



Endométriose de la paroi abdominale : série de 7 cas et revue de la littérature.

Abdominal wall endometriosis: series of 7 cases and literature review.

Abani Bako AB^{1,2*}, Salifou Boureima H¹, Efared B^{2,3}, Halidou Koura H¹, Nouhou H².

Mots-clés

Endométriose,
paroi abdominale,
ombilic, anatomie
pathologique

Résumé

Introduction : L'endométriose de la paroi abdominale est une forme d'endométriose extra-génitale. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques et anatomopathologiques de cette affection dans notre service.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une série de cas d'endométriose de la paroi abdominale diagnostiquée dans le Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital National de Niamey entre février 2020 et janvier 2022. Etaient inclus les comptes rendus anatomopathologiques avec une conclusion histologique d'endométriose pariétale. Les variables étaient épidémiologiques et anatomopathologiques.

Résultats : Au total 7 cas étaient colligés. La moyenne d'âge était de 33 ans (extrêmes : 26 ans et 43 ans). La localisation ombilicale a concerné 51,1% (n=4) des cas. L'antécédent d'une intervention chirurgicale a été retrouvé dans 51,1% (n=4) des cas. Sur le plan histologique les aspects étaient comparables ; il s'agissait d'une paroi abdominale bordée par un épithélium malpighien kératinisant reposant sur une membrane basale régulière dans tous les cas. Le derme et l'hypoderme montraient des glandes de type endométrial entourées par un chorion cytogène plus ou moins dense.

Conclusion : Affection des femmes jeunes, souvent aux antécédents de chirurgie, l'endométriose de la paroi abdominale est une affection rare et méconnue. La douleur abdominale est un mode de révélation classique et son diagnostic est confirmé par l'anatomie pathologique.

Keywords

endometriosis,
abdominal wall,
umbilicus,
pathology

Abstract

Introduction: Abdominal wall endometriosis is a form of extragenital endometriosis. The objective of this study was to describe the epidemiological and pathological features of endometriosis of the abdominal wall in our laboratory.

Patients and methods: This was a series of cases of abdominal wall endometriosis diagnosed in the Pathology Laboratory at the Niamey National Hospital between February 2020 and January 2022. Pathological reports with a histological conclusion of abdominal wall endometriosis were included. The variables were epidemiological and pathological.

Results: A total of 7 patients were collected. The average age was 33 years (extremes: 26 years and 43 years). The umbilical location involved 51.1% (n=4) of cases and the parietal location 48.8% (n=3). The history of surgery was found in 51.1% (n=4) of cases. Histologically the aspects were comparable; it consisted of an abdominal wall lined by a squamous epithelium resting on a regular basal membrane in all cases. The dermis and

hypodermis showed endometrial type glands surrounded by a more or less dense cytogenic chorion.

Conclusion: A condition affecting young women, often with a history of surgery, abdominal wall endometriosis is a rare and little-known condition. Abdominal pain is a classic symptom and its diagnosis is confirmed by pathology.

Introduction

La situation ectopique du tissu endométrial dans le myomètre a été documentée pour la première fois par Karl Von Rokitansky en 1860 sous le terme de « cystosarcome adénoïde de l'utérus ». Le terme « endométriose » a été introduit dans la terminologie médicale en 1927 par Sampson faisant ainsi la distinction formelle avec l'adénomyose [1]. L'endométriose est une affection caractérisée par la présence en situation ectopique, de structures endométriales présentant les caractères histologiques et biologiques de l'endomètre, mais qui en restent séparées anatomiquement [2]. C'est une affection courante, mais méconnue. Elle affecterait entre 5 à 10% des femmes en âge de procréer avec plus de 176 millions de femmes atteintes dans le monde [3]. Les fréquences varient selon le site de l'implant endométriosique. L'atteinte est généralement pelvienne ; les atteintes extra pelviennes sont principalement le tractus gastrointestinal, le tractus urinaire, l'appareil respiratoire, le cerveau ou la paroi abdominale. [4,5]. L'endométriose de la paroi abdominale se définit par la présence ectopique de tissu endométrial à l'extérieur du péritoine, intégré dans la couche adipeuse sous-cutanée et les muscles de la paroi abdominale, secondaire à une incision chirurgicale ou survenant spontanément [4,6]. Cette atteinte est rare, avec une incidence rapportée entre 0,03 à 3,5%. [5]. Les difficultés et les retards diagnostiques, souvent observés du fait de la diversité des symptômes et des présentations cliniques associée à une physiopathologie encore très discutée, sont préjudiciables au bien-être et à la qualité de vie du patient [3,5,7]. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques

épidémiologiques et anatomopathologiques de l'endométriose de la paroi abdominale diagnostiquée au Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital National de Niamey.

Matériels et méthode

Il s'est agi d'une collecte transversale d'une série de cas d'endométriose pariétale sur la période allant de février 2020 à Janvier 2022 (2ans). La collecte s'était basée sur les données recueillies dans les comptes rendus du laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital National de Niamey (HNN) Etaient inclus les comptes rendus avec un diagnostic histologique d'endométriose de la paroi abdominale. Les variables étaient épidémiologiques et anatomopathologiques.

Résultats

Au total 7 cas étaient colligés sur les deux années d'étude soit une fréquence moyenne de 3,5 cas par an. La moyenne d'âge était de 33 ans (extrêmes : 26 ans et 43 ans).

Affiliations :

1 : Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital de Référence de Niamey

2 : Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de la Faculté des Sciences de la Santé de Niamey

3 : Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital National de Niamey

*Auteur correspondant : Dr ABANI BAKO Aïchatou Balaraba ; mail : a_abani@yahoo.fr / Téléphone : 0022791289800 ou 0022796401515

L'antécédent d'une intervention chirurgicale a été précisé dans 57,1% (n=4), dont 50% des cas (n=2) étaient représentés par une intervention gynécologique et obstétricale (une césarienne et une myomectomie). Dans un (01) cas, il s'agissait d'une cure d'une hernie ombilicale. La gestité et la parité des patientes n'étaient pas mentionnées sur la demande d'examen anatomopathologique. La localisation ombilicale a concerné 51,1% (n=4) des cas. La suspicion clinique était mentionnée dans 57,1%

(n=4), il s'agissait d'une endométriose dans 50% des cas (n=02), une hernie dans 25% (n=1) et une tumeur de l'ouraque dans 25% des cas (n=1). L'aspect clinique de la lésion a été précisé dans 71,4% (n=5). Il s'agissait d'une masse dans 60% des cas et d'un nodule dans 40% des cas. Une récurrence de la lésion a été retrouvée dans 14,3% des cas (n=1). Le **tableau I** résume les caractéristiques cliniques des patientes.

Tableau I : Caractéristiques cliniques des patientes

Variables Patientes	Age (ans)	Antécédents de chirurgie	Suspicion clinique	Localisation	Récidive
Cas 1	43	Myomectomie	Endométriose ombilicale	Ombilicale	Non
Cas 2	26	Non	Endométriose	Pariétale	Non
Cas 3	29	Césarienne	Hernie	Pariétale (fosse iliaque droite)	Non
Cas 4	42	Non	Endométriose ombilicale	Ombilic	Non
Cas 5	26	Résection d'une masse pariétale sous-ombilicale	Tumeur de la paroi abdominale	Pariétale (sous ombilicale)	Oui
Cas 6	29	Non	Masse ombilicale	Ombilicale	Non
Cas 7	33	Cure hernie ombilicale	Tumeur de l'Ouraque	Ombilicale	Non

Une biopsie et/ou exérèse a été réalisée dans tous les cas et le prélèvement a été adressé au laboratoire pour prise en charge. Les prélèvements étaient fragmentés dans 42,9% (n=3). La taille moyenne des pièces était de 4,85 cm en moyenne (extrêmes 1 et 13 cm). Elles étaient recouvertes d'un lambeau cutané dans 85,7% (n=6).

