

Nodule d'endométriose sur cicatrice d'abdominoplastie : à propos d'un rare cas et revue de la littérature

RÉSUMÉ : L'endométriose se définit par l'existence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Sa localisation sur cicatrice pariétale est rare, avec une incidence de 0,03 % à 0,4 %. Le diagnostic est principalement marqué par des douleurs cycliques menstruelles chez une femme en activité génitale entre 20 et 40 ans. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 30 ans, sans aucun antécédent médico-chirurgical, ayant bénéficié d'une abdominoplastie. Elle a consulté pour une masse ferme, fixée, douloureuse sur sa cicatrice d'abdominoplastie. L'échographie objectivait une masse solide hypoéchogène évoquant le diagnostic initial de granulome sur fil. Elle a bénéficié d'une exérèse élargie de la masse, qui était fixée au plan aponévrotique. L'examen anatomopathologique a retenu le diagnostic d'endométriose. Nous n'avons pas objectivé de récurrence à 6 mois postopératoire.



→ T. BAYTI, J. PAUCHOT,
N. FERRY, L. BELLIDENTY,
Y. TROPET

Service de Chirurgie orthopédique,
traumatologique, Chirurgie plastique,
reconstructrice et Assistance Main,
CHU Jean-Minjoz, BESANÇON.

L'endométriose se définit par l'existence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Elle touche 8 à 15 % des femmes en activité génitale. La forme endopelvienne est la plus fréquente. Sa localisation sur cicatrice pariétale est beaucoup plus rare, avec une incidence de 0,03 % à 0,4 % [1].

Le diagnostic est principalement marqué par des douleurs cycliques menstruelles chez une femme en activité génitale entre 20 et 40 ans.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 30 ans, mère de 4 enfants et sans antécédents médico-chirurgicaux.

Elle a bénéficié en avril 2010 d'une abdominoplastie pour tablier abdominal. Les suites postopératoires ont été simples. Elle a consulté 32 mois plus tard pour

une masse ferme, fixée, douloureuse, d'environ 2 cm sur sa cicatrice d'abdominoplastie. L'échographie objectivait une masse solide hypoéchogène avec calcifications peu vascularisée de 2 cm de grand axe, évoquant le diagnostic initial pour un granulome sur fil.

Elle a bénéficié en décembre 2012 d'une exérèse de la masse, qui était fixée au plan aponévrotique (**fig. 1**). L'examen anatomopathologique extemporané a



FIG. 1 : Pièce d'exérèse.

SILHOUETTE

réorienté le diagnostic initial en faveur d'une endométriose, et a permis de compléter l'exérèse de manière satisfaisante.

Les suites postopératoires ont été simples. La patiente a été ensuite adressée pour prise en charge spécialisée gynécologique afin de réaliser le bilan d'extension. Nous n'avons pas objectivé de récurrence à 6 mois postopératoire.

Discussion

L'endométriose sur cicatrice abdominale a été décrite pour la première fois en 1903 [2]. Le plus souvent, il s'agit d'une localisation externe génitale intrapéritonéale, au niveau des organes génitaux internes. Les autres localisations sont beaucoup plus rares (plèvre, la vésicule biliaire, le côlon et la cloison rectovaginale). Nous nous intéresserons aux rares cas d'endométriose pariétale sur cicatrice d'abdominoplastie ou césarienne (Pfannenstiel) qui représentent 0,3 à 0,04 % [3]. La physiopathologie de ce mécanisme est encore mal connue. Il est probablement multifactoriel.

Plusieurs théories ont été proposées :

>>> La première est la théorie du reflux [4]. En effet, au moment des règles, des cellules endométriales peuvent refluer par les trompes utérines vers la cavité abdominale. Habituellement, ces cellules migrantes sont détruites et éliminées par le péritoine mais, chez certaines femmes, elles peuvent s'accrocher, s'implanter sur le péritoine et proliférer en surface afin de former des foyers d'endométriose. Ces foyers ont les mêmes caractéristiques que l'endomètre utérin et donc soumis à l'action des hormones ovariennes (estrogène et progestérone) qui, au moment des règles, entraînent la desquamation de cellules endométriales et de saignements responsables de formations kystiques et de phénomènes adhérentiels.

>>> La seconde théorie est la théorie métaplasique selon laquelle des cellules de l'épithélium coelomique, sous l'effet de divers stimuli, conserveraient leur compétence embryonnaire et subiraient une métaplasie en cellules endométriales [5].

