



Endométrioses extra-pelviennes : analyse d'une série de 30 cas à Abidjan, Côte-D'Ivoire.

Extra-pelvic endometriosis: analysis of a series of 30 cases in Abidjan, Côte-D'Ivoire

N'guessan E¹, Binan Y O², Gbeli F¹, Ouede R³, Bohoussou E¹, Guie P¹

1. Service Gynéco-Obstétrique –CHU de Treichville-Abidjan (Côte d'Ivoire)
2. Service de Médecine Interne – CHU de Treichville-Abidjan (Côte d'Ivoire)
3. service de Chirurgie Thoracique –Institut de Cardiologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

Auteur correspondant : N'guessan Edouard

Résumé

Introduction : L'endométriose est une maladie complexe dont les localisations habituelles sont pelviennes avec cependant de rares formes extra-pelviennes. L'objectif de cette étude était de documenter les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des endométrioses extra-pelviennes.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive multicentrique des endométrioses extra-pelviennes menée sur une période de 11 ans. Elle a été réalisée dans les Services de Gynécologie-Obstétrique des trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de la ville d'Abidjan. Nous avons recueilli pour chaque patiente les données épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Résultats : Nous avons colligé 30 cas d'endométriose extra-pelvienne. La prévalence de l'endométriose extra-pelvienne était de 1,4 pour 10000 consultations gynécologiques. L'âge moyen des patientes était de $33,4 \pm 6,4$ ans. Elles étaient nullipares dans 83,3% des cas. Les localisations thoraciques et ombilicales étaient les plus fréquentes. L'atteinte était multifocale chez une patiente sur 6. Le symptôme révélateur était cyclique cataménial dans 93,3% cas. La grande majorité des patientes (90%) présentaient une dysménorrhée associée. Le traitement avait associé un geste chirurgical et une hormonothérapie chez 60% des patientes. Avec un recul de deux ans, une récurrence était survenue chez 7 patientes (23,3%).

Conclusion : La symptomatologie cyclique cataméniale reste la principale caractéristique des endométrioses extra-pelviennes. Une formation des médecins généralistes et une prise en charge pluridisciplinaire pourrait favoriser le diagnostic précoce et améliorer les résultats thérapeutiques.

Mots clés : Endométriose extra-pelvienne, prise en charge, Abidjan.

Summary

Introduction: Endometriosis is a complex disease whose usual locations are pelvic with however rare extra-pelvic forms. The objective of this study was to document the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of extra-pelvic endometriosis.

Patients and methods: This is a descriptive multicenter retrospective study of extra-pelvic endometriosis conducted 11 years. It was performed in the Gynecology-Obstetrics departments of the three University Hospital Centers of the city of Abidjan. We collected epidemiological, diagnostic and therapeutic data for each patient.

Results: We collected 30 cases of extra-pelvic endometriosis. The prevalence of extra-pelvic endometriosis was 1.4 per 10 000 gynecological consultations. The mean age of the patients was 33.4 ± 6.4 years. They were nulliparous in 83.3% of the cases. The thoracic and umbilical locations were the most frequent. The disease was multifocal in one in six patients. The developing symptom was cyclic catamenial in 93.3%. The vast majority of patients (90%) had associated dysmenorrhea. The treatment involved surgical intervention and hormone therapy in 60% of the patients. After two years, recurrence occurred in 7 patients (23.3%).

Conclusion: Catamenial cyclical symptomatology remains the main characteristic of extra-pelvic endometriosis. Training of general practitioners and multidisciplinary care could promote early diagnosis and improve treatment outcomes.

Keywords: Extra-pelvic endometriosis, management, Abidjan.



Introduction

L'endométriose est définie par la présence de tissu endométrial (glande endométriale et stroma) en dehors de la cavité utérine. Il s'agit d'une pathologie bénigne relativement fréquente; touchant environ 8-10% des femmes en âge de procréer [1]. Ses localisations sont habituellement pelviennes avec cependant des formes extra-pelviennes dans 5% des cas [2].