A la coupe, l'aspect était fibreux dans 57,1% (n=4), fasciculé dans 28,6% (n=2), avec des remaniements brunâtres et hémorragiques dans 14,3% des cas (n=1).

Sur le plan histologique, le diagnostic d'endométriose pariétale a été posé dans tous les cas. Il était observé une paroi abdominale bordée par un épiderme régulier dans 85,7% (n=6). Le derme et l'hypoderme comportaient

des glandes de type endométrial sans atypies, entourées par un chorion cytogène plus ou moins dense dans tous les cas (**Figure 1**).

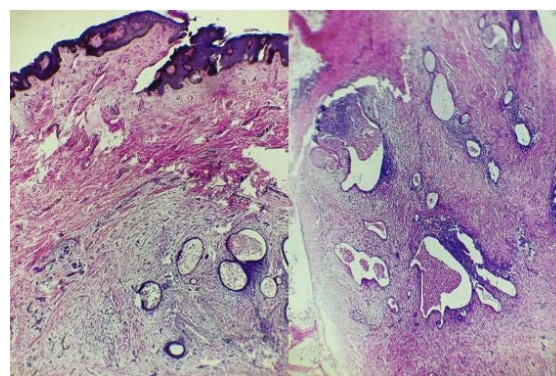


Figure 1 : HE. G40. Épithélium malpighien kératinisant reposant sur une basale régulière. Le derme et l'hypoderme montrent des glandes de type endométrial parfois kystiques contenant du sang.

Ces glandes étaient kystiques dans 42,9% (n=3) avec une lumière remplie de sang dans 28,6% des cas (n=2). Dans 42,9% (n=3), les glandes présentaient une structure ramifiée au sein d'un chorion cytogène cellulaire, congestif et hémorragique correspondant à la phase proliférative du cycle ovulatoire. Un infiltrat inflammatoire polymorphe non spécifique a été observé dans 28,6% des cas (n=2) (**Figure 2**).

Les aspects anatomopathologiques sont résumés dans le **tableau II**.

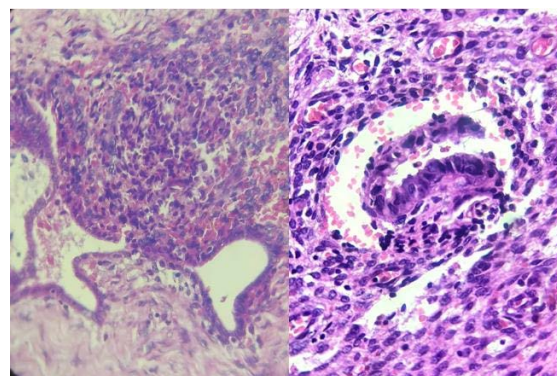


Figure 2 : HE. G100. Les glandes présentaient une structure ramifiée au sein d'un chorion cytogène cellulaire, congestif et hémorragique. Il s'y associe parfois un infiltrat inflammatoire polymorphe non spécifique.

Tableau II : caractéristiques anatomopathologiques des lésions

Variables Patientes	Type de prélèvement/ nombre	Taille du plus grand fragment	Aspect de la tranche de la lésion	Aspect histologique particulier des glandes	Aspect histologique particulier du chorion cytogène
Cas 1	Biopsie exérèse/ n=1	5 cm	Fibreux	Glandes kystiques contenant du sang	RAS
Cas 2	Biopsie exérèse/ n=1	10 cm	Fibreux mal limitée, fasciculé	RAS	Hyperplasie du tissu musculaire lisse environnant
Cas 3	Biopsie exérèse/ n=1	6 cm	Fibro-graisseux, fasciculé	Architecture ramifiée	Foyers de suffusions hémorragiques et de congestion vasculaire Inflammation
Cas 4	Biopsie/ n=1	1,3 cm	Fibreux	Glandes kystiques contenant du sang	RAS
Cas 5	Biopsie exérèse/ n=2	13 cm	Fibro-graisseux	RAS	Foyers de suffusions hémorragiques et de congestion vasculaire Inflammation
Cas 6	Biopsie exérèse/ n=2	1,2 cm	Fibreux	Architecture ramifiée	Foyers de suffusions hémorragiques et de congestion vasculaire
Cas 7	Biopsie exérèse/ n=5	10 cm	Fibro-graisseux, Hétérochrome Remaniements hémorragiques	Glandes kystiques contenant du sang	RAS