>>> Enfin, la théorie métastatique expliquerait certaines lésions extra-génitales par dissémination veineuse et lymphatique.

Actuellement, concernant la localisation pariétale abdominale, elle résulterait de la greffe locale de cellules endométriales au niveau de zones non épithélialisées dont leur développement est favorisé par une inflammation secondaire induite par des facteurs immunologiques liée à la cicatrisation [4-6]. Des antécédents de chirurgie étaient observés chez ces patientes, mais de rares cas *de novo* sans antécédents chirurgicaux ont été décrits, comme dans notre observation [7].

Cette entité disparaît donc au moment de la ménopause. Cependant Elabssi *et al.* [8] rapportent un cas d'endométriose pariétale chez une femme ménopausée. En effet, à la ménopause, la composante cytochorionique régresse mais la composante glandulaire peut persister sous l'effet d'un traitement hormonal substitutif, réalisant un terrain d'hyperestrogénie reproduisant la symptomatologie.

La lésion peut se développer plus ou moins rapidement dans le temps après réalisation du geste chirurgical. Dans la littérature, l'intervalle de temps entre le geste chirurgical et le début de la symptomatologie varie de 6 mois à 37 ans [1, 9]. Le délai moyen de consultation entre l'opération et la constatation de la masse tumorale est de 24 mois. Dans notre cas, la patiente a consulté 32 mois après son abdominoplastie.

Classiquement, la lésion est décrite comme une infiltration nodulaire,

inflammatoire, douloureuse et cataméniale. Le caractère cyclique de la douleur est un élément important d'orientation, mais il est loin d'être indispensable pour évoquer le diagnostic. La zone inflammatoire peut aussi être associée à un écoulement sérosanglant, ou encore à un changement de teinte pouvant devenir bleuâtre. À un stade avancé, la tuméfaction peut se fistuliser à la peau. La palpation de la lésion permet d'en apprécier sa taille ainsi que sa profondeur par rapport à la paroi abdominale.

Les examens d'imagerie (échographie, scanner ou IRM) donnent en général des images non spécifiques. Ils permettent de confirmer l'origine pariétale de la masse et d'en préciser la taille, les contours et ses relations avec les structures adjacentes. L'aspect scanographique montre une masse d'allure tissulaire, homogène, pouvant prendre le contraste du fait de son caractère vasculaire. Seule l'IRM serait plus spécifique, permettant de détecter des saignements récents en hypersignal T1 et T2 ou des résidus d'hémossidérine résultant de saignements ultérieurs en hyposignal T1 et T2 [10, 11]. Cela permet surtout l'élimination de diagnostics différentiels comme les tumeurs desmoïde, maligne (sarcome, adénocarcinome), un granulome sur fil, un lipome, un abcès, ou un hématome.

En cas de doute et bien que controversée, une ponction biopsie percutanée échoguidée peut être réalisée afin d'obtenir une analyse cytopathologique avant l'intervention. Cependant, il existe toujours un risque d'ensemencement de cellules endométriales sur le trajet de ponction. L'exérèse chirurgicale devra donc enlever le trajet de ponction.

Il existe deux grands types de traitement : médical et chirurgical. L'hormonothérapie, représentée par les estroprogestatifs ou les agonistes de la LHRH, permet une réduction transitoire des symptômes. La récurrence est la règle à

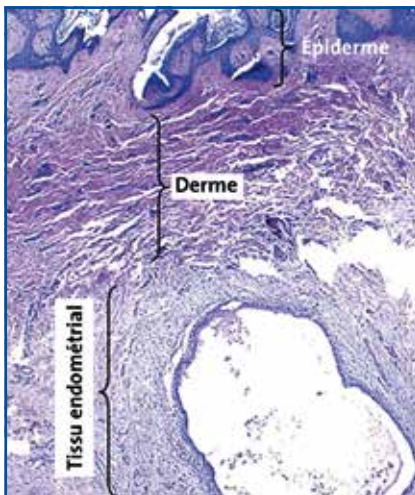


Fig. 2 : Tissu endométrial.

l'arrêt du traitement [12]. Elle garde une indication néoadjuvante lorsque la masse à réséquer est importante, permettant une réparation pariétale moins délabrante. Elle est utilisée 3 à 6 mois avant l'exérèse.

