

ENDOMETRIOME PERINEAL - A PROPOS D'UN CAS: CAUSE RARE D'ALGIES PELVIENNE CHRONIQUE

[ENDOMETRIOMA PERINEAL - ABOUT A CASE: RARE CAUSE OF CHRONIC PELVIC PAINS]

I. Lazrak, H. Derdabi, B. Laachiri, MA. Babahabib, J. Kouach, D. Moussaoui, and M. Dehayni

Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Militaire Med V de Rabat, Maroc

Copyright © 2014 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Endometriosis of a wall scar is a rare clinical entity, and in the perineum is exceptional occurring after gynaecological or obstetrical surgery. The origin remains vague. The clinical characteristic of these lesions implies an inconstant painful swelling during menstruation; however only the histological examination of the specimen will be able to confirm the diagnosis. The treatment is primarily surgical and relies on the complete surgical excision of the lesion.

KEYWORDS: endometriosis, perineum, diagnosis, treatment, prognosis.

RÉSUMÉ: L'endométriose cicatricielle est une entité clinique rare, et celle du périnée demeure exceptionnelle survenant après une intervention chirurgicale gynécologique au niveau du périnée ou obstétricale. L'étiopathogénie demeure imprécise. La caractéristique clinique de ces types de lésions implique de façon inconstante un gonflement douloureux pendant les règles ; cependant seul l'examen histologique de la pièce opératoire pourra confirmer le diagnostic. Le traitement est essentiellement chirurgical et repose sur l'exérèse complète de la lésion.

MOTS-CLEFS: endométriose, périnée, diagnostic, traitement, pronostic.

1 INTRODUCTION

L'endométriose périnéale correspond à la présence en situation ectopique de tissu possédant les mêmes caractéristiques morphologiques et fonctionnelles que l'endomètre au niveau du périnée superficiel. Des antécédents à type d'épisiotomie, de déchirure obstétricale ou d'intervention périnéale associée souvent à une manipulation endo-utérine sont fréquemment retrouvés. L'endométriose périnéale est l'objet d'une faible littérature regroupant quelques articles sporadiques souvent d'un seul cas clinique. La première observation d'endométriose périnéale a été rapportée en 1923 et celle d'endométriose du canal anal en 1968. Nous rapportons un nouveau cas d'endométriose localisée au dessus d'une cicatrice d'épisiotomie, à travers lequel et à la lumière d'une revue de la littérature nous insistons sur toutes les caractéristiques de cette entité notamment les moyens diagnostiques, la prise en charge thérapeutique et le pronostic de cette pathologie rare

2 OBSERVATION

Patiente âgée de 31 ans, sans antécédents pathologiques notables. Ménarche à l'âge de 13 ans aux cycles réguliers, c'une primigeste, primipare, enfant âgé de 1 an et 6 mois, c'était un accouchement par voie basse avec épisiotomie et ventouse d'extraction et une révision utérine vue que la délivrance n'était pas complète. La patiente était sous contraception orale.

Elle consulte pour un nodule périnéal qui a apparu 5 mois auparavant associé à des douleurs pelviennes cycliques et des dyspareunies. L'examen a trouvé un petit nodule à environ 1cm juste au dessus de la cicatrice d'épisiotomie, bleuâtre, ferme, et fixe au plan profond (figure 1), L'échographie périnéale a objectivé une image hypoéchogène hétérogène non vascularisée en regard de la cicatrice d'épisiotomie faisant 1,23/1cm La patiente a bénéficié d'une résection de la masse, réalisée sous anesthésie loco-régionale, nous avons réalisé une incision biconcave autour de la cicatrice d'épisiotomie avec un décollement sous cutané emportant le nodule endométriosique. L'examen anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic d'endométriose (Figure 2). Les suites postopératoires étaient simples avec une bonne évolution et un recul de 1 an sans récurrence du nodule ni de la douleur.



Figure 1 : Aspect bleuâtre du nodule endométriosique au-dessus de la cicatrice d'épisiotomie.

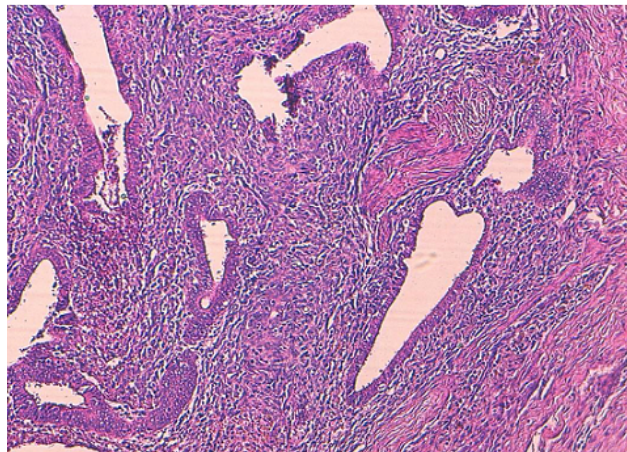


Figure 2 : Aspect histologique du nodule endométriosique au moyen grossissement, coloration standard HES

3 DISCUSSION

L'endométriose périnéale est une entité rare. Liang rapporte une série de 6 cas [1]; Robert Akbari rapporte deux cas [2]. Cette pathologie est l'apanage de la femme en période d'activité génitale, ses signes révélateurs sont variables.

L'étiopathogénie de cette localisation n'est pas claire, La plupart des auteurs sont pour l'hypothèse d'une implantation possible des cellules endométriales viables dans la plaie; qui peuvent se diviser, constituer des foyers d'endométriose et répondre aux stimulations hormonales cycliques [1].