Discussion

L'endométriose est la situation ectopique d'un tissu endométrial fonctionnel [8]. C'est une affection avec une épidémiologie difficile à estimer, car son diagnostic est le plus souvent

fait chez des femmes symptomatiques. En général, les estimations de la prévalence de l'endométriose vont de 0,8 % à 11 % et l'incidence de 4,2 à 35 pour 10 000 femmes par an [9]. La fréquence moyenne dans notre étude

était de 3,5 cas par an. L'endométriose touche généralement les femmes en âge de procréer dans 5 à 10 %, avec un pic d'incidence entre 25 et 45 ans [1,3]. L'âge moyen au diagnostic dans notre série était de 33 ans (extrêmes : 26 ans et 43 ans), comparable à ce qui a été retrouvé dans la littérature (35 ans) [5]. L'endométriose a été retrouvée chez les femmes en pré ménarche ou en postménopause [9,10]. Le risque de développer une endométriose est plus faible chez les femmes de race noire et plus élevé chez les femmes asiatiques [3]. Les localisations de l'endométriose sont par ordre de fréquence : pelviennes (80 à 90%), digestives (5 à 15%) et l'appareil urinaire (2 à 4%) [2].

L'endométriose de la paroi abdominale est l'une des formes les plus rares de la maladie, avec une incidence rapportée de 0,03 à 3,5 % [11]. Elle peut survenir spontanément, mais généralement suit une variété de chirurgies notamment obstétricales et gynécologiques [5]. L'antécédent d'une intervention chirurgicale a été précisé dans notre série dans 57,1% des cas, dont une intervention gynéco-obstétricale dans 50% (une césarienne et une myomectomie). L'endométriose survenant sur une cicatrice de césarienne est une affection inhabituelle, avec une incidence rapportée de 0,03 à 0,45 % [6]. La césarienne reste l'intervention chirurgicale la plus courante liée au développement de l'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale dans environ 85 % selon certains auteurs [5,7]. En plus de la césarienne, la myomectomie, l'hystérectomie, l'hystérotomie, la ligature des trompes, l'épisiotomie, l'amniocentèse, l'appendicectomie, la laparoscopie étaient associées à une endométriose de la paroi abdominale [5-8]. Le délai entre la chirurgie et la reconnaissance de l'endométriose varie de 3 mois à 20 ans [5].

Le siège ombilical a concerné 51,1% des cas dans notre étude. L'endométriose ombilicale était la deuxième localisation de l'endométriose de la paroi abdominale après celle survenant sur une cicatrice de césarienne [11]. Sa

fréquence difficile à apprécier serait de l'ordre de 1% de l'ensemble des localisations de l'endométriose [2]. La forme primitive de l'endométriose ombilicale est la plus courante, représentant 69 % des endométrioses ombilicales. Elle a été décrite pour la première fois en 1886 par Villar [11]. Elle peut être secondaire à une chirurgie notamment laparoscopique dans 60% des cas [2]. Dans notre série, un antécédent chirurgical de myomectomie et d'une cure de hernie ombilicale a été retrouvé dans 50% des cas.

