endométriose urinaire peut être considérée comme une adénomyose vésicale, conséquence d'une métaplasie des vestiges mullériens [5]; ensuite elle peut résulter de l'extension à la vessie de lésions d'adénomyose intéressant la paroi antérieure de l'utérus [5]. Aucune hypothèse ne peut être proposée comme la seule explication de l'endométriose urinaire du point de vue pathogénique [5]. On peut cependant dire pour notre patiente que l'endométriose vésicale ne résultait pas de l'extension à la vessie de lésions d'adénomyose de la paroi antérieure de l'utérus. Le diagnostic d'une endométriose urinaire est difficile et donc souvent tardif car les signes cliniques sont souvent frustes, non spécifiques, et même devant un tableau évocateur, on peut passer facilement à côté [7]. Des douleurs hypogastriques ou suspubiennes, une dysurie cataméniale, des signes irritatifs vésicaux (pollakiurie, impériosité), une hématurie cataméniale microscopique ou macroscopique sont fréquemment observés [4]. Ces signes apparaissent de façon cyclique et sont exagérés durant les menstruations [7]. L'hématurie cataméniale macroscopique est fortement évocatrice mais elle n'est présente que chez 20% des patientes [8]. L'examen clinique est peu contributif mais peut retrouver un nodule sensible palpable au toucher vaginal dans environ 50% des cas [3]. Sur le plan morphologique, l'échographie pelvienne et l'IRM constituent le bilan minimum à demander devant toute endométriose pelvienne profonde, montrant une masse nodulaire au niveau du septum vésico-utérin infiltrant l'épaisseur du détrusor [4]. La cystoscopie reste l'examen clé en montrant une masse bleuâtre sous-muqueuse entourée d'œdème et de congestion [7]. Elle permet de préciser sa topographie notamment sa situation par rapport aux orifices urétéraux et de pratiquer

une biopsie (ou une exérèse dans certaines conditions) qui permettra par la suite le diagnostic histologique de certitude [3,7]. La biopsie per cystoscopique doit être transmurale et en période cataméniale pour en augmenter la sensibilité [3]. Pour notre part, la cystoscopie n'a pu être faite et le diagnostic d'endométriose vésicale n'a été que suspecté avant l'intervention chirurgicale. Sur le plan thérapeutique, l'approche peut être médicale (progestatifs, analogues de LHRH) avec une efficacité variant selon la profondeur de l'atteinte endométriosique. L'indication peut être maintenue pour les atteintes vésicales en cas de symptomatologie peu gênante chez des patientes préménopausiques ou chez de jeunes patientes ayant un désir de grossesse à court terme [3]. Il n'a pas été démontré qu'un traitement médical de plus de six mois puisse être bénéfique en particulier pour les nodules infiltrant profondément la vessie et qui sont de ce fait plutôt l'apanage de la chirurgie [4,7]. Concernant la démarche thérapeutique, un faisceau d'arguments pré-thérapeutiques (symptomatologie fonctionnelle, données de l'imagerie, amélioration sous-analogues) peut permettre de proposer une exérèse chirurgicale d'emblée sans biopsie préalable [4]. La cystectomie partielle est le traitement de choix du nodule vésical, par coeliochirurgie (associée à une cystoscopie per opératoire) ou par laparotomie conventionnelle [3,4]. L'exérèse doit être la plus complète possible et certains auteurs y associent une hystérectomie concomitante et une ovariectomie bilatérale pour prévenir au maximum l'apparition de récurrences [3,7]. C'est l'option que nous avons choisie pour notre patiente.

Conclusion

Cette observation d'endométriose vésicale survenue chez une patiente de 46 ans a permis d'illustrer l'intérêt de la prise en charge chirurgicale de l'affection. L'approche clinique et la chirurgie conventionnelle restent des atouts majeurs (et les seuls atouts) du praticien dans un pays en développement comme le notre. Néanmoins, nos services devraient être dotés de cystoscope et de colonne de coeliochirurgie pour une prise en charge plus adéquate et moins invasive de nos patientes en ce début du troisième millénaire.

Références

- 1- Attich E, Abou Jaoude R, Yazbeck C, Mansour F, Abboud J. Corrélations anatomiques de l'endométriose. *Contracept Fertil Sex* 1999; 27: 861-6.
- 2- El Khader K, Guille F, Mhidia A, Ziade J, Patard JJ, Lobel B. Complications urologiques de l'endométriose. *Ann Urol* 1999; 33:80-3.
- 3- Acker O, Robert Y, Carpentier F, Vinatier D, Cosson M. Endométriose vésicale ou urétérale symptomatique: à propos de 8 cas et revue de la littérature. *Ann Chir* 2003; 128: 34-9.
- 4- Collinet P, Marcelli F, Villers A, Regis C, Lucot JP, Cosson M, et al. Prise en charge de l'endométriose urinaire. *Gynécol Obst Fertil* 2006; 34: 347-52.
- 5- Chapron C, Boucher E, Fauconnier A, Vieira M, Dubuisson JB, Vacher-Lavenu MC. Anatomopathological lesions of bladder endometriosis are heterogeneous. *Fertil Steril* 2002; 78: 740-2.
- 6- Vercellini P, Frontino G, Pisacreta A, De Giorgi O, Cattaneo M, Giorgio Crosignani P. The pathogenesis of bladder detrusor endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 538-42.
- 7- Price DT, Maloney KE, Ibrahim GK, Cundiff GW, Leder RA, Everett Anderson E. Vesical endometriosis: report of two cases and review of the literature. *Urology* 1996; 48: 639-43.
- 8- Batler RA, Kim SC, Nadler RB. Bladder endometriosis: pertinent clinical images. *Urology* 2001; 57: 798-9.