

Publication

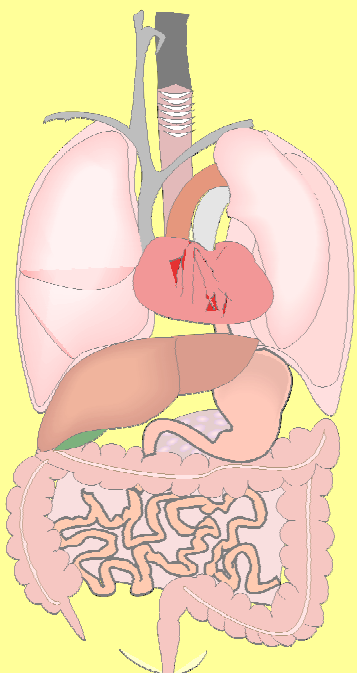
Titre : ENDOMETRIOSE SIGMOÏDIENNE SIMULANT UNE
TUMEUR COLIQUE EN OCCLUSION : A PROPOS D'UN CAS.

Auteurs : Y IMOROU SOUAÏBOU , DG GBESSI , F SEIDOU , I LAWANI ,
FHR GANGNON , P SODONOUGBO , P ASSOUTO , M-T AKPO-AKELE ,
FM DOSSOU , DK MEHINTO , J-L OLORY-TOGBE



Journal

Africain de
Chirurgie Digestive



J AFR CHIR DIGEST ; VOL 19(2)
2^{ème} Semestre 2019
ISSN: 2415 - 2307



Journal

Africain de
Chirurgie Digestive

COMITÉ DE RÉDACTION

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Alexandre N'GUESSAN

RÉDACTEUR EN CHEF

TEKOU Hubert

RÉDACTEURS ADJOINTS

DOSSEH Ekoué David

MEHINTO Delphin

SECRÉTAIRE

SAMBIANI Damigou Mawuli

COMITE DE LECTURE

ANOMA da SILVA S. (Abidjan), AYITE A.E. (Lomé), DOSSEH E.D. (Lomé),
MEHINTO D. (Cotonou), OLORY-TOGBE JL. (Cotonou), DIENG M. (sénégal),
KA O. (sénégal), FALL B. (Dakar), JAMES K. (Lomé),
KANGA M. (Abidjan), PADONOU N. (Cotonou), TEKOU H.A. (Lomé)
TOURE C.T. (Dakar), DIOP PS. (Sénégal)

REVUE SEMESTRIELLE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
SEMESTRIAL DIGESTIVE SURGICAL JOURNAL

SOMMAIRE

Articles originaux

RESULTATS FONCTIONNELS DE LA CHIRURGIE DU CANCER DU RECTUM A L'INSTITUT JOLIOT CURIE DE DAKAR. A PROPOS DE 50 CAS. <i>S KA et coll.</i>	2743
ABDOMENS AIGUS NON TRAUMATIQUES DE L'ADULTE : APPORT DE L'IMAGERIE MEDICALE. <i>H DEME et coll.</i>	2747
LES PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN AVEC LÉSION VISCÉRALE : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ÉTIOLOGIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIFS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE ET DIGESTIVE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUÉDRAOGO AU BURKINA FASO. <i>E OUANGRE et coll.</i>	2755
ETIOLOGIES DES PÉRITONITES AIGUËS GÉNÉRALISÉES: ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 133 CAS AU SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE HOGGY. <i>I KA et coll.</i>	2760
LES TUMEURS MALIGNES DE LA TÊTE DU PANCREAS : MODALITÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE COTONOU. <i>R AGAITO ADAGBA et coll.</i>	2765
LES PERFORATIONS POST TRAUMATIQUES DES VISCÈRES CREUX À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE NATIONALE DE N'DJAMÉNA (TCHAD). <i>O CHOUA et coll.</i>	2769
OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUËS DU GRÊLE PAR BRIDES ET/OU ADHÉRENCES (OIABA) : ASPECTS ÉTIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES À L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR. <i>EGPADIEME et coll.</i>	2775
PROFIL ACTUEL DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE EN CHIRURGIE ABDOMINALE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURÔ SANOU DE BOBO-DIOULASSO. <i>C ZARE et coll.</i>	2781
URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES ET GROSSESSE AU CHU BOCAR SIDY SALL (BSS) de KATI (MALI). <i>A DIARRA et coll.</i>	2786
L'APPENDICITE AIGUE ET SES COMPLICATIONS DANS UN PAYS À RESSOURCES LIMITÉES: ÉTUDE D'UNE SÉRIE DE 254 PATIENTS À L'HÔPITAL NATIONAL DE ZINDER, NIGER. <i>I AMADOU MAGAGI et coll.</i>	2792
ANASTOMOSES DIGESTIVES : INDICATIONS ET MORBI-MORTALITÉ. <i>M COULIBALY et coll.</i>	2797
PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES URGENCES DIGESTIVES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURÔ SANOU. <i>C ZARE et coll.</i>	2801
PRISE EN CHARGE DES HERNIES INGUINALES DANS UN SERVICE D'UROLOGIE D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : À PROPOS DE 205 CAS. <i>B SINE et coll.</i>	2805
HERNIES DE LA PAROI ABDOMINALE : ASPECTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES À L'HÔPITAL SAINT JEAN DE DIEU D'AFAGNAN – TOGO. <i>B KOUTORA et coll.</i>	2809
PRISE EN CHARGE DES ABCÈS HÉPATIQUES DANS LES 2 CHU DE LA VILLE DE LOMÉ. <i>F ALASSANI et coll.</i>	2814
TRAITEMENT DES PLAIES PÉNÉTRANTES COLIQUES AU CHU HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE NATIONALE DE N'DJAMÉNA, TCHAD. <i>O CHOUA et coll.</i>	2820
PRISE EN CHARGE DES STENOSES PYLORO-DUODENALES D'ORIGINE ULCEREUSE. <i>Y IMOROU SOUAIËBOU et coll.</i>	2826
CŒLIOCHIRURGIE ET CONVERSION EN LAPAROTOMIE CHIRURGIE «A» DU CHU DU POINT G (MALI). <i>S KEITA et coll.</i>	2831
COMPLICATIONS DES STOMIES DIGESTIVES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE II DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MOHAMMEDV DE RABAT A PROPOS DE 39 CAS. <i>S GRATTOLOU et coll.</i>	2836

INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ISO) EN CHIRURGIE ABDOMINALE: ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES, BACTÉRIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES. <i>M SECK et coll.</i>	2841
LA SIMULATION COMME OUTIL PÉDAGOGIQUE DANS L'APPRENTISSAGE DE L'EXAMEN PROCTOLOGIQUE DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE. <i>I KA et coll.</i>	2847
APPENDICITES EN MILIEU RURAL AU TOGO. <i>K A S A K I Y E et coll.</i>	2852
CANCER DE L'ŒSOPHAGE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE AU CHU GABRIEL TOURÉ. <i>M K O N A T E et coll.</i>	2858

Faits cliniques

TUMEURS STROMALES GASTRO-INTESTINALES (GIST) GASTRIQUE : À PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE. <i>D M S A M B I A N I et coll.</i>	2864
OCCLUSION INTESTINALE AIGUE DU GRELE PAR DIVERTICULE DE MECKEL : A PROPOS D'UN CAS. <i>M W I N D S O U R I et coll.</i>	2869
PERFORATION DIGESTIVE INHABITUELLE PAR MULTIPLES CORPS ÉTRANGERS MÉTALLIQUES : A PROPOS DE 2 CAS. <i>I K A et coll.</i>	2874
LÉIOMYOME DE L'INTESTIN GRÊLE RÉVÉLÉ PAR UNE PÉRITONITE : À PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE. <i>B K O U T O R A et coll.</i>	2879
PRISE EN CHARGE D'UN CAS DE PANCRÉAS ECTOPIQUE (PE) A LOCALISATION SPLENIQUE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE « A » DU CHU DU POINT G. <i>S K O U M A R E et coll.</i>	2883
CHOLECYSTITIS XANTHOGRANULOMATEUSE : CONSTATATION PEROPÉRATOIRE ET ÉVOLUTION POSTOPÉRATOIRE À PROPOS D'UN CAS. <i>O O N G O Ï B A et coll.</i>	2887
BOUDIN D'INVAGINATION INTESTINALE AIGUE PROLABE PAR L'ANUS, MIMANT UN PROLAPSUS RECTAL CHEZ L'ENFANT : A PROPOS D'UN CAS. <i>E U E M G O U D J O et coll.</i>	2891
ASPECTS DIAGNOSTIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DU FAUX-KYSTE DU PANCRÉAS : A PROPOS DE 6 CAS. <i>F K D I A L L O O W O N O et coll.</i>	2895
ENDOMETRIOSE SIGMOÏDIENNE SIMULANT UNE TUMEUR COLIQUE EN OCCLUSION : A PROPOS D'UN CAS. <i>Y I M O R O U S O U A Ï B O U et coll.</i>	2900
DIAGNOSTIC SCANOGRAPHIQUE D'ABCES DU FOIE SUR SITUS INVERSUS : A PROPOS D'UN CAS. <i>H D E M E et coll.</i>	2905

