



Fait clinique

Endométriose et ascite hémorragique massive récidivante

Cas clinique et revue de la littérature

D. Ekoukou*, R. Guilherme*, S. Desligneres**, D. Rotten*

* Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Delafontaine, 2, rue Pierre-Delafontaine, BP 279, 93205 Saint-Denis Cedex 1.

** Service d'Anatomo-Pathologie, Centre Hospitalier Delafontaine, 93200 Saint-Denis.

RÉSUMÉ

Les signes habituels de l'endométriose génitale sont la dysménorrhée secondaire, la dyspareunie profonde, les douleurs pelviennes chroniques et l'infertilité. Les formes extra-génitales entraînent des manifestations très évocatrices apparaissant en période menstruelle telles que les hémoptisies, les rectorragies ou l'hématurie.

La forme se manifestant par une ascite récidivante est exceptionnelle. Quarante et un cas ont été publiés de 1954 à nos jours. L'observation que nous rapportons ici concerne une femme noire de 28 ans, nullipare, ayant présenté à plusieurs reprises une ascite hémorragique abondante. Elle a subi, à chaque épisode de poussée ascitique, une coelioscopie évacuatrice. Les biopsies péritonéales ont permis d'établir le diagnostic et d'éliminer les autres causes d'ascite hémorragique (hypertension portale, carcinose péritonéale, cancer de l'ovaire, tuberculose péritonéale, malacoplakie, cirrrose). Une grossesse a été obtenue par fécondation *in vitro*, permettant la naissance à 36 semaines d'aménorrhée d'un enfant bien portant. Quatre mois après l'accouchement, on observait à nouveau une ascite, de moyenne abondance.

Cette forme d'endométriose se caractérise par l'importance de la fibrose, avec possibilité d'atteinte des organes extra-génitaux pelviens ou abdominaux. L'ascite serait la conséquence directe de l'inflammation péritonéale. Les cellules inflammatoires présentes au sein des foyers d'endométriose sécrèteraient des facteurs de croissance susceptibles d'entretenir la fibrose. Le caractère hémorragique de l'ascite serait en rapport avec une angiogenèse accrue.

Le traitement n'est pas codifié. L'hystérectomie avec annexectomie bilatérale est le seul traitement radical. Ses indications sont cependant exceptionnelles en raison du jeune âge des patientes. En cas de stérilité, on peut recommander de privilégier les analogues de la GnRH et de recourir au besoin à la fécondation *in vitro*. Un suivi au long cours est nécessaire en raison de la fréquence des récides.

Mots-clés : Endométriose • Ascite hémorragique • Infertilité.

SUMMARY: Endometriosis with massive hemorrhagic ascites: a case report and review of the literature.

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. It generally involves the peritoneum, ovaries and rectovaginal septum. Its characteristic symptoms include dysmenorrhea, pelvic pain, deep dyspareunia and infertility. It may also involve the gastrointestinal tract, urinary tract or extra abdominal sites, giving rise to a wide variety of clinical symptoms such as bloody stools, renal haemorrhage, hemoptysis and pleural effusion during menstruation. Recurrent hemorrhagic ascites secondary to endometriosis is an unusual occurrence, 41 cases have been reported since 1954. Here we report an additional case, in order to draw attention to this condition.

A 28 years-old black nulligravida woman was seen for the first time in april 2000 with a chief complaint of infertility. Her past medical history was unremarkable. She had regular menses but associated with severe dysmenorrhea. She also recalled abdominal and pelvic pain for several years. She underwent an ovulation induction with gonadotrophin, which resulted in a progressive increase of pelvic pain. A first laparoscopy was performed, revealing voluminous ascites (10 l). Two years later the ascites recurred spontaneously. Ultrasound examination revealed suspect "para uterine masses". A second exploratory laparoscopy showed a voluminous bloody ascites (7l), and extensive adhesions. On histologic examination all specimens (peritoneal biopsies) were compatible with endometriosis and ruled out malignancy. Treatment with Gn RH analog was performed and full remission was obtained after 6 months.

One year later the ascites recurred again spontaneously, leading to a third laparoscopy in an other medical institution. Histologic examination showed endometrial stromal tissue and fibrous proliferation.

Later she became pregnant after in vitro fertilization. In the first trimester of pregnancy, the pelvic ultrasound showed only a small effusion in the pouch of Douglas. Still, the ascites did not progress during pregnancy. The patient was hospitalized from 27 to 33 weeks of gestational age for threatened labor, but she finally had a normal vaginal delivery at 36 weeks of gestational age. Four months later, she had no complaint, but the pelvic ultrasound showed the recurrence of the ascites. She will have a drainage. The future treatment will consists of GnRH analog for about six months, which will be relayed by a long term progestative therapy.

A diagnosis of endometriosis should always be considered in middle-age women who presents with bloody ascites. Long follow-up is advisable for patients who undergo conservative treatment because of the high risk of recurrence.

Key words: *Endometriosis • Bloody ascites • Infertility.*

L'endométriose peut se révéler par des manifestations cliniques extrêmement variées. Elle peut être découverte au cours d'un bilan étiologique de stérilité. Chez les femmes souffrant de stérilité, son incidence est d'environ 30 à 40 % [1-4]. Certaines manifestations cliniques sont très évocatrices : dysménorrhée secondaire, dyspareunie profonde, douleurs pelviennes chroniques, hémoptisie cyclique (cataméniale). D'autres, telles que la défécation douloureuse, la dysurie, les épisodes occlusifs le sont moins, notamment en l'absence d'exacerbation péri menstruelle. L'association à une ascite, dans le cadre d'un syndrome de Meigs a été décrite [5]. L'ascite hémorragique récidivante semble, en revanche, exceptionnelle.

