

## Case report



# Endométriose pariétale: l'imagerie par résonance magnétique est-elle suffisante pour opérer?

Boumediene Elhabachi, Muriel Brix

**Corresponding author:** Boumediene Elhabachi, Faculté de Médecine Sidi Bel Abbés, Centre Hospitalier Universitaire Sidi Bel Abbés, Sidi Bel Abbés, Algérie. b.elhabachi@yahoo.fr

**Received:** 09 Jun 2020 - **Accepted:** 23 Aug 2020 - **Published:** 02 Sep 2020

**Keywords:** Endométriose pariétale, IRM pariétale, douleurs cycliques

**Copyright:** Boumediene Elhabachi et al. PAMJ Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Cite this article:** Boumediene Elhabachi et al. Endométriose pariétale: l'imagerie par résonance magnétique est-elle suffisante pour opérer?. PAMJ Clinical Medicine. 2020;4(2). 10.11604/pamj-cm.2020.4.2.24198

**Available online at:** <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/4/2/full>

## Endométriose pariétale: l'imagerie par résonance magnétique est-elle suffisante pour opérer?

Parietal endometriosis: is magnetic resonance imaging enough for surgery?

Boumediene Elhabachi<sup>1,&</sup>, Muriel Brix<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculté de Médecine Sidi Bel Abbés, Centre Hospitalier Universitaire Sidi Bel Abbés, Sidi Bel Abbés, Algérie, <sup>2</sup>Institut de Cancérologie de Lorraine, Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-Faciale (Pr Simon) Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, Nancy, France

<sup>&</sup>Auteur correspondant

Boumediene Elhabachi, Faculté de Médecine Sidi Bel Abbés, Centre Hospitalier Universitaire Sidi Bel Abbés, Sidi Bel Abbés, Algérie

## Résumé

*L'endométriose pariétale est une forme d'endométriose extra abdominale. Elle survient le plus souvent après une intervention chirurgicale gynécologique ou obstétricale. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une douleur cyclique, au niveau de l'extrémité droite de la cicatrice, le point initialement le plus douloureux. L'examen physique retrouve un nodule dur plutôt profond mobile par rapport au plan profond, les orifices herniaires sont libres. Une échographie pariétale a retrouvé une formation hypoéchogène, hétérogène*

de 21 mm/19mm avec des échos internes et des limites irrégulières, spiculées et entourées d'un halo hyperéchogène. Le doppler et l'IRM confirment le diagnostic d'endométriose pariétale. Une décision d'excision large de la lésion est prise et l'analyse anatomopathologique confirme le diagnostic d'endométriose pariétale. A travers ce cas, les auteurs insistent sur les caractéristiques de cette pathologie, sur l'intérêt du diagnostic et de la prise en charge précoce de cette affection ainsi que la possibilité de sa prévention au cours de chaque chirurgie gynécologique ou obstétricale.

### English abstract

*Parietal endometriosis is an extra abdominal location of endometriosis. Most of the cases are secondary to gynecologic surgery or obstetrical care. The authors report a case of one woman suffering of cyclic pain at the right extremity of a scar, the initially most painful point. Clinical finding are a deep hard and mobile nodule, and no hernia. Parietal ultrasounds identified an hypoechogenic tumor of 21mm x 19mm with internal heterogene signals and irregular and spiked limits, and hyperechogenic halo. Doppler and MRI confirmed parietal endometriosis diagnosis. A large surgery has been performed with histologic confirmation of parietal endometriosis. With this case, the authors report the characteristics of this pathology, the need for early diagnosis and care and prevention in each gynecologic and obstetrical procedure.*

**Key words:** *Parietal endometriosis, parietal MRI, cyclic pain*

## Introduction

L'endométriose est une localisation extra utérine de tissu endométrial fonctionnel fait de glandes et de stroma [1]. Pour les anglo-saxons le terme « endometrioma » désigne une masse circonscrite d'endométriose alors que ce terme désigne pour d'autre une localisation ovarienne. Pour éviter toute confusion nous utiliserons le terme endométriose pariétale. L'apparition d'une masse

adjacente à une cicatrice médiane ou de Pfannenstiel particulièrement pour chirurgie pelvienne et à fortiori pour chirurgie gynécologique et qui devient douloureuse selon un rythme cataménial doit faire évoquer le diagnostic. Certains diagnostics doivent être discutés. Parmi eux sont rapidement écartés devant les données de l'échographie qui est l'examen para clinique de première intention: un lipome, une hernie inguinale ou incisionnelle, un hématome, un kyste quel que soit sa nature, un abcès et moins facilement un granulome inflammatoire [2-4]. Le diagnostic différentiel se pose en général avec une tumeur desmoïde [5] et on discutera les sarcomes des tissus mous. L'imagerie par résonance magnétique de la paroi est systématique. Les données de l'IRM, les antécédents de chirurgie pelvienne et la présence de nodule douloureux selon un rythme cataménial constituent pour nous une triade fortement évocatrice avec une excellente valeur prédictive positive. La ponction ou la micro biopsie ne sont plus indispensables. Nous rapportons un cas d'endométriose pariétale de cicatrice de la paroi abdominale, observé chez une jeune patiente âgée de 36 ans, mère de quatre enfants dont deux sont nés par césariennes.