TABLE OF CONTENTS

Original articles

FUNCTIONAL OUTCOME AFTER RECTAL CANCER SURGERY AT THE JOLIOT CURIE INSTITUTE IN DAKAR. ABOUT 50 CASES. <i>S KA and al.</i>	2743
NON-TRAUMATIC ACUTE ABDOMINAL PAINS: CONTRIBUTION OF MEDICAL IMAGING. <i>H DEME and al.</i>	2747
PENETRATING WOUNDS OF THE ABDOMEN WITH VISCERAL LESION: EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, ETIOLOGICAL, THERAPEUTIC AND EVOLUTIONARY ASPECTS IN THE DEPARTMENT OF GENERAL AND DIGESTIVE SURGERY OF THE YALGADO OUEDRAOGO UNIVERSITY HOSPITAL IN BURKINA FASO. <i>E OUANGRE and al.</i>	2755
ETIOLOGIES OF GENERALIZED ACUTE PERITONITIS: RETROSPECTIVE STUDY OF 133 CASES AT GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF GRAND-YOFF HOSPITAL. <i>I KA and al.</i>	2760
PANCREAS HEAD MALIGNANT TUMORS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MODALITIES AT NATIONAL TEACHING HOSPITAL IN COTONOU. <i>RA GAITO ADAGBA and al.</i>	2765
POST TRAUMATIC HOLLOW VISCUS PERFORATIONS AT THE GENERAL HOSPITAL OF NATIONAL REFERENCE OF N'DJAMENA (CHAD). <i>O CHOUA and al.</i>	2769
ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION (ASBO) : ETIOLOGICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS AT THE HOSPITAL PRINCIPAL OF DAKAR. <i>EGPADIEME and al.</i>	2775
CURRENT PROFILE OF ABDOMINAL SURGERY SITE INFECTIONS IN THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER SOURÔ SANOU OF BOBO-DIOULASSO. <i>C ZARE and al.</i>	2781
DIGESTIVE SURGICAL EMERGENCIES AND PREGNANCY IN CHU BOCAR SIDY SALL (BSS) OF KATI (MALI). <i>A DIARRA and al.</i>	2786
ACUTE APPENDICITIS AND ITS COMPLICATIONS IN A LOW-INCOME COUNTRY: A STUDY OF A SERIES OF 254 PATIENTS AT ZINDER NATIONAL HOSPITAL, NIGER. <i>I AMADOU MAGAGI and al.</i>	2792
DIGESTIVE ANASTOMOSIS: INDICATIONS, MORBIDNESS AND MORTALITY. <i>M COULIBALY and al.</i>	2797
PROBLEM OF THE SURGICAL MANAGEMENT OF DIGESTIVE EMERGENCIES AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER SOURÔ SANOU. <i>C ZARE and al.</i>	2801
MANAGEMENT OF INGUINAL HERNIAS IN A DEPARTMENT OF UROLOGY IN SUB-SAHARAN AFRICA: ABOUT 205 CASES. <i>B SINE and al.</i>	2805
ABDOMINAL WALL HERNIAS : CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS AT SAINT JEAN DE DIEU HOSPITAL OF AFAGNAN – TOGO. <i>B KOUTORA and al.</i>	2809
MANAGEMENT OF HEPATIC ABSCESES IN THE 2 CHUS IN THE CITY OF LOMÉ. <i>F ALASSANI and al.</i>	2814
TREATMENT OF PENETRATING COLIC WOUNDS AT THE HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE NATIONALE TEACHING HOSPITAL OF N'DJAMÉNA, CHAD. <i>O CHOUA and al.</i>	2820
MANAGEMENT OF ULCEROUS PYLORO-DUODENAL STENOSIS. <i>YIMOROUSOUAÏBOU and al.</i>	2826
LAPAROSCOPIC SURGERY AND CONVERSION TO LAPAROTOMY IN SURGERY «A» DEPARTMENT OF THE UNIVERSITY HOSPITAL POINT G (MALI). <i>S KEITA and al.</i>	2831
COMPLICATIONS OF DIGESTIVE STOMA IN THE VISCERAL SURGERY DEPARTMENT II OF THE MILITARY INSTRUCTION HOSPITAL MOHAMMED V OF RABAT ABOUT 39 CASES. <i>SGR ATTOLOU and al.</i>	2836

