

Endométriose colique : à propos de 2 cas

Colic endometriosis: report of 2 cases.

Wissem Merzouki¹, Saida Khouni¹, Ali Benazza², Omar Bafdel², Aissa Hadj Brahim³, Sihem Guerfi⁴, Hachani Khadraoui⁴

¹ Unité d'endoscopie digestive, CHU Batna, Algérie

² Service de Chirurgie Générale, CHU Batna, Algérie

³ Service de radiologie, EPH El Meniaa, Gharadaia, Algérie

⁴ Service d'anatomopathologie, CHU Batna, Algérie

Correspondance à :
Wissem MERZOUKI
wissemmerzouki@yahoo.fr

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMSc.2015.2120>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

L'endométriose est une affection gynécologique touchant 5 à 10 % des femmes en activité génitale. La localisation intestinale est la forme extra pelvienne la plus fréquente de l'endométriose ; son diagnostic reste difficile et peut même simuler, dans certains cas, un cancer du colon. Nous rapportons 2 observations cliniques d'endométriose colique, la première à localisation rare caeco-appendiculaire suspecte de malignité et la deuxième de siège rectal, chez 2 jeunes femmes mariées en pleine activité génitale dont une est nullipare. Dans les 2 cas, la découverte de la masse endométriotique a été radiologique (TDM abdomino-pelvienne, IRM pelvienne) réalisée à la suite de manifestations cliniques assez variables (douleurs pelviennes chroniques, dyschésie rectale). L'atteinte digestive est dans les 2 cas associée à une atteinte gynécologique ; la coloscopie a été normale chez la première patiente ; par contre elle a mis en évidence chez la deuxième patiente au 5^{ème} jour du cycle, une rectite congestive avec un aspect bombé correspondant à la compression de l'endométriose de la cloison recto-vaginale. Les 2 patientes ont reçu un traitement hormonal (contraceptif) pendant une durée de 3 à 6 mois avec un contrôle gynécologique ; par contre la patiente chez qui on a découvert une masse cœco-appendiculaire suspecte, a bénéficié d'un traitement chirurgical radical. L'évolution sous traitement a été favorable chez les 2 patientes.

Mots clés : Endométriose colique, rectite, traitement chirurgical

ABSTRACT

Endometriosis is a gynaecological condition affecting 5 to 10% of genitally active women. Intestinal involvement is the most frequent extra-pelvic form; its diagnosis remains difficult and can even simulate colic cancer. We report here 2 cases of colic endometriosis; the first is a rare location on the caecum and appendix, which was suspect for malignancy, and the second was located on the rectum, in two married women, one being nulliparous. In both cases, diagnosis of the mass was established based on imaging findings (abdominal and pelvic CT-scan, pelvic MRI), which were performed after variable symptoms (chronic pelvic pain, rectal dyschezia). In both cases, gynaecological manifestations were associated with digestive complaints. In patient 1, colonoscopy was normal, but in patient 2, rectoscopy performed at the 5th day of the menstrual cycle showed congestive proctitis with a bulged appearance, corresponding to the compression of endometriosis over the recto-vaginal bulkhead. Both patients received a hormonal treatment (contraceptive therapy) during a period of 3 to 6 months, with gynaecological follow-up; however, in the patient in whom a suspect caeco-appendicular lesion has been discovered, surgical removal was performed. Evolution was favourable under treatment in both patients.

Keywords: Colic endometriosis, proctitis, surgical treatment.

سرد حالتين للتهاب بطانة الرحم القولونية

ملخص

التهاب بطانة الرحم هو من الأمراض التي تصيب 5-10% من النساء في سن الإنجاب. التوطن في الأمعاء (القولون) هو النوع الأكثر شيوعاً من التهاب بطانة الرحم ; تشخيصه يبقى صعباً ويمكنه في بعض الحالات محاكاة سرطان القولون. نسرّد لكم حالتين سريريتين من التهاب بطانة الرحم القولونية، الأولى ذات توطّن غير مألوف ونادر على مستوى المعى الأعور والزائدة ذات اشتباه خبيث، أما الثانية على مستوى المستقيم، عند شابتين متزوجتين في قمة النشاط التناسلي منها واحدة عديمة الولادة. في كلتا الحالتين، تم اكتشاف كتلة الانتباز البطني الرحمي بواسطة الفحص الإشعاعي تم تنفيذه بعد المظاهر السريرية المتغيرة جداً (الأم الحوض المزمنة، وعسر التغوط المستقيم). مشاركة الجهاز الهضمي في 2 الحالات المصاحبة صلت أمراض النساء؛ فحص القولون بالمنظار كان عادياً في الحالة الأولى بينما أوضح في الحالة الثانية في يومها الخامس من الدورة الشهرية، التهاب المستقيم الاحتقاني مع ظهور انتفاخ المقابلة لضغط من بطانة الرحم من الحاجز المستقيمي المهبطي. تلقت كلتا الحالتين العلاج الهرموني (منع الحمل) لمدة 3-6 أشهر مع فحص سريري نسائي. أما فيما يخص الحالة التي اكتشف فيها الورم، تلقت جراحة جذرية. كان التطور إيجابياً تحت العلاج في كلتا الحالتين.