Nous rapportons ici un cas d'ascite hémorragique, caractérisé par l'abondance et le caractère récidivant de l'épanchement. Les caractéristiques sémiologiques, anatomiques et évolutives relevées dans cette observation sont confrontées aux données de la littérature.

OBSERVATION

Madame T, patiente noire africaine âgée de 28 ans, vivant en France depuis trois ans, nous avait été adressée pour prise en charge d'une stérilité primaire.

Elle avait consulté dix-huit mois auparavant dans un premier centre pour le même motif. Elle avait en outre des douleurs pelviennes chroniques associées à une dysménorrhée ancienne. L'examen clinique fait à cette époque avait été qualifié de « normal ». Une stimulation ovarienne par gonadotrophines recombinantes avait été entreprise. À la suite de ce traitement les douleurs pelviennes s'étaient accentuées, s'accompagnant alors d'une augmentation du périmètre abdominal en rapport avec l'apparition d'une ascite. Le dosage de l'estradiolémie et l'échographie pelvienne avaient permis d'éliminer l'hypothèse d'une hyperstimulation ovarienne. La ponction évacuatrice avait ramené un liquide hémorragique riche en macrophages microvacuolisés, avec de rares polynucléaires éosinophiles et lymphocytes, sans cellule atypique. Sa culture sur différents milieux (aérobie, anaérobie, Lowenstein) n'avait pas montré de développement microbien.

La patiente avait un bon état général. Aucune affection digestive, rénale, cardiaque ou pulmonaire ne fut identifiée.

La coelioscopie avait confirmé la présence d'une ascite hémorragique abondante (10 litres). L'utérus était légèrement augmenté de volume, les trompes œdémateuses et les ovaires partiellement recouverts par d'épaisses adhérences, sans kyste individualisable. Le foie et la vésicule biliaire

étaient normaux. Le péritoine était d'aspect inflammatoire. Après aspiration de l'ascite, plusieurs biopsies avaient été réalisées (péritoine, adhérences, ovaires). Leur analyse histologique avait montré « des lésions non spécifiques ». Il s'agissait d'un processus inflammatoire chronique xantho-granulomateux, constitué par des nappes d'histiocytes fusiformes ou polygonaux renfermant dans leur cytoplasme un pigment ocre abondant correspondant à des lipofuscines (PAS positif, Fontana positif), ainsi que quelques sidérophages, des granulomes macrophagiques giganto-cellulaires et des cristaux cholestéroliques. La séreuse péritonéale était tapissée en surface par un mésothélium régulier reposant sur un tissu sous-mésothélial œdémateux et congestif parsemé de rares nodules lymphoïdes sans processus tumoral. Ces éléments ne permirent pas d'orienter vers une pathologie tropicale connue. Plusieurs hypothèses furent évoquées : une tuberculose péritonéale (écartée devant l'absence de BAAR), une malacoplakie (écartée devant la négativité du von kossa), une endométriose péritonéale. Cette dernière hypothèse fut finalement retenue par défaut.

Près de deux ans plus tard survint une nouvelle poussée ascitique, avec, à l'échographie pelvienne, un aspect de « masses latéro-utérines mal définies ». La coelioscopie effectuée dans notre service confirma l'abondance de l'ascite (sept litres) et son caractère hémorragique. La séreuse utérine était hyperhémie et saignait facilement en nappe. Les ovaires étaient augmentés de volume, mais sans kyste individualisable. Les trompes étaient œdématisées et tortueuses. Le péritoine pariétal était très vascularisé et parsemé de tâches brunâtres ou blanchâtres évocatrices d'endométriose. De nombreuses adhérences postérieures barraient partiellement le cul-de-sac de Douglas. L'épreuve de perméabilité tubaire au bleu de méthylène montra un passage bilatéral, précoce et massif.

L'analyse histologique des biopsies péritonéales montra, en particulier autour de l'utérus, des ligaments ronds, des fossettes ovariennes et du cul-de-sac de Douglas, d'importants remaniements inflammatoires, riches en lymphocytes et macrophages, avec une « réaction à corps étrangers » autour de cristaux d'acides gras. Il y avait des lambeaux d'endomètre avec des glandes à bordure cubo-cylindrique et un chorion cytogène contenant des macrophages chargés d'hemosidérine, arguments en faveur d'une endométriose péritonéale (fig. 1). L'analyse cytologique du liquide d'ascite ne montra pas de cellule atypique. Les recherches bactériennes et parasitologiques furent négatives. Au total, le diagnostic retenu fut celui d'endométriose péritonéale associée à une ascite hémorragique de grande abondance. Un traitement par analogue de la GnRH fut effectué pendant 6 mois, permettant la disparition des douleurs pelviennes. La patiente fut ensuite perdue de vue.

Un an plus tard une troisième coelioscopie fut effectuée dans un autre établissement à l'occasion d'une nouvelle récurrence de l'ascite. Les biopsies péritonéales avaient, là aussi, montré des granulomes inflammatoires non spécifiques, formés d'histiocytes et de cellules géantes autour de cristaux

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9240174>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9240174>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)