TABLE OF CONTENTS

SURGICAL WOUND INFECTIONS IN ABDOMINAL SURGERY: EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, BACTERIOLOGICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS. <i>MSECK and al.</i>	2841
SIMULATION AS A PEDAGOGICAL TOOL IN THE LEARNING OF PROCTOLOGICAL EXAMINATION IN A SURGICAL DIVISION. <i>I KA and al.</i>	2847
APPENDICITIS IN RURAL ENVIRONMENT IN TOGO. <i>KASAKIYE and al.</i>	2852
ESOPHAGUS CANCER IN THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF TEACHING HOSPITAL GABRIEL TOURE. <i>M KONATE and al.</i>	2858

Cases reports

GASTRIC GASTRO-INTESTINAL STROMAL TUMORS (GIST): A CASE REPORT AND A REVIEW OF THE LITERATURE. <i>DM SAMBIANI and al.</i>	2864
SMALL BOWEL ACUTE INTESTINAL STRANGULATION BY MECKEL'S DIVERTICULUM : A CASE REPORT. <i>M WINDSOURI and al.</i>	2869
UNUSUAL DIGESTIVE PERFORATION BY MULTIPLE METALLIC FOREIGN BODIES: ABOUT 2 CASES. <i>I KA and al.</i>	2874
SMALL INTESTINE LEIOMYOMA REVEALED BY A PERITONITIS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW. <i>B KOUTORA and al.</i>	2879
MANAGEMENT OF A CASE OF PANCREATIC ECTOPIC (PE) ASPLENIC LOCALIZATION IN THE SERVICE OF SURGERY « A » THE POINT G CHU. <i>S KOUMARE and al.</i>	2883
XANTHOGRANULOMATOUS CHOLECYSTITIS: INTRAOPERATIVE FINDING AND POSTOPERATIVE DEVELOPMENT ABOUT A CASE. <i>O ONGOÏBA and al.</i>	2887
THE PROLAPSE OF ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION PUDDING THROUGH THE ANUS MIMING A RECTAL PROLAPSE IN CHILDREN: A CASE REPORT. <i>EUEM GOUDJO and al.</i>	2891
DIAGNOSTIC, THERAPEUTIC AND PRONOSTIC ASPECTS OF PANCREATIC FALSE CYSTS: ABOUT 6 CASES. <i>FK DIALLO OWONO and al.</i>	2895
SIGMOID ENDOMETRIOSIS SIMULATING A COLONIC TUMOR IN OCCLUSION: A CASE REPORT. <i>Y IMOROU SOUAÏBOU and al.</i>	2900
CT SCAN DIAGNOSIS OF LIVER ABSCESS ON SITUS INVERSUS: A CASE REPORT. <i>H DEME and al.</i>	2905



FAIT CLINIQUE

ENDOMETRIOSE SIGMOÏDIENNE SIMULANT UNE TUMEUR COLIQUE EN OCCLUSION : A PROPOS D'UN CAS.

SIGMOID ENDOMETRIOSIS SIMULATING A COLONIC TUMOR IN OCCLUSION: A CASE REPORT

Y IMOROU SOUAÏBOU¹, DG GBESSI¹, F SEIDOU², I LAWANI³, FHR GANGNON¹, P SODONUGBO⁴, P ASSOUTO⁴, M-T AKPO-AKELE², FM DOSSOU³, DK MEHINTO⁵, J-L OLORY-TOGBE¹

1 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A, Centre National Hospitalier Universitaire Hubert-Koutoukou-Maga (CNHU-HKM), Cotonou, Bénin

2 Laboratoire d'anatomopathologie et cytopathologie, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, Bénin.

3 Service de chirurgie, Centre Hospitalier Universitaire et Départemental de l'Ouémé et du Plateau, Porto-Novo, Bénin.

4 Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences, CNHU-HKM, Cotonou, Bénin.

5 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale B, CNHU-HKM, Cotonou, Bénin.

RÉSUMÉ

L'occlusion intestinale aiguë est une urgence diagnostique et thérapeutique. L'endométriose du sigmoïde simulant un cancer en est exceptionnellement la cause. Nous rapportons ici le cas d'une femme de 39 ans reçue en urgence dans un tableau d'occlusion du sigmoïde par obstruction « tumorale » de découverte per opératoire. Une caecostomie pour pré perforation diastatique du cæcum était réalisée. Le scanner abdominal et l'imagerie par résonance magnétique pelvienne étaient en faveur d'un cancer du sigmoïde alors que la colonoscopie ne retrouvait pas de tumeur. Après une sigmoïdectomie élargie à l'utérus, le diagnostic final était une endométriose du sigmoïde dans sa forme pseudo tumorale. Ce cas illustre la difficulté d'établir un diagnostic pré opératoire précis et la capacité de l'endométriose à simuler un cancer colique.