## Patient et observation

La patiente âgée de 36 ans est mariée et mère de 4 enfants dont 2 sont nés par césariennes en 2011 et 2014. Elle n'a aucune pathologie associée et aucun antécédent familial de cancer ou de pathologie précancéreuse. La patiente a un cycle régulier. Absence de dysménorrhées, de dyspareunie, de troubles urinaires ou de dyschésie. Le motif de consultation est une douleur du bas ventre à type de brûlure exacerbée par la marche que la patiente décrit avec précision comme étant cyclique. Un nodule est apparu à l'extrémité droite de la cicatrice au point initialement le plus douloureux. On retrouve une cicatrice de Pfannenstiel sans signes inflammatoires et sans hyperpigmentation. L'examen physique retrouve un nodule dur plutôt profond mobile par rapport au plan profond. Les orifices herniaires sont libres. Le reste de l'examen

est normal. Une échographie pariétale a retrouvé une formation hypoéchogène, hétérogène de 21 mm/19mm avec des échos internes et des limites irrégulières, spiculées et entourées d'un halo hyperéchogène. Le doppler couleur montre un pédicule à la périphérie de la masse. Le radiologue a évoqué un liposarcome. Une IRM est demandée avec une hypothèse diagnostique d'endométriase avec en séquence axiale T2 la lésion nodulaire qui apparaît hypo intense (signal fibreux) au niveau de la graisse sous cutanée avec des spicules fibreux périphériques en sagittale; on note un signal iso intense au muscle comportant de petits spots hyper intenses correspondant à des foyers hémorragiques d'âges différents. A l'issue du bilan clinique et radiologique, le diagnostic d'endométriase pariétale a été retenu et la patiente a bénéficié d'une chirurgie soigneuse et suffisamment large. Le défaut n'était pas important et la réparation n'a pas posé de problème particulier. Nous n'avons pas demandé de cytoponction ni de microbiopsie. Deux autres patientes ont bénéficié de la même stratégie prise en charge. La chirurgie a permis l'exérèse avec des marges saines et dans tous les cas un diagnostic anatomopathologique définitif qui a confirmé le diagnostic.

## Discussion

L'endométriase est une pathologie bénigne mais dont les conséquences sont variables. Elle peut être de localisation pelvienne de loin la plus fréquente (ovariennes, trompes de Fallope, ligaments larges, cloison recto-vaginale, ligaments ronds et vésicaux), extra pelviennes [6] notamment abdominales (appendiculaire, urétérales etc.) ou cardiaques, pulmonaires, pleurales, diaphragmatiques, cérébrales et pariétales. Parmi toutes les localisations extra abdominopelviennes l'endométriase pariétale est la plus fréquente. Son incidence après césarienne est de 0.1 à 0.4% et de 1 à 2 % après hystérectomie [7-9]. On parle d'endométriase pariétale lorsque la localisation ectopique est superficielle au péritoine [9,10]. Dans ce cas l'endométriase pariétale peut être

superficielle (tissus sous cutané), intermédiaire (fixée à l'aponévrose) ou profonde (dans le muscle pariétal). Plusieurs théories ont été émises pour expliquer cette implantation ectopique dont la migration par reflux via les trompes, la théorie de migration lymphovasculaire et la métaplasie cellulaire [4,6,10]. Nos patientes ont bénéficié d'un diagnostic relativement précoce dès la première consultation chez nous. La taille du nodule était relativement petite. Un nodule chez une femme opérée du pelvis associé à une douleur cyclique est très évocateur [11-13] avec une excellente valeur prédictive [14].

