

Un nouveau cas d'endométriose sur cicatrice de laparotomie



DMA Randriambololona*¹, VH Randriambololona²,
SSEN Rabesalama³, HN Rakoto-Ratsimba³

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

² Service d'Orthopédie Traumatologie, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

³ Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

L'endométriose cutanée cicatricielle est rare. Les auteurs en rapportent un cas chez une femme de 31 ans qui, après une laparotomie pour grossesse extra utérine rompue trois ans auparavant, présentait une tuméfaction cicatricielle d'évolution cataméniale. Cette tuméfaction bleue noirâtre, mal limitée, était douloureuse, augmentait de volume et se fistulisait en période menstruelle. Une exérèse large était pratiquée suivie d'un traitement médical à base d'œstroprogestatifs en prise continue pendant six mois. Aucune récurrence n'est à déplorer après un recul de trois ans. Les particularités de cette localisation rare sont discutées à travers une revue de la littérature.

Mots-clés: Chirurgie; Cicatrice; Endométriose

A new case of laparotomy scar endometriosis

Summary

Scar endometriosis is uncommon. Authors report a case in a 31 year-old women. This patient, after ectopic pregnancy treated by laparotomy three years earlier, presented a three months history of a scar mass with catamenial evolution. This black-blue colored and not well circumscribed mass was painful swelling related to the menstrual period and bleeding fistula appeared. Large surgical excision was performed followed by continuous estroprogestationals for six months. There was no recurrence after three years follow up. Scar endometriosis peculiarities are discussed with a review of the literature.

Keywords: Endometriosis; Scar; Surgery

Introduction

L'endométriose localisée en dehors de la sphère génitale est rare [1]. Nous en rapportons un cas de localisation cutanée sur cicatrice de laparotomie chez une femme âgée de 31 ans. Notre objectif est de montrer les particularités de cette localisation et les modalités de la prise en charge.

Observation

Mme R...E, âgée de 31 ans, consultait pour une cicatrice de laparotomie hypertrophique et douloureuse après une grossesse extra utérine rompue traitée chirurgicalement trois ans auparavant. Le début remontait à trois mois par l'apparition d'une masse noirâtre péri ombilicale sur l'ancienne cicatrice. Cette masse, indolore en dehors des règles, devenait en période menstruelle douloureuse et inflammatoire, puis augmentait de volume pour devenir fluctuante et se fistulisait en laissant sourdre un liquide hémorragique. Cette fistule cicatrissait spontanément en dehors des règles alors que la tuméfaction avait tendance à augmenter progressivement de volume motivant la consultation. L'examen en période menstruelle retrouvait une tuméfaction mal limitée, bleue noirâtre, fistulisée et hémorragique, sensible à la palpation, en position para-ombilicale gauche correspondant à l'extrémité supérieure de la cicatrice qui était par ailleurs hypertrophique et vicieuse (Figure 1). L'échographie pariétale retrouvait une masse tissulaire grossièrement arrondie, hétérogène, mal limitée, d'environ 50x36mm infiltrant la peau et le tissu



Fig. 1: Tuméfaction cicatricielle mal limitée, bleue noirâtre, fistulisée et hémorragique, sensible à la palpation

cellulaire sous-cutané jusqu'au plan aponévrotique des muscles droits. L'examen gynécologique et général ainsi que l'échographie abdomino-pelvienne étaient sans anomalies. Une endométriose cutanée cicatricielle était évoquée. Une exérèse chirurgicale large emportant l'ombilic et toute la cicatrice jusqu'au plan aponévrotique était pratiquée. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomo-pathologique confirmait le diagnostic d'endométriose cutanée (Figure 2). Un traitement médical complémentaire à base d'œstro-progestatifs était institué en continu pendant six mois. Aucune récurrence n'est à déplorer après un recul de trois ans.

* Auteur correspondant

E-mail: randriambololonad@yahoo.fr (DMA Randriambololona).

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

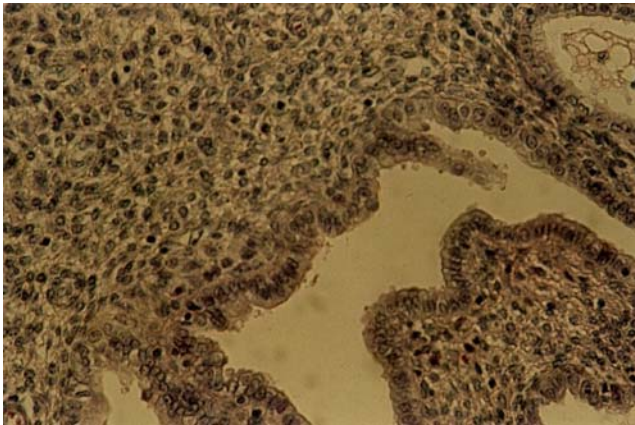


Fig. 2: Epithélium glandulaire cylindrique avec un chorion cytotrophogène et infiltration lymphocytaire concluant en une endométriose cutanée (Hematoxyline éosine x400)