كلمات البحث: التهاب بطانة الرحم، التهاب المستقيم، العلاج الجراحي

Pour citer l'article :

Merzouki W, Khouni S, Benazza A, et al.
Endométriose colique : à propos de 2 cas. *Batna J Med Sci* 2015;2(1):85-88.
<https://doi.org/10.48087/BJMSc.2015.2120>

INTRODUCTION

L'endométriose est une affection gynécologique touchant 5 à 10% des femmes en activité génitale, 15% des femmes infertiles et 30% des femmes infertiles souffrant d'algies pelviennes chroniques [1]. Deux localisations peuvent se voir : pelvienne et extra pelvienne [1]. La localisation intestinale est la plus fréquente de l'endométriose extra pelvienne, elle prédomine au niveau du rectum et du sigmoïde dans 70-88% des cas, suivie de l'iléon, de l'appendice et du cœcum [2]. Son diagnostic reste difficile et peut même simuler, dans certains cas, un cancer du colon. Nous rapportons 2 observations cliniques d'endométriose cœco-appendiculaire et rectale.

OBSERVATION 1

Une femme âgée de 40 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, mariée depuis 7 ans, nullipare, chez qui on a découvert, à la TDM abdomino-pelvienne, réalisée à la suite d'une exploration plus approfondie d'une douleur pelvienne chronique, une masse caeco-appendiculaire de 30 mm de diamètre associée à des adénopathies profondes mésentériques (figure1). La coloscopie a été réalisée suite aux données scannographiques, et elle est revenue normale. L'exploration peropératoire a mis en évidence une masse cœco-appendiculaire suspecte de malignité (figure2) ; la patiente a bénéficié d'une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de l'endométriose sans signes de malignité (figure3).



Figure 1 : TDM abdomino- pelvienne :masse caeco-appendiculaire + ADP profondes mésentériques.



Figure 2 : Laparotomie exploratrice. Masse caeco-appendiculaire.

La patiente a été confiée à une gynécologue pour une recherche de localisation pelvienne de l'endométriose ; une échographie endovaginale a été réalisée objectivant de multiples foyers endométriotiques. La patiente est nullipare, elle présente un long passé de douleurs pelviennes chroniques et de dyspareunies profondes. Elle a été mise sous traitement hormonal pendant une durée de 6 mois. L'évolution a été marquée par la disparition totale des douleurs pelviennes juste après la chirurgie, et également la disparation des nodules endométriotiques vaginaux 6 mois après le traitement hormonal.

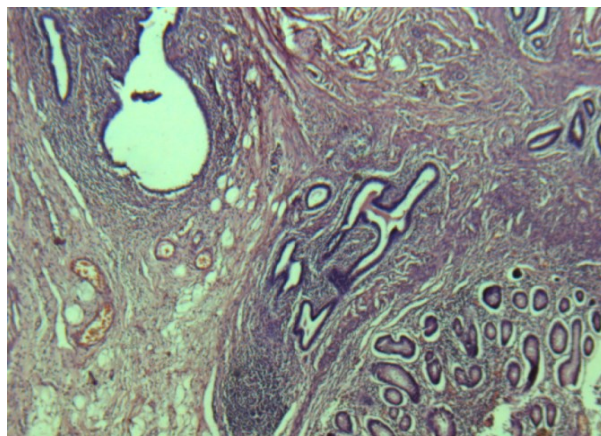


Figure 3 : Étude anatomopathologique de la pièce opératoire : Endométriose colique + absence de malignité.

OBSERVATION 2

Une femme âgée de 35 ans mariée et mère de 2 enfants, appendicectomisée à l'âge de 5 ans, s'est présentée pour une dyschésie ano-rectale associée à un syndrome rectal, de survenue de périodique au cours de chaque cycle menstruel depuis plus de 3 ans, exacerbée ses derniers mois de façon permanente, sans émission de sang ou de glaire par l'anus. Par ailleurs, elle ne présente pas de dysménorrhée, de dyspareunie ou de douleur abdominale. Une IRM pelvienne, recommandée par son gynécologue, a été réalisée ; elle met en évidence une adénomyose associée à une endométriose de la cloison recto vaginale antéro-latérale droite mesurant environ 35 mm de grand axe (figure 4).



Figure 4 : endométriose de la cloison recto vaginale antéro-latérale droite.

Au 5^{ème} jour du cycle menstruel, la patiente a bénéficié d'un dosage du marqueur tumoral CA-125 et d'une rectoscopie. Les résultats retrouvent un taux élevé de CA-125 à 55,69 UI/ml (VN < 35) et à la rectoscopie la muqueuse du bas rectum était siège d'une importante congestion avec un aspect bombé de la face antéro-latérale droite (figure 5). Des biopsies ont été réalisées. L'étude anatomopathologique de des biopsies avait mis en évidence une rectite érythémateuse avec une importante suffusion hémorragique inhabituelle (figure 6). La patiente a été mise sous contraception par voie orale pendant une durée de 3 mois. L'évolution a été marquée par la disparition de la dyschésie et du syndrome rectal au cours et après fin de traitement. L'échographie endovaginale de contrôle avait montré une régression importante de la masse endométriale. La chirurgie d'exérèse doit être discutée en réunion de concertation multidisciplinaire en fonction du désir de la grossesse.