Les douleurs cataméniales sont très évocatrices même en dehors de toute lésion palpable [9]. L'échographie comme décrite [15] a mis en évidence dans les deux cas une image hypoéchogène plutôt hétérogène en rapport avec les hémorragies mais globalement circonscrite proche de l'extrémité de la cicatrice de Pfannenstiel. Il faut garder à l'esprit que le nodule peut être situé plus haut par rapport à la cicatrice car celle-ci peut être décalée par rapport à celle du plan profond. L'échographie des tissus mous est l'examen de première intention [6,15] qui confirme la présence de la masse, précise ses rapports avec le plan profond, sa taille, sa nature solide, le nombre de lésions sans montrer des signes spécifiques de l'endométriase pariétale [15]. Les formations liquidiennes sont donc écartées [1,4]. Le Doppler couleur montre une masse vascularisée. Il aurait été avantageux de combiner le doppler couleur au Doppler pulsion pour écarter une lésion maligne avec une grande fiabilité [16] mais cette technique n'existe pas dans notre centre. Un changement de la vascularisation par rapport au cycle menstruel est hautement évocateur d'endométriase pariétale [16]. La masse est douloureuse lorsqu'une pression est exercée par la sonde. Devant cette symptomatologie évocatrice une IRM a été demandée qui a pratiquement confirmé le diagnostic. Seule la tumeur desmoïde a été discutée par notre radiologue. Nous soulignons l'excellente valeur prédictive positive de la triade : antécédents de chirurgie pelvienne y compris laparoscopique [15].

Notons que l'endométriome pariétale a été décrite en dehors de toute intervention chirurgicale [1], masse douloureuse cyclique. Mais il faut penser aussi à ce diagnostic en cas de douleur non cyclique; les données de l'imagerie notamment de l'IRM [15].

L'IRM permet une meilleure définition de la taille de la masse, de ses rapports avec les structures avoisinantes notamment le plan profond [14,15,17-19]. Il faut se méfier des localisations multiples et de la transformation maligne d'un nodule d'endométriome [20-22] notamment chez une femme ménopausée avec un nodule de grande taille [6,23]. Ces deux éventualités rendent selon nous l'IRM indispensable lorsque ce diagnostic est évoqué. L'IRM peut évoquer le diagnostic avec une grande fiabilité en montrant l'hémorosidine dans la masse [7]. La ponction à l'aiguille fine, qui est souvent non concluante du fait de l'insuffisance de matériel [24,25], ainsi que la micro biopsie écho guidée sont évitées vu le risque de greffe sur le trajet de ponction [11]. Si elles sont effectuées du fait d'un doute diagnostique leurs trajets seront inclus dans la pièce d'exérèse [15]. Les patientes ont été opérées sans grand dommage pour la paroi bien que les marges de sécurité étaient larges. La prévention de la récurrence de l'endométriome pariétale passe par une excision large [26]. Sa prévention initiale lors des interventions pelviennes par une protection de la paroi avec lavage abondant pour éviter une greffe cellulaire [6,9] et une luxation de l'utérus en dehors du pelvis avant son incision [10] en cas de laparotomie. Dans tous les cas il faut être vigilant chez les femmes obèses, dans le cas d'une césarienne avant le déclenchement du travail et procéder à une suture correcte de l'utérus en deux plans sans omettre le péritoine viscéral et pariétal. Il faut utiliser des points séparés et ne pas utiliser l'aiguille de suture de l'utérus pour réparer la paroi.

## Conclusion

L'endométriome pariétale doit être évoquée devant l'apparition d'une masse adjacente à une cicatrice

chirurgicale en général pour césarienne ou chirurgie gynécologique. Le caractère douloureux et cyclique n'est pas constant mais doit attirer l'attention même plusieurs années après la chirurgie initiale. La chirurgie coelioscopique n'exclut pas la greffe sur trajet de trocart. Un diagnostic précoce permet une chirurgie sûre et non mutilante. L'IRM est un examen essentiel qui doit renforcer le diagnostic et permettre un bilan lésionnel précis en vue d'une chirurgie radicale avec marges suffisantes. La valeur prédictive positive de la triade, antécédents de chirurgie pelvienne, nodule avec douleurs cycliques et les données de l'IRM est excellente. Dans ce cas il nous semble qu'on puisse surseoir à la biopsie pour éviter tout risque de greffe sur le trajet.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## Contributions des auteurs

Les auteurs ont contribué à ce travail, ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Remerciements

Nous remercions particulièrement le Dr Ait Hami médecin radiologue à la clinique Rebib à Oran (Algérie) pour sa disponibilité, son écoute et son savoir. Nous le remercions ainsi que les collègues de cette clinique.