Discussion

La localisation de l'endométriose sur les cicatrices d'intervention gynéco-obstétricale est rare et est retrouvée chez 0,003 à 2% des femmes en période d'activité génitale [1]. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer ces localisations ectopiques: la théorie métaplasique selon laquelle des cellules dérivées de l'épithélium cœlomique conserveraient leurs compétences embryonnaires et subiraient une métaplasie en cellules endométriales; la théorie du reflux correspondant à une migration de lambeaux d'endomètre par régurgitations tubaires périodiques de sang menstruel ou par contamination chirurgicale et à leur implantation ectopique, sous l'influence de facteurs hormonaux et/ou traumatiques; la théorie métastatique expliquant les localisations extra-génitales par migration veineuse ou lymphatique de cellules endométriales; ou encore la théorie mixte avec des régurgitations menstruelles qui induiraient la métaplasie des cellules de l'épithélium cœlomique en cellules endométriales [2,3]. Actuellement aucune de ces théories prises isolément ne pourrait expliquer les différentes localisations ectopiques; et bon nombre d'auteurs s'accordent sur le fait que les lésions cicatricielles résultent d'une implantation mécanique directe des cellules endométriales [4,5]. Différents types d'intervention gynéco-obstétricale semblent être à l'origine de l'affection (césarienne, ligature tubaire, salpingectomie, hystérectomie, cure de hernie inguinale, épisiotomie, grossesse extra-utérine) [4] et l'intervalle de temps entre le geste chirurgical et le début des troubles varie de trois mois à 37 ans [1,6]. La symptomatologie clinique consiste typiquement en une tuméfaction cicatricielle, bleue violacée, douloureuse, avec un écoulement brunâtre ou hémorragique en période menstruelle et augmentant progressivement de volume de manière cyclique avec une exacerbation cataméniale évocatrice [3,7,8]. Un bilan général doit être entrepris pour dépister d'éventuelles autres localisa-

tions [3]. L'échographie et le scanner donnent habituellement des images non spécifiques d'allure tissulaire ou ayant l'aspect d'une collection liquidienne, et permettent surtout d'éliminer les diagnostics différentiels tels que tumeurs malignes (adénocarcinome, métastase d'un adénocarcinome, sarcome), hématome, abcès, tumeur dermoïde, pseudomyxome péritonéal, neurinome, granulome sur fil ou encore éventration irréductible [1,6,8]. Sur le plan biologique, un taux élevé du CA125 peut être retrouvé en rapport avec la prolifération des cellules épithéliales lésionnelles [8,9]. Le traitement de référence reste l'exérèse chirurgicale en passant en zone saine, respectant une marge de sécurité de 5mm afin de prévenir les récides [8,10]. Quant à l'intérêt du traitement médical (œstroprogestatifs, progestatifs du groupe prégnanes ou norprégnanes, agonistes GnRH), il reste actuellement controversé; néanmoins, un traitement pharmacologique post-opératoire devrait diminuer le taux de récide bien qu'aucune étude y faisant référence n'ait été retrouvée. Ainsi, un traitement post-opératoire en continu d'œstroprogestatifs était instauré chez notre patiente pendant six mois et aucune récide n'était notée après un recul de trois ans.

Conclusion

La localisation cutanée de l'endométriose est rare. Cette observation a permis d'en illustrer un cas sur cicatrice de laparotomie après grossesse extra-utérine rompue. La symptomatologie clinique suit un rythme cataménial évocateur et le traitement de choix est chirurgical.

Références

- 1- Azarian M, Sibony O, Lemaistre AL, Luton D. Scar endometriosis after cesarean section. *Ref Gyn Obst* 2000; 7: 195-7.
- 2- Ichimiya M, Hirota T, Muto M. Intralymphatic embolic cells with cutaneous endometriosis in the umbilicus. *J Dermatol* 1998; 25: 333-6.
- 3- Lagrange M, Almarnassi A. Endométriose ombilicale. *Revue de la littérature. A propos de deux cas. Sem Hôp Paris* 1990; 66: 506-9.
- 4- Steck MWD, Helwig EB. Cutaneous Endometriosis. *J Am Med Assoc* 1965; 191: 167-70.
- 5- Koninck PR, Danders G, Vandecruys H. Umbilical endometriosis after unprotected removal of uterine pieces through the umbilicus. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000; 7: 227-32.
- 6- Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne: à propos de 15 cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34: 8-13.
- 7- Olive LD, Schwartz LB. Endometriosis. *New Engl J Med* 1993; 328: 1759-69.
- 8- Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, Essadel H, Benamer S, Mohammedine A, et al. L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale. *Ann Chir* 2002; 127: 65-7.
- 9- Toki T, Kubota J, Lu X, Nakayama K. Immunohistochemical analysis of CA125, CA19-9, and Ki-67 in stage III or IV endometriosis: positive correlation between serum CA125 level and endometriotic epithelial cell proliferation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 771-6.
- 10- Matthes G, Zabel DD, Nastala CL, Shestak KC. Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of the literature. *Ann Plast Surg* 1998; 40: 672-5.