



Cas Clinique

Endométriose Cutanée Atypique : À Propos d'un Cas à l'Hôpital de District de Boulmiougou

Atypical cutaneous endometriosis : a case report from Boulmiougou District Hospital

S Zéba/Lompo¹, Nomtondo Amina Ouédraogo^{2,3}, Korsaga/Somé Nina^{1,3}

1) Service de Dermatologie de l'hôpital de District de Boulmiougou.

Ouagadougou/Burkina Faso

2) Service de Dermatologie-Vénérologie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou /Burkina Faso

3) Unité de Formation et de Recherche en sciences de la santé, Université Joseph Ki-Zerbo Ouagadougou/Burkina Faso

Auteur correspondant: Séraphine Zéba/Lompo, Email:

seraphinelompo@yahoo.fr

Tél. 0022670331219/0022654871333 disposition orale.

Mots clés : Endométriose cutanée, siège atypique, dos de la main

Key words : Cutaneous endometriosis, atypical site, back of the hand

ABSTRACT

L'endométriose est une localisation ectopique du tissu endométrial au niveau de la peau. Fréquemment observée chez les femmes en âge de procréer, la localisation cutanée est très rare et correspondrait à moins de 5,5% des cas d'endométriose. Dans le présent article, nous décrivons notre expérience d'un cas d'endométriose cutanée très atypique cause d'une errance. Les arguments de diagnostic définitif ont été déterminés après exérèse totale de la lésion et étude histopathologique. Dans notre observation, le différentiel avec la leishmaniose cutanée s'est posé avec acuité vu le contexte épidémiologique de cette maladie parasitaire.

RÉSUMÉ

Endometriosis is the ectopic location of the endometrial tissue. Although endometriosis is common in women of childbearing age, skin implantation is rare and often overlooked, and corresponding to less than 5.5% of cases of endometriosis. In this paper, we describe our experience with a case of atypical cutaneous endometriosis causing diagnostic wandering. The definitive diagnostic arguments were determined after total excision of the lesion and histopathological study. The differential with cutaneous leishmaniasis was of particular interest given the epidemiological context of this parasitic disease.

INTRODUCTION

L'endométriose correspond à la présence de tissu endométrial comportant à la fois des glandes et du chorion cytogène en dehors de la cavité utérine [1]. On la trouve chez environ 8 à 15% des femmes fertiles avec 9 à 12 % de localisation extra-pelvienne. L'endométriose cutanée représente moins de 5,5 % de tous les cas [2] et se présente généralement après chirurgie de l'abdomen, mais elle peut survenir spontanément [3]. Le diagnostic clinique peut être difficile en raison de sa rareté et de son aspect incohérent. Même pour des praticiens avisés, la précision du diagnostic préopératoire est de l'ordre de 25 % [4].

Méconnue du grand public, l'endométriose est une maladie chronique fréquente qui affecte environ 10 % des femmes [5]. Le diagnostic est généralement évoqué longtemps après l'apparition des premiers symptômes, ce qui en fait l'une des pathologies courantes présentant le plus grand retard diagnostique [6,7]. Ce retard aggrave la maladie et ses conséquences car poussant les patientes à certaines pratiques dangereuses.

Nous rapportons un cas d'endométriose cutanée très atypique cause d'une errance dont le diagnostic définitif a

été déterminé après exérèse totale de la lésion et étude histopathologique.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'une jeune femme de 37 ans, secrétaire de direction, résident dans la capitale Burkinabé, adressée par son médecin généraliste pour une lésion ulcéreuse en dôme peu symptomatique du dos de la main gauche difficile à cicatrifier. Selon l'histoire de la maladie, il s'agissait d'une lésion papulo nodulaire hyperpigmenté peu douloureuse du dos de la main gauche survenue il y a 6 mois après un séjour en campagne (figure 1). La patiente pensait avoir été piquée par un insecte non identifié. La lésion initiale était une papule hyper pigmentée de la taille d'une olive, avant de subir plusieurs manipulations des semaines précédants la consultation médicale. La patiente aurait procédé à des scarifications suivies de l'application de produits divers de la pharmacopée traditionnelle (pâte à base d'ail écrasée, de potasse, de vinaigre blanc...). Ces manœuvres ont provoquées une infiltration des tissus sous cutanés, une augmentation progressive de la taille de la lésion et l'installation d'une ulcération bourgeonnante et crouteuse au niveau du dos de la main gauche (figure 2a et b). Le retard à la cicatrization a été le principal moteur de la consultation en dermatologie.