Figure 5 : Rectoscopie (au cours du cycle menstruel) : muqueuse très congestive avec un aspect bombé de la face antéro-latérale droite du bas rectum.

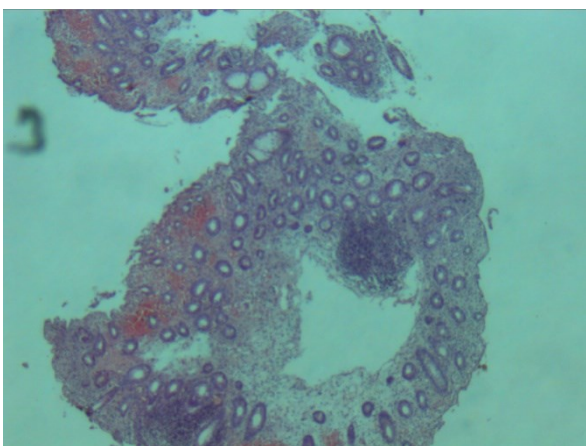


Figure 6 : Étude anatomopathologique de la biopsie rectale: rectite érythémateuse avec une importante suffusion hémorragique.

DISCUSSION

L'endométriose colique est une forme d'endométriose extra pelvienne profonde qui survient chez des femmes jeunes en activité génitale [1]. La forme caeco-appendiculaire est très rare par rapport à la forme recto sigmoïdienne [3]. Le mode de révélation est variable (symptomatique ou de découverte

fortuite), elle peut simuler parfois un cancer du colon [4], comme c'est le cas chez notre première patiente [5]. La forme pelvienne doit être recherchée systématiquement surtout si présence de la triade clinique : infertilité, douleurs pelviennes, dyspareunies.

L'élévation du taux de CA125 au cours de l'endométriose est corrélée à la sévérité de la maladie ; sa sensibilité et sa spécificité atteignent respectivement 50% et 90% pour l'atteinte endométriosique stade III-IV selon le score AFSR (*American Fertility Society Revised*) [6,7], qui correspond au stade de sévérité de l'endométriose pelvienne profonde (EPP) postérieure [8].

L'imagerie de l'endométriose est basée sur l'IRM pelvienne, l'écho endovaginale, écho endo rectale. Elle nécessite des opérateurs entraînés [9,10]. L'approche thérapeutique est multidisciplinaire, elle est recommandée dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse, il est de l'ordre hormonal ou chirurgical [11,12, 13].

CONCLUSION

L'endométriose est une maladie bénigne, chronique, fréquente, qui peut se manifester par des douleurs et/ou une infertilité. La localisation rectale et sigmoïdienne est la plus fréquente de l'endométriose colique contrairement à la localisation appendiculaire et caecale qui est plus rare. La prise en charge de l'endométriose colique est multidisciplinaire ; elle fait intervenir le gastroentérologue, le gynécologue et le chirurgien.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Palazzo L, Roseau G. Comment faire le diagnostic d'une endométriose rectosigmoïdienne ? *Post'U* (2013) 281-29.
2. Musanda M, Bounaas S. Endométriose : cause inhabituelle d'occlusion intestinale. *J Radiol* 2000 ; 81 : 538-541.
3. Dimoulios P, Ioannis E koutroubakis. A case of sigmoid endometriosis difficult to differentiate from colon cancer, *BMC Gastroenterology* 2003, 3:18.
4. Kondo W, Ribeiro R et al. Laparoscopic Treatment of Deep Infiltrating Endometriosis Affecting the Rectosigmoid Colon: Nodulectomy or Segmental Resection? *Gynecol Obstetric* 2013, S3 :001.
5. Prise en charge de l'endométriose. Recommandations pour la pratique clinique. Texte des recommandations. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2007 ; 36 : 186-190.
6. Katsikogiannis N, Tsaroucha AK. Case report Rectal endometriosis causing colonic obstruction and concurrent endometriosis of the appendix: *Journal of Medical Case Reports* 2011, 5:320.
7. Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, et al. The performance of CA125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1998;70 (6):1101-8.

8. Fritel X. Les formes anatomocliniques de l'endométriose. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2007;36:113-8.
9. Nezhat C, King LP. Robotic Assisted Laparoscopic Treatment of Bowel, Bladder and Ureter Endometriosis. *JSL*; 2011 Jul-Sep;15(3):387-92.
10. Revised American Fertility Society classification of endometriosis. *Fertil Steril* 1985;43:351- 2.
11. Senapati S, Barnhart K. Managing endometriosis-associated infertility. *Clin Obstet Gynecol*. 2011; 54: 720-726.
12. Lockyer C. Adenomyoma in the recto-uterine and recto-vaginal septa. *Proc Roy Soc Med* 1913;4:112 – 16.
13. Ferrero S, Camerini G. Bowel endometriosis: recent insights and unsolved. *World J Gastrointest Surg*. Mar 27, 2011; 3(3): 31–38.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com
ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