Le traitement chirurgical est basé sur l'exérèse élargie avec marges saines de 5 mm de la masse avec réparation de la paroi abdominale par lambeau musculaire local (de grands droits ou oblique externe), ou par plaque pariétale si le fascia a dû être réséqué afin d'éviter une éviscération postopératoire [1, 4, 13]. Comme pour toute masse suspecte réséquée, l'examen anatomopathologique est systématique, et permet le diagnostic de certitude avec un épithélium cylindrique et un chorion cytogène associé à une infiltration lymphocytaire en situation ectopique (fig. 2).

L'analyse immunohistochimique permet de quantifier les récepteurs hormonaux à l'estradiol ou la progestérone, présents dans le tissu glandulaire endométrial en utilisant des anticorps monoclonaux spécifiques. Au moment de l'exérèse, la masse est très souvent fixée sur le plan aponévrotique antérieur, comme dans notre observation. Elle est plus rarement fixée sur le plan musculaire (grand droit, oblique externe, transverse), l'ombilic, comme le décrivent Blanco *et al.* [14].

POINTS FORTS

- ➞ La localisation pariétale d'endométriose est rare (0,03 à 0,5 %).
- ➞ Tout nodule douloureux sur cicatrice chez une femme en activité génitale doit faire évoquer le diagnostic d'endométriose pariétale.
- ➞ C'est une indication de traitement chirurgical.

Selon les études, le taux de récurrence après exérèse chirurgicale varie de 0 à 15 %. La transformation maligne d'endométriose est rare, et va de 0,7 à 1 % des cas selon Takai *et al.* [15]. Aucun marqueur tumoral n'est spécifique de la dégénérescence bien que le taux sérique de Ca 125 puisse être augmenté en rapport avec la prolifération de cellules épithéliales dans la lésion d'endométriose [8].

Conclusion

La localisation pariétale d'endométriose est rare. Notre observation a permis d'en illustrer un cas sur cicatrice d'abdominoplastie. Le diagnostic doit être évoqué devant tout nodule douloureux sur cicatrice. Le traitement de choix est chirurgical.

Bibliographie

1. PICOD G, BOULANGER L, BOUNOUA F *et al.* Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne : à propos de 15 cas. *Gynecol Obstet Fertil*, 2006;34:8-13.
2. NIEZGODA JA, HEFER RA. Endometriosis arising in abdominal incisions. *J Am Osteopath Assoc*, 1989;89:937-940.
3. AZARIAN M, SIBONY O, LEMAISTRE AL *et al.* Scar endometriosis after cesarean section. *Références en Gynécologie Obstétrique*, 2000;7:195-197.
4. RANI PR, SOUNDARARUGHAVAN S, RAJARAM P. Endometriosis in abdominal scars-Review of 27 cases. *Int J Gynaecol Obstet*, 1991; 36:215-218.
5. ICHIMIYA M, HIROTA T, MUTO M. Intralymphatic embolic cells with cutaneous endometriosis in the umbilicus. *J Dermatol*, 1998;25:333-336.
6. ZHAO X, LANG J, LENG J *et al.* Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet*, 2005;90:218-222.
7. KOGER K, SHATNEY C, HODGE K *et al.* Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet*, 1993;177:243-246.
8. ELABI M, LAHLOU MK *et al.* L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale. *Ann Chir*, 2002;127:65-67.
9. KENNEDY SH, BRODRIBB J, GODFREY AM *et al.* Preoperative treatment of an abdominal wall endometrioma with nafarelin acetate. Case report. *Br J Obstet Gynaecol*, 1988;95:521-523.
10. HASSANI-NEGILA A, CARDINI S, LADAM-MARCUS V *et al.* Endométrioses de la paroi abdominale: apport de l'imagerie. *J Radiol*, 2006;87:1691-1695.
11. MERRAN S, KARILA-COHEN P. Endométriose sous-cutanée sur cicatrice de la paroi abdominale antérieure. À propos de 2 observations. *J Radiol*, 2004;85:409-410.
12. LAMBLIN G, MATHEVET P, BUENERD A. Endométriose pariétale sur cicatrice abdominale. À propos de 3 observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1999;28: 271-274.
13. 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;40:672-675.
14. BLANCO RG, PARITHIVEL VS, SHAH AK *et al.* Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg*, 2003;185:596-598.
15. TAKAI N, AKIZUKI S, NASU K *et al.* Endometrioid adenocarcinoma arising from adenomyosis. *Gynecol Obstet Invest*, 1999;48:141-144.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pub ALGOSTÉRIL