L'interrogatoire a révélé une mère de trois enfants, sans antécédents d'autres lésions cutanées ni d'antécédents médicaux (HTA, Diabète, UGD, Drépanocytose) et gynéco obstétricaux pertinents (saignement importants, dysménorrhée). Elle n'avait pas subi de laparoscopie antérieure, et ne présentait pas de symptômes généraux. Les habitudes cosmétologiques étaient dominées par l'usage de produits dépigmentants divers dont la majorité contenait de l'hydroquinone (White express, Skin light, Clarissime...).

Reçue au huitième mois de sa maladie, la patiente en bon état général présentait une ulcération unique, légèrement ovalaire, bien circonscrite avec une bordure surelevée. La peau périlésionnelle affichait une coloration foncée. Le fond de la lésion était bourgeonnant, nécrotique et sanguinolent avec des plages de fibrine. Peu douloureuse à la palpation, la lésion était ferme, infiltrée, légèrement adhérente au plan profond tout en reposant sur une base indurée. D'environ 5 centimètre de diamètre, elle siégeait sur la moitié interne du dos de la main gauche (figure 3 a et b).

L'examen des autres appareils était sans anomalies perceptibles. La lésion saignait plus que d'ordinaire en période menstruelle et changeait d'aspect pour devenir plus bourgeonnante (figure 4), donnant l'impression d'une évolution stationnaire malgré les soins locaux. Devant cette lésion et selon l'histoire de la maladie, les différentielles incluaient une leishmaniose cutanée, un granulome, une cicatrice chéloïde ulcérée, une cicatrisation anormale ou une tumeur maligne de la peau. Un examen du suc dermique réalisé n'a pas révélé la présence de formes amastigotes de leishmanies. Une échographie de la partie concernée avait notifié la présence d'un kyste. Un traitement par antimoniate de méglumine en infiltrations intra-lésionnelles à raison de 2 ml de solution injectée dans la lésion et renouvelée 4 fois, à intervalles de 2 jours n'a apporté aucune modification de la lésion au bout de 4 séances. C'est la chirurgie exérèse de toute la lésion avec analyse histologique qui a mis en évidence de nombreuses cavités bordées par un épithélium stratifié à cellules à sécrétion apoclines avec un cytogène tatoué de pigment hémossidérinique et absence de lésions atypiques. Ces données nous ont permis de poser le diagnostic d'une endométriose du dos de la main gauche. Les suites opératoires sont restées normales jusqu'à la cicatrisation totale et six mois après la chirurgie, la patiente ne rapporte aucun symptôme de récurrence.

DISCUSSION

Pathologie rare, l'endométriose cutanée se définit comme l'implantation ectopique du tissu endométrial en dehors de la cavité utérine. Souvent méconnue, même pour des praticiens avisés, la précision du diagnostic préopératoire est de l'ordre de 25 % [4]. Après une errance, le diagnostic chez notre patiente a été histologique.

Souvent observée après une chirurgie de l'abdomen ou du bassin, l'endométriose peut rarement apparaître spontanément dans la zone ombilicale [3]. Chez notre patiente, la localisation sur le dos de la main s'est avérée atypique et imprévisible compte tenu des sièges fréquents en zones pelviennes et périombilicales. Des

théories sur la pathogénèse ont été évoquées, notamment la métaplasie, la métastase veineuse/lymphatique, et l'implantation iatrogène de tissu endométrial dans la peau. Après une intervention chirurgicale, la transplantation mécanique au niveau du site d'incision est la cause la plus probable d'endométriose cutanée [2].

Notre patiente n'ayant pas d'ATCD chirurgicaux, la théorie de la métastase veineuse lymphatique semble mieux corroborer la localisation au dos de la main. Cette théorie, suggérée par Sampson [8] en 1927, se base sur les propriétés de dissémination vasculaire hématologique et lymphatique des cellules malignes pour expliquer certaines localisations rares de lésions d'endométriose (membres, extrémité céphalique, poumons, ganglions, vertèbres, ...).

La lésion initiale de notre patiente était un nodule hyperpigmenté (figure 1) peu douloureux qui au stade d'ulcérations saignait plus lors des menstrues.

La présentation typique est celle d'un nodule sur ou sous une cicatrice antérieure et s'accompagnant de douleurs, ou de gonflement coïncidant avec les menstruations. La couleur de la lésion peut varier en fonction de la profondeur et l'importance de l'hémorragie qui y est associée [3].