Mots clés : Endométriose sigmoïdienne ; Occlusion intestinale aiguë ; Tumeur

SUMMARY

Acute bowel obstruction is a diagnostic and therapeutic emergency. Endometriosis of the sigmoid simulating cancer is outstandingly its cause. Here we report the case of a 39-year-old woman who was urgently admitted for a sigmoid occlusion by "tumoral" obstruction of intraoperative discovery. A caecostomy for diastatic pre-perforation of the cecum was performed. Abdominal CT and pelvic magnetic resonance imaging favored sigmoid cancer, whereas colonoscopy found no tumor. After an enlarged sigmoidectomy to the womb, the final diagnosis was endometriosis of the sigmoid in its pseudo-tumoral form. This case illustrates the difficulty of establishing an accurate pre-operative diagnosis and the ability of endometriosis to simulate colon cancer

Keywords : Sigmoid Endometriosis ; Intestinal occlusion acute ; Tumor

Tirés à part

IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou, Maître Assistant, Chirurgie Générale, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi (Bénin), Email : imorouyacoubou@yahoo.fr Tel: (00229) 95630695

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale aiguë (OIA) est une urgence diagnostique et thérapeutique. Ses étiologies sont diverses et variées, mais l'endométriose sigmoïdienne en est exceptionnellement la cause. L'endométriose est la présence ectopique de tissu endométrial fonctionnel en dehors de la cavité utérine, à distance de l'endomètre et sans connexion avec lui [1]. La prise en charge est médico-chirurgicale et doit être réalisée sans délai [2]. Nous en rapportons un cas dans sa forme pseudo-tumorale en occlusion. L'objectif de notre travail était de montrer la difficulté d'établir un diagnostic pré opératoire précis, et la capacité de l'endométriose à simuler un cancer colique cliniquement et en imagerie.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 39 ans, adressée en août 2015 au CNHU-HKM de Cotonou pour des douleurs abdominales généralisées évoluant depuis 4 jours. Mère d'une fille unique de 11 ans, la malade avait des antécédents de myomectomie 6 ans auparavant et de coelioscopie pour désir de maternité. Elle présentait des douleurs permanentes ayant débuté dans le flanc gauche, d'intensité croissante, accompagnées d'un arrêt précoce des matières et des gaz, de vomissements alimentaires tardifs et d'un météorisme abdominal. Il existait des épisodes douloureux similaires antérieurs résolutifs sous traitement médical. L'examen physique retrouvait une température à 36°5 C, des cicatrices (pubienne de Pfannenstiel et d'orifices de trocart) un abdomen météorisé, douloureux dans son ensemble. Les orifices herniaires étaient libres. La marge anale était saine, l'ampoule rectale vide. A la radiographie de l'abdomen sans préparation on observait des images hydro aériques plus hautes que larges. L'ionogramme révélait une hypokaliémie à 2,2 mEq/L. Après une courte réanimation, la laparotomie médiane d'urgence avait permis de découvrir une importante distension de tout le cadre colique avec une pré-perforation diastatique du cæcum, une induration sténosante de consistance pierreuse du côlon sigmoïde et de la charnière recto-sigmoïdienne fortement adhéree au dôme utérin, l'utérus polomyomateux de consistance dure, les annexes d'aspect normal, l'absence de carcinose péritonéale et de métastases hépatiques. Une cæcostomie directe et une appendicectomie étaient alors réalisées. La coloscopie par l'anus et par la stomie n'a pas objectivé de tumeur, mais plutôt une sténose infranchissable du sigmoïde avec muqueuse lisse régulière. Le coloscanner avait objectivé un épaissement nodulaire suspect de la jonction recto-sigmoïdienne. Le scanner thoraco-abdominopelvien permettait d'évoquer une tumeur sténosante recto-sigmoïdienne avec infiltration de la graisse recto-utérine et un utérus polomyomateux avec urétéro-

hydronephrose droite (Figure 1). A l'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) du pelvis, on retrouvait une lésion pariétale suspecte de la face mésentérique sigmoïdienne d'aspect sténosant sans signe d'occlusion et sans effacement de la graisse recto-utérine (T2N0M0). L'utérus était gros, polomyomateux, comprimant partiellement le sigmoïde. L'Antigène Carcino-Embryonnaire était à 0,50ng/ml (Normal) et le CA 19-9 était élevé à 77, 17UI/ml. Le frottis cervicovaginal était normal. En octobre 2015, une hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale et résection segmentaire du sigmoïde en monobloc (Figure 2) suivie d'une anastomose colo-rectale protégée par la cæcostomie était réalisée. L'exérèse du col n'avait pu être faite en raison du risque de lésion urétérale lié à la difficulté de dissection (aspect dur et pierreux de l'utérus). L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse concluait à une endométriose de la paroi sigmoïdienne, avec des glandes endométriales circonscrites par un chorion cytogène et des remaniements fibro-inflammatoires au sein de la paroi colique, avec des lésions d'adénomyose au sein du myomètre de l'utérus (Figure 3). La fermeture de la cæcostomie était faite par voie élective 4 mois après la résection. Les suites opératoires étaient simples avec un recul de 3ans.