## Références

1. Al Shakarchi J, Bohra A. Endometrioma in a virgin abdomen masquerading as an intramuscular lipoma. *J Surg Case Rep.* 2015 Mar 18;2015(3): rjv023. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg.* 2003;185(6): 596-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

3. Solak A, Genc B, Yalaz S, Sahin N, Sezer TO, Solak I. Abdominal wall endometrioma: ultrasonographic features and correlation with clinical findings. *Balkan Med J.* 2013;30(2): 155-60. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;186(3): 616-20. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Carneiro C, Hurtubis C, Singh M, Robinson W. Desmoid tumors of the right rectus abdominus muscle in postpartum women. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279(6): 869-73. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Grigore M, Socolov D, Pavaleanu I, Scripcariu I, Grigore AM, Micu R. Abdominal wall endometriosis: an update in clinical, imagistic features, and management options. *Med Ultrason.* 2017;19(4): 430-437. **PubMed** | **Google Scholar**
7. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55(4): 220-4. **PubMed** | **Google Scholar**
8. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM *et al.* Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg.* 1995;82(10): 1349-51. **PubMed** | **Google Scholar**
9. Cojocari N, Ciutacu L, Lupescu I, Herlea V, Vasilescu ME, Sirbu MP. Parietal Endometriosis: a Challenge for the General Surgeon. *Chirurgia (Bucur).* 2018;113(5): 695-703. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg.* 2008;196(2): 207-12. **PubMed** | **Google Scholar**
11. Esquivel-Estrada V, Briones-Garduno JC, Mondragon-Ballesteros R. Endometriosis implant in cesarean section surgical scar. *Cir Cir.* 2004;72(2): 113-5. **PubMed** | **Google Scholar**
12. Francica, G. Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarean section scar. *World J Radiol.* 2012; 4(4): 135-40. **PubMed** | **Google Scholar**
13. Sumathy S, Mangalakanthi J, Purushothaman K, Sharma D, Remadevi C, Sreedhar S. Symptomatology and Surgical Perspective of Scar Endometriosis: A Case Series of 16 Women. *J Obstet Gynaecol India.* 2017;67(3): 218-223. **PubMed** | **Google Scholar**
14. Leite GK, Carvalho LF, Korkes H, Guazzelli TF, Kenj G, Viana Ade T. Scar endometrioma following obstetric surgical incisions: retrospective study on 33 cases and review of the literature. *Sao Paulo Med J.* 2009;127(5): 270-7. **PubMed** | **Google Scholar**
15. Gidwaney R, Badler RL, Yam BL, Hines JJ, Alexeeva V, Donovan V *et al.* Endometriosis of abdominal and pelvic wall scars: multimodality imaging findings, pathologic correlation, and radiologic mimics. *Radiographics.* 2012;32(7): 2031-43. **PubMed** | **Google Scholar**
16. Bodner G, Schocke MF, Rachbauer F, Seppi K, Peer S, Fierlinger A *et al.* Differentiation of malignant and benign musculoskeletal tumors: combined color and power Doppler US and spectral wave analysis. *Radiology.* 2002;223(2): 410-6. **PubMed** | **Google Scholar**
17. Busard MP, Mijatovic V, van Kuijk C, Hompes PG, van Waesberghe JH. Appearance of abdominal wall endometriosis on MR imaging. *Eur Radiol.* 2010;20(5): 1267-76. **PubMed** | **Google Scholar**
18. Moulder JK, Hobbs KA, Stavas J, Siedhoff MT. Computed tomography-guided preoperative localization of abdominal wall endometrioma. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(2): 248 e1-2. **PubMed** | **Google Scholar**
19. Bourgioti C, Preza O, Panourgias E, Chatoupis K, Antoniou A, Nikolaidou ME *et al.* MR imaging of endometriosis: Spectrum of disease. *Diagn Interv Imaging.* 2017;98(11): 751-767. **PubMed** | **Google Scholar**

20. Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16(1): 432-5. **PubMed** | **Google Scholar**
21. Mert I, Semaan A, Kim S, Ali-Fehmi R, Morris RT. Clear cell carcinoma arising in the abdominal wall: two case reports and literature review. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207(2): e7-9. **PubMed** | **Google Scholar**
22. Bats AS, Zafrani Y, Pautier P, Duvillard P, Morice P. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis to clear cell carcinoma: case report and review of the literature. *Fertil Steril*. 2008;90(4): 1197 e13-6. **PubMed** | **Google Scholar**
23. Madsen H, Hansen P, Andersen OP. Endometrioid carcinoma in an operation scar. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1980;59(5): 475-6. **PubMed** | **Google Scholar**
24. Singh M, Sivanesan, K., Ghani, R., Granger, K. Cesarean scar endometriosis, *Arch Gynecol Obstet*. 2009;279(2): 217-9. **PubMed** | **Google Scholar**
25. Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005;90(3): 218-22. **PubMed** | **Google Scholar**
26. Douglas C Rotimi O. Extragenital endometriosis- a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24(7): 804-8. **PubMed** | **Google Scholar**