L'endométriose de la paroi abdominale est souvent diagnostiquée à tort comme une hernie, un hématome, un lipome ou négligée [11]. Dans notre série, la suspicion clinique était mentionnée dans 57,1% : il s'agissait d'une hernie et d'une tumeur de l'ouraque dans 25% des cas respectivement. La grande variabilité des symptômes et des présentations cliniques ainsi que les connaissances limitées sur la maladie peuvent entraîner des difficultés et des retards de diagnostic préjudiciables au bien-être et à la qualité de vie du patient [7,8]. Le délai de diagnostic varie de 4 à 11 ans et 65 % des femmes sont initialement mal diagnostiquées [3]. En conséquence, l'endométriose est une affection parfois très difficile à vivre au quotidien, généralement associée à des douleurs chroniques et à l'infertilité, représentant un fardeau socio-économique en termes d'augmentation des soins médicaux et de diminution de la productivité au travail [1,9].

La chirurgie est la référence en matière de diagnostic de l'endométriose avec une visualisation et une confirmation histologique des lésions suspectes biopsiées. Ceci a été réalisé dans tous les cas dans notre étude. Environ 67 % des lésions suspectées sont confirmées histologiquement, en fonction de leur apparence, de leur taille et du stade de la maladie, avec une variabilité selon les chirurgiens dans l'identification des types de lésions rares [9]. Dans notre série,

l'endométriose a été suspectée dans 28,6% des cas et confirmée dans tous les cas.

L'aspect macroscopique de l'endométriose varie en fonction de la durée de la maladie, de la profondeur de pénétration des lésions, de la localisation et du moment du cycle menstruel. Les implants endométriosiques vont des foyers ponctués et des petites plaques étoilées (généralement inférieures à 2 cm) aux masses kystiques, nodulaires ou polypoïdes [1]. L'aspect clinique dans notre série était une masse dans 60% des cas et d'un nodule dans 40% des cas.

L'histologie est l'élément central du diagnostic de l'endométriose qui est généralement assez simple et repose sur la présence de glandes de type endométrial, du stroma endométrial et/ou macrophages chargés d'hémosidérine [1,3]. Le diagnostic positif a été posé dans tous les cas dans notre série par la mise en évidence au niveau du derme et de l'hypoderme de glandes de type endométrial sans atypies, entourées par un chorion cytogène plus ou moins dense. Les glandes étaient kystiques dans 42,9% avec une lumière remplie de sang dans 28,6% des cas. Un infiltrat inflammatoire polymorphe non spécifique a été observé dans 28,6% des cas. Les glandes peuvent être tapissées d'épithélium de type Müllérien présentant un aspect inactif à prolifératif ou rarement sécrétoire. Il peut également présenter des atypies dégénératives ou même une métaplasie. Les glandes sont souvent infiltrées par des histiocytes pigmentés contenant de l'hémosidérine et de la lipofuscine à la suite d'une hémorragie au sein de ces foyers et d'une inflammation ultérieure [1,3].

Dans notre série, les glandes présentaient une structure ramifiée au sein d'un chorion cytogène cellulaire, congestif et hémorragique correspondant à la phase proliférative du cycle ovulatoire dans 42,9% des cas. Le chorion cytogène de l'endométriose ressemble au stroma endométrial eutopique et contient souvent un réseau de vaisseaux fins, qui peuvent être engorgés d'érythrocytes. Il peut

subir une métaplasie musculaire lisse, une fibrose, une décidualisation au cours de la grossesse ou un traitement progestatif et peut être myxoïde (en particulier pendant la grossesse). Les foyers endométriaux ectopiques peuvent répondre aux hormones circulantes et refléter les changements cycliques de l'endomètre eutopique, mais souvent à un degré limité. Dans de rares cas, on peut observer une absence de glandes dans le foyer endométriosique, le stroma étant le seul élément identifiable (endométriose stromale). [1,3].

Il a été notifié dans notre série un cas de récurrence de la lésion dans 14,3% des cas. La récurrence de l'endométriose après une intervention chirurgicale est variablement définie comme un retour de la douleur, des résultats d'imagerie de l'endométriose ou la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale [9]. La chirurgie reste un pilier du traitement actuel de l'endométriose, mais aussi pour prévenir les récurrences, ainsi que la transformation en tumeur maligne, ce qui, bien qu'assez rare, a été décrit dans quelques cas sporadiques [7,9]. Les taux de récurrence après chirurgie étaient de 21,5 % à 2 ans et de 40 à 50 % à 5 ans. Dans ces cas, une réintervention chirurgicale est fréquente, survenant chez plus de 50 % des patients et 27 % subissent trois interventions chirurgicales ou plus [9].