Le diagnostic est à évoquer devant tout syndrome douloureux et/ou tumoral anopérinéal chez une femme en période d'activité génitale [3]. Les antécédents d'épisiotomies et les déchirures périnéales d'origine obstétricale sont souvent retrouvés. L'examen clinique trouve généralement une tuméfaction périnéale d'aspect bleuté, sensible, de volume variable selon le cycle menstruel. Son contenu d'aspect brun noirâtre est très évocateur [1], les douleurs anopérinéales sont souvent rythmées par les cycles génitaux [4]. Ainsi, l'examen périnéal doit être systématique chez toute femme présentant des

douleurs pelviennes chroniques d'autant plus qu'elle a eu une épisiotomie, cet examen montre généralement le nodule périnéal et doit rechercher systématiquement des localisations anorectales et de la cloison rectovaginale. Le diagnostic différentiel de l'endométriose périnéale se pose avec l'abcès anopérinéal, dans sa forme très localisée, fluctuante, récidivante. Le mélanome anal, très rare, de couleur souvent bleutée peut être également confuse avec un nodule endométriosique [3, 4].

L'imagerie de l'endométriose est basée essentiellement sur deux examens: l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). En échographie, Elle prend l'aspect non spécifique de nodules habituellement hypoéchogènes et hétérogènes (selon leur composante solide et/ou liquide), parfois hyperéchogènes (formes hémorragiques), à limites externes volontiers floues et irrégulières, ayant une forme et une taille variables (selon la quantité de sang et de fibrose, le moment du cycle et/ou le traitement médical en cours) [2]. Certains auteurs ont proposé l'échographie endo-anales ou l'écho endoscopie dans les localisations profondes [2]. Le scanner n'est généralement pas indiqué. L'IRM est actuellement la meilleure méthode d'imagerie pour évaluer une endométriose. Elle trouve ses indications aussi bien dans les localisations endopelviennes que dans les localisations extra-pelviennes [5] L'efficacité de cette technique a particulièrement été démontrée dans la détection des localisations profondes [7]. L'IRM présente en plus l'avantage de pouvoir localiser d'autres implants endométriosiques à distance. Les lésions d'endométriose sur cicatrice d'épisiotomie se caractérisent en IRM par un épaississement fibreux en hyposignal franc sur les séquences pondérées T2 L'aspect est plus évocateur lorsqu'il s'agit d'une infiltration de forme stellaire et rétractile [6].

L'abstention thérapeutique est de règle dans les formes asymptomatiques (30 % des endométrioses). Le traitement médical est soit prescrit seul : est efficace sur les douleurs et consiste en un arrêt des menstruations par des progestatifs (Danazol) ou analogues de la GnRH; soit en complément d'un traitement chirurgical limite ou incomplet par l'importance de la résection musculaire à effectuer. Le traitement de choix est la résection chirurgicale à adapter dans ses modalités selon l'âge des patientes [8]. Elle peut être réalisée sous anesthésie locale [9], locorégionale ou générale [8], selon la taille du nodule.

4 CONCLUSION

Par cette observation, on a voulu insister sur l'intérêt d'évoquer le diagnostic d'endométriose périnéale chaque fois qu'une patiente présente des douleurs cycliques dans les suites proches ou lointaines d'une épisiotomie. Et nous espérons avoir contribué à la remise à l'honneur de l'examen périnéal, éventuellement complété par l'échographie et mieux une IRM qui peut renforcer le diagnostic et ceci devrait systématiquement conduire à une exérèse large ce qui permet de garantir une évolution favorable dans la majorité des cas

RÉFÉRENCES

- [1] C-C Liang, C-C Tsai, T-C Chen, Y-K Song. Management of peritoneal endometriosis. *Int J of Gynecology and Obstetrics*. 1996; 53:261-265.
- [2] Robert Akbari, Deborah Evers, Daniel Gagne, Radford Sklow, Thomas Read and Philip Caushaj. Occult perineal endometriosis and the use of transanal ultrasound. *AJG*. 2002; (suppl 9):s151.
- [3] Gordon PH, Schottler JL, Balcos EG et al. Perianal endometrioma: report of five cases. *Dis Colon Rectum*. 1976; 19:260-5.
- [4] Cheng DL, Heller DS, Oh C. Endometriosis of the perineum: report of two new cases and a review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1991; 42(1):81-84.
- [5] Stratton P, Winkel C, Premkumar A. Diagnostic accuracy of laparoscopy, magnetic resonance imaging, and histopathologic examination for the detection of endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2003; 79(5):1078-1084.
- [6] Robert Y, Launay S, Mestdagh P. IRM en gynécologie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2002; 31(5):417-439.
- [7] Kinkel K, Chapron C, Balleyguier C, Fritel X, et al. Magnetic resonance imaging characteristics of deep endometriosis. *Human Reproduction*. 1999; 14(4):1080-1086.
- [8] Rakotomalala L, De Parades V, Bauer P, Hofmann-Guilaine C, Parisot C. Ano-perineal endometriosis with external sphincter involvement: a rare disorder. *Gastroenterol Clin Biol*. 1998; 22(4):476-7.
- [9] Watanabe M, Kaliyama G, Yamazaki K, Hiratsuka K, et al. Anal endosonography in the diagnosis and management of perianal endometriosis: report of a case. *Surg Today*. 2003; 33(8):630-2.