La grande variation de l'apparence et de la présentation de l'endométriose cutanée reflète la liste des diagnostics différentiels pour lesquels ces lésions sont confondues (leishmaniose cutanée, granulome, lipome, kyste dermoïde, cicatrice chéloïde ou hypertrophique ...) [9, 10]. Dans notre observation, le diagnostic de leishmaniose cutanée a été fortement discuté du fait de certains arguments épidémiologiques (zone endémique) et cliniques (siège en zone découverte, bourrelet périphérique très apparent...).

En effet, au cours de la leishmaniose cutanée, après une incubation variant entre 1 et 4 mois, les lésions siègent le plus souvent sur les parties exposées à la piqûre des phlébotomes. Elles débutent par une petite papule inflammatoire ou vésiculaire qui augmente régulièrement de taille. À la phase d'état, la lésion leishmanienne est bien circonscrite. Elle mesure entre un demi et une dizaine de centimètres de diamètre et a une forme arrondie ou ovale, régulière. Elle est indolore. Cette description lésionnelle coïncide cliniquement avec notre cas.

La lésion de type ulcéré est le plus fréquemment rencontrée, quelle que soit l'espèce du parasite en cause. L'ulcération centrale, à fond irrégulier, est bordée par un bourrelet périphérique, inflammatoire, rouge, hyperpigmenté sur peau noire. L'ulcération est recouverte d'une croûte plus ou moins épaisse, typiquement comme dans notre observation.

La lésion de leishmaniose cutanée évolue de façon torpide durant plusieurs mois, même constat dans notre observation. Une surinfection bactérienne secondaire est possible, qui rend le diagnostic parasitologique aléatoire, expliquant probablement la recherche négative de leishmanies chez notre patiente.

Le diagnostic de l'endométriose cutanée est confirmé histologiquement par la présence de glandes endométriales et de stroma dans les masses moyennes à profondes, ainsi que d'éventuels dépôts d'hémossidérine

[3]. Ce sont là les éléments histologiques rapportés dans notre observation.

Le traitement définitif de l'endométriose cutanée est chirurgical avec une excision locale large comme pour notre patiente. La récurrence est très rare et n'a été documentée que dans quelques cas [11]. Six mois après l'opération, il n'y a aucun signe de reprise de la lésion chez notre patiente.

CONCLUSION

La forme extra-pelvienne de l'endométriose est difficile à diagnostiquer. La localisation sur les membres est extrêmement rare mais possible. Elle peut être cause d'une errance au diagnostic et retarder la prise en charge adéquate.

Conflits d'intérêts

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. Sampson JA. Endometrial carcinoma of the ovary, arising in endometrial tissue in that organ. *Arch Surg* 1927 ; 10 : 1-72
2. Fernández Vozmediano JM, Armario Hita JC, Cuevas Santos J. Cutaneous endometriosis. *Int J Dermatol* 2010 Dec;49(12): 1410e2.
3. Kyamidis K, Lora V, Kanitakis J. Spontaneous cutaneous umbilical endometriosis: report of a new case with immunohistochemical study and literature review. *Dermatol Online J* 2011 Jul 15;17(7):5.
4. Fernández-Acenero MJ, Córdoba S. Cutaneous endometriosis: review of 15 cases diagnosed at a single institution. *Arch Gynecol Obstet* 2011 May;283(5):1041e4.
5. Xin Gao, Jackie Outley, Marc Botteman, James Spalding, James A. Simon, Chris L. Pashos. Economic burden of endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2006 déc;86(6):1561-72.
6. 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 mai 1;93(7):2424-8.
7. Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. *Br J Gen Pract.* 2007 juin;57(539):470-6.
8. Sampson JA. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. *Am J Pathol.* 1927 Mar;3(2):93-110.43.
9. Alexiadis G, Lambropoulou M, Deftereos S, et al. Abdominal wall endometriosis: ultrasound research: a diagnostic problem. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001;28(2):121e2.
10. Yu CY, Perez-Reyes M, Brown JJ, et al. MR appearance of umbilical endometriosis. *J Comput Assist Tomogr* 1994 Mar;18(2):269e71.
11. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999 Jan;65(1):36e9.



Figure 1 : Lésion nodulaire hyperpigmentée au début



Figure 2a

Lésion modifiée après application de divers mixtures(ail, potasse...)



Figure 2b



Figure 3a



Figure 3b

Présentation lors de la première consultation dermatologique



Figure 4. Après traitement par antimoine de mégumine