Conclusion

La localisation pariétale de l'endométriose est rare, encore plus particulièrement la localisation ombilicale. Devant une masse de la paroi abdominale ou ombilicale et/ou une symptomatologie cyclique notamment dans les suites proches ou lointaines d'une intervention gynécologique, le diagnostic d'endométriose doit être évoqué.

La chirurgie est la référence permettant une confirmation anatomopathologique pour une prise en charge optimale. Cette prise en charge devrait systématiquement conduire à une

exérèse large en raison du risque de récurrence et de cancérisation dont le pronostic est considéré comme sombre.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Camboni A, Marbaix E. Ectopic Endometrium: The Pathologist's Perspective. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021 Oct;22(20):10974. DOI: 10.3390/ijms222010974. PMID: 34681634; PMCID: PMC8540175.
2. Barekensabe E, Aboubecrine B, Jayi S, Fdili Alaoui Fz, Chaara H, Melhouf M A. Endométriose ombilicale: A propos d'un cas. *Int J Med Rev Case Rep*. 2020; 4(10): 109-110.
3. Signorile PG, Baldi A, Viceconte R, Ronchi A, Montella M. Pathogenesis of Endometriosis: Focus on Adenogenesis-related Factors. *In Vivo*. 2023 Sep-Oct;37(5):1922-1930. doi: 10.21873/invivo.13288. PMID: 37652504; PMCID: PMC10500515.
4. Marras S, Pluchino N, Petignat P, Wenger JM, Ris F, Buchs NC, Dubuisson J. Abdominal wall endometriosis: An 11-year retrospective observational cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2019; 16;4:100096. doi: 10.1016/j.eurox.2019.100096.
5. Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci*. 2020 Feb 10;17(4):536-542. doi: 10.7150/ijms.38679.
6. Zhang P, Sun Y, Zhang C, Yang Y, Zhang L, Wang N, Xu H. Cesarean scar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review. *BMC Womens Health*. 2019 Jan 18;19(1):14. doi: 10.1186/s12905-019-0711-8.
7. Khachani I, Filali Adib A, Bezaad R. Cesarean Scar Endometriosis: An Uncommon Surgical Complication on the Rise? Case Report and Literature Review. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2017;8062924. doi: 10.1155/2017/8062924. Epub 2017 Feb 23.
8. Paramythiotis D, Karlafti E, Tsomidis I, Iraklis G, Malliou P, Karakatsanis A, Antonios M. Abdominal wall endometriosis: a case report. *Pan Afr Med J*. 2022; 10;41:193. doi: 10.11604/pamj.2022.41.193.33536. PMID: 35685105; PMCID: PMC9146603.
9. Giudice LC, Oskotsky TT, Falako S, Opoku-Anane J, Sirota M. Endometriosis in the era of precision medicine and impact on sexual and reproductive health across the lifespan and in diverse populations. *FASEB J*. 2023;37(9): e23130. doi: 10.1096/fj.202300907.
10. Mohamed A, El Brahmi Y, El Mouhafid F, Elfahssi M, Yakka M, Elhjouji A et al. Endométriose de la paroi abdominale antérieure: à propos d'un cas et revue de la littérature. *PAMJ - Clinical Medicine*. 2020 ; 4 :65. doi: 10.11604/pamj-cm.2020.4.65.23614.
11. Piriye E, Namazov A, Mahalov I, Mamedova A, Gerner O, Schiermeier S, Römer T. Clinical and Surgical Characteristics of Abdominal Wall Endometriosis: A Multicenter Case Series of 80 Women. *In Vivo*. 2023 Mar-Apr;37(2):756-762. doi: 10.21873/invivo.13138.