Le mécanisme de survenue de ces localisations extra-pelviennes est complexe et fait appel à différentes théories physiopathologiques. Ces atteintes extra-pelviennes peuvent être uni ou multifocales et peuvent toucher presque tous les organes du corps chez la femme [3]. Leur diagnostic est souvent difficile compte tenu de l'aspect atypique et inhabituel des symptômes décrits par les patientes. Toutefois, le caractère cyclique cataménial des symptômes est un élément caractéristique et très évocateur quelle que soit la localisation [4]. Les localisations extra-pelviennes de l'endométriose peuvent aussi entraîner une altération importante de l'état de santé et de la qualité de vie des femmes [5]. Ces atteintes endométriosiques extra-pelviennes ont fait l'objet de nombreuses publications dans la littérature aussi bien occidentale qu'africaine. On retrouve dans les études occidentales à la fois des rapports de cas et des séries plus ou importantes [6, 7]. A l'inverse, la quasi-totalité des travaux retrouvés dans la littérature africaine se résument à des rapports de cas. L'objectif de ce travail était décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des endométrioses extra-pelviennes vus dans notre pratique.

Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive multicentrique réalisée dans les services de Gynécologie-Obstétrique des trois Centres Hospitaliers Universitaires de la ville d'Abidjan. Ces services étaient les seuls établissements publics de référence en matière d'offre de soins gynécologiques et obstétricaux durant la période de l'étude. La période d'inclusion était de 11 ans (Janvier 2006 - Décembre 2016).

L'étude a concerné les patientes qui avaient été suivies pour endométriose extra-pelvienne durant

la période d'inclusion. Toutes les femmes qui avaient présenté une endométriose extra-pelvienne confirmée histologiquement ont été incluses dans l'étude. Les cas de suspicion d'endométriose extra-pelvienne non documenté histologiquement avaient été exclus de l'étude. Les patientes avaient tous bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire par les spécialistes d'organe et par le gynécologue. La prise en charge gynécologique reposait sur une évaluation initiale et l'instauration d'un suivi semestriel au long court.

Les dossiers médicaux avaient servi de base de recueil des données. Un questionnaire standardisé a permis de recueillir les variables portant sur les données : épidémiologiques (âge, parité, indice de masse corporel, antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne, niveau socioéconomique), diagnostiques (localisation des lésions, symptômes révélateurs, symptômes pelviens associés, examens complémentaires réalisés) et thérapeutiques (modalités thérapeutiques) et évolutives (récidives). La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS.22. L'analyse effectuée était exclusivement descriptive.

Le protocole complet de l'étude a été approuvé par les directions médicales et scientifiques des hôpitaux et les chefs des services concernés par l'étude. En raison du caractère rétrospectif de l'étude, le consentement éclairé des patients n'a pas été nécessaire. Cependant, la confidentialité des patientes a été respectée, en n'incluant pas les noms dans l'étude et en procédant au recueil des données sur le lieu de rangement des dossiers aux archives.

Résultats

Nous avons colligé 30 cas d'endométriose extra-pelvienne en 11 ans sur un total de 213 654 consultations gynécologiques. La prévalence de l'endométriose extra-pelvienne était donc de 1.4 cas pour 10 000 consultations gynécologiques. On notait une nette prédominance des atteintes thoraciques (14 cas/30) et ombilicales (7 cas/30) (figures 1 et 2). L'atteinte endométriosique était multifocale chez une patiente sur six (figure 3).



Figure 1 : Nodule d'endométriose ombilicale (a), pièce d'exérèse (b), examen histologique de la pièce d'exérèse (c)