Fig 1 : coupe scannographique transversale du bassin montrant l'épaississement nodulaire du sigmoïde et l'utérus polomyomateux
 1- Utérus polomyomateux
 2- Epaississement nodulaire du sigmoïde

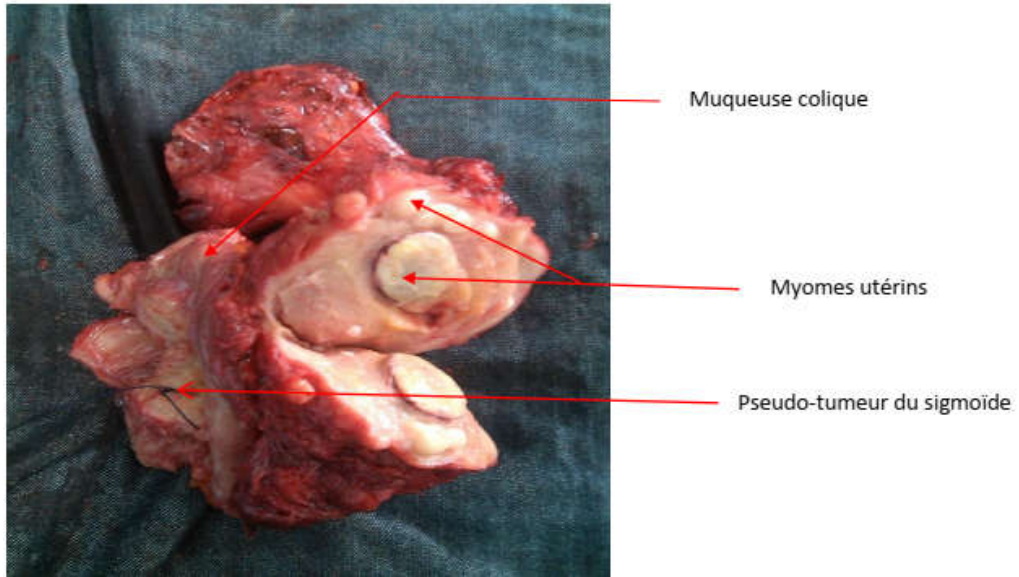


Fig 2 : Pièce opératoire après ouverture du sigmoïde et incision de l'utérus montrant la pseudo-tumeur sigmoïdienne et les noyaux myomateux