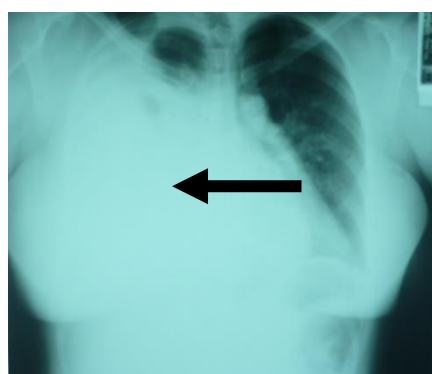


Figure 2 : Radiographie thoracique montrant un hémithorax cataménial massif

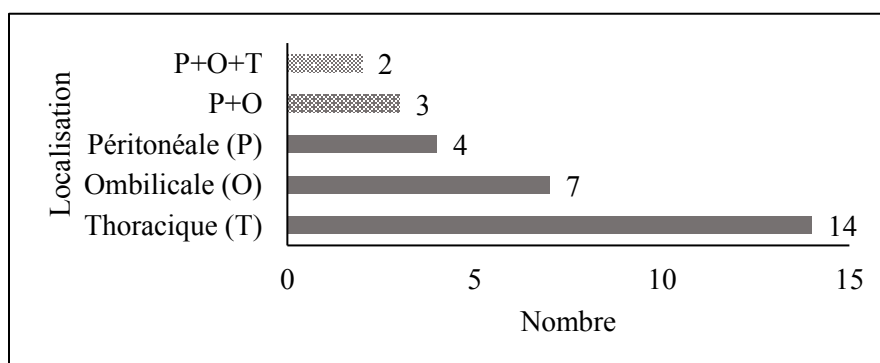


Figure 3 : Différentes localisations des foyers d'endométriose extra-pelvienne (n=30)

Les patientes avaient un âge moyen de $33,4 \pm 6,4$ ans et étaient dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans pour deux tiers (66,7%) d'entre-elles. Parmi elles, 83,3% était nullipare, 46,7% était en surpoids ou obèse et 43,3% avait un antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne. Elles étaient salariées dans 40% des cas et avaient un niveau universitaire dans 36,7% des cas (tableau I).

Les données diagnostiques et thérapeutiques des patientes sont présentées dans le tableau II.

Au plan diagnostique, la symptomatologie clinique était cyclique cataméniale dans la quasi-totalité des cas (93,3%). Le pneumothorax

cataménial a été le tableau clinique le plus fréquent (40%). La grande majorité des patientes (90%) avait une dysménorrhée associée. L'échographie abdominale était la principale exploration paraclinique réalisée (63,3%). Aucune des patientes n'avaient bénéficié d'une exploration coelioscopique.

Au plan thérapeutique, les sept patientes (23,3%) qui avaient une endométriose ombilicale isolée ont eu une omphalectomie. Une chirurgie thoracique complétée par une hormonothérapie au long court a été réalisée chez les seize patientes (53,3%) présentant une atteinte thoracique.

Tableau I : Caractéristiques des patientes (n=30)

Variables	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Age (ans)		
<20	1	3,3
20-29	5	16,7
30-39	20	66,7
≥40	4	13,3
Parité		
Nullipare (pas d'accouchement)	25	83,3
Primipare (1 accouchement)	2	6,7
Paucipare (2-3 accouchements)	3	10
Indice de masse corporelle (kg/m²)		
Maigreur (<18,5)	4	13,3
Poids normal (18,5-24,9)	12	40
Surpoids ou obèse (≥25)	14	46,7
Chirurgie abdomino-pelvienne antérieure		
Oui	13	43,3
Non	17	56,7
Profession		
Elève/Etudiante	4	13,3
Ménagère	6	20
Libérale	8	26,7
Salariée	12	40
Niveau d'éducation scolaire		
Non scolarisé	7	23,3
Primaire	8	26,7
Secondaire	4	13,3
Supérieur	11	36,7
Statut marital		
Femme seule	12	40
En couple	18	60

Le geste chirurgical avait associé une résection des lésions et une pleurodèse par abrasion (n=5) ou une plastie par patch avec talcage (n=11). L'hormonothérapie reposait sur la prescription en post-opératoire d'analogues de la GnRH sur six à neuf mois. Cinq patientes (16,5%) qui avaient une endométriose péritonéale avaient reçu une hormonothérapie par analogue de la GnRH comme seul traitement.

Les résultats thérapeutiques à deux ans montraient 7 cas de récurrences (23,3%). Ces récurrences étaient pleurales (n=3) ou péritonéales (n=4) et étaient toutes survenues chez des patientes ayant arrêté l'hormonothérapie pour des difficultés financières.

Tableau II : Données diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des patientes (n=30)

Variables	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Manifestation clinique révélatrice		
Pneumothorax droit cataménial	12	40
Nodule ou saignement ombilical cataménial	7	23,3
Ascite cataménial	5	16,7
Hémothorax droit cataménial	4	13,3
Symptômes non cycliques	2	6,7
Symptômes pelviens associés		
Dysménorrhées	27	90
Infertilité	20	70
Douleurs pelviennes chroniques	15	50
Dyspareunies	10	33,3
Métrorragies	3	10
Examens paracliniques réalisés		
Echographie abdominale	19	63,3
Radiographie standard du thorax	18	60
Scanner	17	56,7
Imagerie par Résonnance Magnétique	4	13,4
Traitement effectué		
Chirurgie thoracique + hormonothérapie	16	53,3
Omphalectomie seule	7	23,3
Hormonothérapie seule	5	16,7
Omphalectomie + hormonothérapie	2	6,7
Récidive après traitement		
Oui	7	23,3
Non	23	76,7

Discussion

Dans notre série qui était strictement hospitalière, la prévalence de l'endométriose extra-pelvienne de 1.4 cas pour 10 000 consultations gynécologiques. Cette fréquence est certainement sous-évaluée car elle ne prend pas en compte les patientes suivies dans des cliniques privées et celles qui échappent au diagnostic ou au circuit hospitalier du fait des difficultés financières liées à l'accès aux soins. Au vue de la littérature, la prévalence exacte des localisations extra-pelviennes de l'endométriose reste mal connue. Elle représenterait 5% des lésions endométriosiques. Toutefois, l'on admet que la prévalence est sous-estimée du fait des difficultés diagnostiques de cette entité nosologique [1,3]. Ces difficultés diagnostiques sont surtout liées à l'extrême variété des symptômes et leur grande variation interindividuelle [8, 9]. Dans notre contexte africain, ces difficultés diagnostiques sont exacerbées par la méconnaissance l'endométriose aussi bien par la population générale que par la plupart des médecins et l'insuffisance de plateau technique. A ces facteurs il faut ajouter la confusion fréquente des

manifestations cliniques des lésions endométriosiques avec celles de maladies plus fréquentes, notamment la tuberculose et les pathologies néoplasiques [10].

Dans la présente étude, les atteintes thoraciques (n= 14/30) et ombilicales (n=7/30) étaient les localisations les plus fréquentes de l'endométriose extra-pelvienne. Nos résultats sont en accord avec les données de la littérature. En effet, cette prédominance des localisations pleuropulmonaires et cutanées a été également rapportée par d'autres auteurs [2, 4, 6].

Il a été noté dans plusieurs études, la possibilité de localisations extra-pelviennes multiples chez la même patiente [11]. Nos résultats concordent avec ces observations en montrant que ces atteintes multifocales touchaient un sixième des patientes atteintes d'endométriose extra-pelvienne. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ces atteintes multifocales. Le mécanisme le plus plausible pourrait associer plusieurs théories notamment celle d'un envahissement par contiguïté des implants péritonéaux et celle d'une atteinte métastatique veineuse ou lymphatique [12].



Au plan épidémiologique, il s'agissait de femmes avec un âge moyen de 34 ans, issues d'un milieu socio-économique pour la plupart favorable et majoritairement nullipares. Les moyennes d'âge des patientes rapportées dans la littérature varient entre 32 et 35 ans [4, 13]. En outre, des études ont montré que l'endométriose était plus fréquente chez les femmes qui avaient un niveau socio-économique plus élevé [14]. Ce constat est l'illustration d'une meilleure accessibilité financière aux soins des femmes de conditions socio-économiques élevées. Toujours est-il que la prise en charge de cette affection est coûteuse. Dès lors, un niveau socio-économique favorable est un précieux atout pour optimiser sa prise en charge [14]. S'agissant de la parité, Gungor et al. en Turquie [7] et Ecker et al. [15] aux USA ont noté comme nous dans leurs séries des taux élevés de nullipares qui étaient respectivement de 82 et 87,3%. En règle générale, les études qui ont évalué la relation entre l'endométriose en général et l'infertilité ont rapporté une fréquence significativement plus élevée de l'infertilité chez les femmes atteintes d'endométriose comparées à la population féminine générale [16, 17]. La question de la fertilité doit donc être intégrée dans l'information pré-thérapeutique vu que la majorité des patientes dans notre série (60%) vivait en couple et surtout quand on connaît le poids des considérations socio-culturelles vis-à-vis de la maternité dans nos sociétés africaines [18].