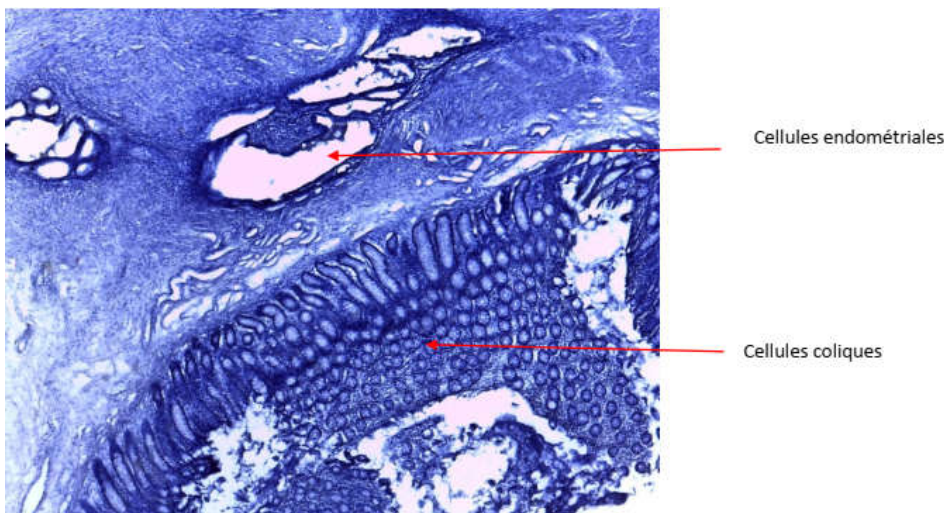


Fig 3 : (Grossissement x4 HE) : endométriose de la paroi colique sigmoïdienne

DISCUSSION

Le tube digestif est la localisation extra génitale la plus fréquente de l'endométriose. Sa fréquence varie de 5 à 10% parmi les 2,5 à 3,3 % des femmes en âge de procréer connues pour une endométriose [3]. Les sièges les plus fréquents sont ceux proches de l'appareil génital : rectum et sigmoïde (70 %) [4] plus rarement l'iléon terminal (7 %), l'appendice (5 à 10 %), le cæcum (4 %), le côlon descendant [5]. Pour d'autres auteurs la localisation recto sigmoïdienne est retrouvée dans 80 à 90% des formes digestives [1,5]. La complication occlusive est exceptionnelle [6]. Notre patiente avait 39 ans. Cet âge est sensiblement égal à l'âge moyen (38,9 ans) retrouvé par Kim et al [7] chez 5 femmes ayant eu une résection rectale et du côlon

sigmoïde pour suspicion de tumeurs se révélant à l'examen anatomo-pathologique une endométriose intestinale. La physiopathologie de l'endométriose du sigmoïde demeure mal connue [8]. La théorie de l'implantation, décrite par Sampson dans les années 1920, repose sur le reflux menstruel qui survient chez 80 à 90% des femmes. Les cellules endométriales qui refluent dans la cavité péritonéale au travers des trompes lors des règles, ne sont pas éliminées par le système immunitaire, elles acquièrent des propriétés d'adhésion, d'implantation et d'invasion [9]. Cette théorie explique la répartition anatomique asymétrique des lésions d'endométriose. Celle-ci est en effet calquée sur la topographie des régurgitations menstruelles, influencée par la pesanteur et

l'anatomie pelvienne. Les lésions pelviennes ont une prédominance postérieure et gauche [10]. Cette théorie pourrait être à l'origine de l'endométriose du sigmoïde chez notre patiente. Le diagnostic d'endométriose digestive peut être orienté par un interrogatoire minutieux à la recherche de douleurs gynécologiques (dysménorrhées invalidantes, dyspareunie profonde, douleurs pelviennes chroniques) et de signes digestifs (dyschésie, constipation, douleur abdominale) à caractère cyclique avec un summum au cours des menstruations [5, 8,11]. Bien que certains de ces signes soient présents chez notre patiente, le diagnostic n'avait pas été établi avant la prise en charge étiologique de l'occlusion. Même si les signes cliniques constituent un bon élément d'orientation, ils ne sont pas spécifiques de la maladie d'où l'intérêt des examens complémentaires. Le premier examen de choix est l'échographie endovaginale, mais celle-ci n'a pas été réalisée chez notre patiente parce que le diagnostic préopératoire n'avait pas été évoqué. L'atteinte rectosigmoïdienne superficielle sera évoquée lorsqu'on observe une simple adhérence avec la séreuse et le torus utérin, tandis que l'atteinte rectosigmoïdienne profonde sera évoquée en cas d'épaississement nodulaire dans la musculuse. Il s'agira d'un nodule hypoéchogène paucivasculaire, à contours irréguliers et se raccordant à angle obtus avec la paroi rectale [12]. Cet outil offre une sensibilité et une spécificité allant de 83 à 97% dans le diagnostic de l'endométriose profonde [6,13,14]. L'imagerie par résonance magnétique permet le diagnostic des atteintes digestives avec des sensibilités et des spécificités allant de 76,5 à 88% et de 97,8 à 97,9% [15,16]. Trois séquences sont indispensables. Il s'agit de la séquence pondérée en T1 avec saturation de la graisse, de la séquence axiale oblique pondérée en T2 en coupe de 3 mm et de la séquence sagittale pondérée en T2. Une autre séquence peut s'avérer être utile mais elle est facultative ; c'est la séquence coronale T2 qui permet une meilleure analyse du sigmoïde [12]. La rectoscopie et la

colonoscopie ont pour intérêt de confirmer l'intégrité de la muqueuse, comme chez notre patiente, mais la présence de nodules bleutés peut être évocateurs du diagnostic [17, 18]. L'analyse anatomo-pathologique de biopsies de la muqueuse colique n'est malheureusement que rarement contributive pour le diagnostic, les lésions d'endométriose siégeant souvent plus profondément dans la sous-muqueuse, la musculuse ou la sous-séreuse sigmoïdienne.