Dans la présente étude, 43,3% des patientes avaient un antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne. Cette notion de chirurgie abdomino-pelvienne antérieure est surtout importante pour les localisations pariétales. En effet, la majorité de ces formes cutanées retrouvées dans la littérature ont été décrites chez des femmes ayant précédemment bénéficié d'une césarienne ou d'une chirurgie coelioscopique [19, 20].

Au plan symptomatique, le caractère cyclique cataménial des manifestations cliniques a été observé chez la quasi-totalité des patientes (93,3%) de la présente étude. Ces manifestations cliniques étaient dominées par le pneumothorax cataménial suivi par les symptômes ombilicaux cataméniaux (tuméfaction et/ou saignement). Dans l'étude de Ding [4], ces symptômes cycliques ont concerné 65,2% des patientes. L'endométriose selon sa localisation peut se révéler par des manifestations cliniques variées cependant, tout symptôme survenant de façon cyclique en période périmenstruelle doit faire

évoquer le diagnostic. L'existence de symptômes pelviens associés est évidemment un argument complémentaire important en faveur de l'endométriose [1]. Ces symptômes pelviens comme retrouvés dans notre série sont dominés par la dysménorrhée et l'infertilité.

Au plan thérapeutique, les recommandations récentes montrent un certain consensus sur le traitement des endométrioses extra-pelviennes. Ainsi, le traitement de référence de l'endométriose extra-pelvienne reste l'exérèse chirurgicale lorsque les lésions sont chirurgicalement accessibles [21]. Ainsi, en cas d'endométriose cutanée en général et ombilicale en particulier, le traitement peut se limiter en une exérèse large passant en zone saine [12]. Mais, dans les atteintes thoraciques, la chirurgie doit être impérativement complétée par une hormonothérapie au long cours pour prévenir les récurrences [15, 22]. Cette hormonothérapie utilise habituellement les analogues de la GnRH sur au moins 6 mois. L'utilisation de contraceptifs oraux (estroprogestatifs ou progestatifs) en continue en remplacement ou en relais aux analogues de la GnRH en continue est en cours d'évaluation [23]. Le traitement hormonal en première intention semble décevant sur la plupart des lésions endométriosiques extra-pelviennes en raison d'un taux élevé de récurrence [2, 4]. Toutefois, l'hormonothérapie constitue l'option thérapeutique privilégiée dans les formes péritonéales dont le traitement n'obéit actuellement à aucun protocole établi [23].

Limites de l'étude

Dans cette étude, il est possible que la prévalence réelle de l'endométriose extra-pelvienne soit sous-estimée. En effet, nous avons inclus dans notre étude que des patientes dont l'atteinte endométriosique est certaine, c'est-à-dire avec confirmation histologique. Cette exigence méthodologique rend le diagnostic trop sélectif. En outre, l'étude a été réalisée uniquement dans les CHU alors qu'il est possible que d'autres patientes atteintes de cette pathologie soient suivies dans d'autres hôpitaux surtout privés. Ces deux situations peuvent être des sources potentielles de biais de sélection.

De plus, le recueil rétrospectif des données peut engendrer des biais d'information liés surtout aux dossiers manquants ou incomplets.



Conclusion

Les endométrioses extra-pelviennes sont des formes rares mais souvent sévères de l'endométriose. Leur diagnostic est rendu difficile par l'aspect inhabituel des symptômes associé dans notre contexte africain à l'insuffisance de plateau technique et à la confusion fréquente avec des pathologies plus fréquentes notamment la tuberculose et le cancer. Toutefois, un interrogatoire attentionné permet habituellement de retrouver des arguments évocateurs d'endométriose.

Les stratégies visant à améliorer le diagnostic et les résultats thérapeutiques de ces pathologies doivent associer la formation continue des médecins généralistes et la création de centres de référence pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004; 364: 1789-99.
2. Nisolle M, Pasleau F, Foidart JM. L'endométriose extragénitale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007; 36: 173-8.
3. Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, Zarogoulidis P, Kouroutou P, Tsiamis N, et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol*. 2013; 8: 194.
4. Ding Y, Zhu J. A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai, China. *Intern Gynecol Obstet*. 2013; 121: 41-4.
5. Rush G, Misajon R. Examining subjective wellbeing and health-related quality of life in women with endometriosis. *Health Care Women Int* 2018; 39(3): 303-21.
6. Joseph J, San AS. Thoracic endometriosis, new observation from an analysis of 110 cases. *Am J Med*. 1996; 100 (2): 764-70.
7. Gungor T, Kanat-Pektas M, Ozat M, Zayifoglu KM. A systematic review : endometriosis presenting with ascites. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 283: 513-8.
8. Benedetti P, Monti M, Porpora M G, Yazdanian D, Ticino A, Resta S et al. Frequently misdiagnosed extrapelvic endometriosis lesions: Case reports and review of the literature. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*. 2014; 6: 67-78.
9. Gungor T, Kanat-Pektas M, Ozat M, Zayifoglu KM. A systematic review : endometriosis presenting with ascites. *Arch Gynecol Obstet* 2011 ; 283: 513-8.
10. N'Guessan E, Kouamé N, DiaJM, Gbeli F, GuieP, Anongba S. Endometriosis. Revealed by Recurrent Hemorrhagic Ascites. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017 ; 7 : 1160-5.
11. Flanagan KL et Barne NC. Pleural Fluid accumulation due to intraabdominal endometriosis. A case report and review of the literature. *Thorax*. 1996; 51: 1062-3.
12. Abramowicz S, Pura I, Vassilieff M, Auber M, Ness J, Denis MH et al. Umbilical endometriosis in women free of abdominal surgical antecedents. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2011; 40: 572-6.
13. Lee HJ, Park YM, Jee BJ, Kim YB, Suh CS. Various anatomic locations of surgically proven endometriosis. A single-center experience. *Obstet Gynecol Sci*. 2015; 58: 53-8.
14. Gao X, Outley J, Botteman M, Spalding J, Simon JA, Pashos CL. Economic burden of endometriosis. *Fertil Steril*. 2006; 86(6): 1561-72.
15. Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP. Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. *Am J Obstet gynecol*. 2014; 211: 363.e1-5.
16. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod*. 2005; 20(10): 2698-704.
17. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil Steril*. 2010; 93 (7) : a. 2424-8.
18. Matovu JK, Makumbi F, Wanyenze RK, Serwadda D. Determinants of fertility desire among married or cohabiting individuals in Rakai, Uganda: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2017; 14(1): 2.
19. Carriero C, Dellino M, Capursi T, Cormio G. Endometrioma of the abdominal wall after caesarean section. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017; 7: 907-14.
20. Cozzolino M, Magnolfi S, Corioni S, Moncini D, Mattei A. Abdominal Wall



- Endometriosis on the Right Port Site After Laparoscopy: Case Report and Literature Review. *Ochsner J.* 2015; 15: 251-5.
21. Merlot B, Ploteau S, Abergel A, Rubob C, Hocke C, Canis M, et al. Extragenital endometriosis: Parietal, thoracic, diaphragmatic and nervous lesions. CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018; 46(3): 319-25.
22. Nunes H, Bagan P, Kambouchner M, Martinod E. Endométriose thoracique. *Rev Mal Respir.* 2007; 24: 1329-40.
23. Ekoukou D, Guilherme R, Deslingneres S, Rotten D. Endometriose et ascite hémorragique massive récidivante. Cas clinique et revue de la littérature. *J Gynéco Obstet Biol reprod.* 2005; 34: 351-9.