Au plan thérapeutique, une prise en charge multidisciplinaire est recommandée d'emblée [19]. En cas d'urgence devant un tableau occlusif, l'acte chirurgical reste la meilleure option. Devant une tumeur colique gauche en occlusion, plusieurs stratégies sont possibles. Il s'agit du traitement en un, deux ou trois temps. La conférence de consensus française de 2002 recommande un traitement en 2 ou 3 temps avec une colostomie première de proche amont. Notre patiente a été traitée en 3 temps. La colostomie première n'était pas de proche amont mais une cœcostomie du fait de la pré perforation diastatique du cœcum. La résection sigmoïdienne élargie à l'utérus et ses annexes avec conservation de la cœcostomie était réalisée 3 mois plus tard, et le rétablissement de la continuité digestive 4 mois après la résection. Une prise en charge médicamenteuse (antalgiques) ou non (médicale non médicamenteuse) de l'endométriose présente peu d'intérêt dans ce cas de figure [19].

CONCLUSION

Il est difficile de différencier la complication occlusive de l'endométriose sigmoïdienne d'un cancer en occlusion. Il faut toujours y penser chez une femme jeune devant une lésion sigmoïdienne d'allure tumorale, cliniquement et en imagerie. L'histologie représente l'examen clé pour confirmer le diagnostic de cette affection.

Les liens d'intérêts : Les différents auteurs ne déclarent aucun lien d'internet.

REFERENCES

1. Leconte M, Borghese B, Chapron C, et al. Localisation digestive de l'endométriose. *Presse Med* 2012;41:358-66.
 2. Harouna Y, Yaya H, Abarchi H, et al. Les occlusions intestinales : principales causes et morbidité à l'hôpital national de Niamey Niger. Étude prospective à propos de 124 cas. *Med Afr Noire* 2000;47:254-8.
 3. Jerby BL, Kessler H, Falcone T, Milsom JW. Laparoscopic management of colorectal endometriosis. *Surg Endosc* 1999;13:1125-8.
 4. Azzena A, Litta P, Ferrara A, Perin D, Brotto M, Chiarelli S, Sandei F. Rectosigmoid endometriosis: diagnosis and surgical management. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1998;24:94-6.
 5. Cameron IC, Rogers S, Collins MC, Reed MW. Intestinal endometriosis: presentation, investigation, and surgical management. *Int J Colorect Dis* 1995;10:83-6.
 6. Benbara A, Fortin A, Martin B, et al. Résection recto-sigmoïdienne pour endométriose profonde : résultats chirurgicaux et fonctionnels. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:1191-201.
 7. Kim JS, Hur H, Min BS, et al. Intestinal Endometriosis Mimicking Carcinoma of rectum and sigmoid colon : A report of Five Cases. *Jonsei Med J* 2009;50(5)-732-5.
 8. Wenger JM, Loubeyre P, Marci R, et al. Prise en charge de l'endométriose. *Rev Med Suisse* 2009;5:2085-90.
 9. Sampson J. Peritoneal endometriosis due to premenstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol* 1927;14:422-69.
 10. Bricou A, Batt RE, Chapron C. Peritoneal fluid flow influences anatomical distribution of endometriotic lesions: why Sampson seems to be right. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;138:127-34.
 11. Roseau G, Dumontier I, Palazzo L. Endométriose recto-sigmoïdienne, généralités, description clinique et signes échoendoscopiques. *Acta endoscopica* 2002;32:59-64.
 12. Masseurin A, Petit E, Darchen M, A, Loriau J, Oberlin O, Marty O et coll. Imagerie de l'atteinte digestive de l'endométriose. *Journal de radiologie diagnostique et interventionnelle* 2013;94(3):288-298.
 13. Verspyck E, Lefranc JP, Blondon J. Diagnostic et traitement de l'endométriose rectale et sigmoïdienne. *Ann Chir* 1997;51:1106-10.
 14. Roman H, Bourdel N, Rigaud J, et al. Endométriose et douleurs pelvipérinéales chroniques. *Prog Urol* 2010;20:1010-8.
 15. Bazot M, Darai E, Hourani R, Thomassin I, Cortez A, Uzan S, et al. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology* 2004;232:379-89.
 16. Chapron C, Vieira M, Chopin N, Balleyguier C, Barakat H, Dumontier I, et al. Accuracy of rectal endoscopic ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of rectal involvement for patients presenting with deeply infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;24:175-9.
 17. Bodzech JM. Endoscopic diagnosis of colonic endometriosis. *Gastrointest Endosc* 1992;38:568-70.
 18. Collin GR, Russel JC. Endometriosis of the colon: its diagnostic and management. *Am Surg* 1990;56:275-79.
19. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/pris_en_charge_de_lendometriose_-_argumentaire.pdf
Consulté le 10/09/2019.