



CASE REPORT

Thoracic endometriosis: about three cases

Endométriose thoracique: à propos de trois cas

JA. Fariña Correa¹, AR. Ouédraogo², S. Maïga², K. Boncougou-Nikièma², B. Koumbem², G. Ouédraogo², G. Badoum-Ouédraogo², SM. Ouédraogo¹, M. Ouédraogo¹

¹: Clinique Edgard Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

²: CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou, Burkina Faso

SUMMARY

Endometriosis is defined as the presence of endometrial, non-neoplastic, ectopic tissue outside the uterus. Thoracic endometriosis (TE) is a rare condition whose exact incidence is unknown. It occurs in women, mainly those of genital activity age. Its diagnosis is sometimes difficult. While the practitioner is always obsessed with the discovery of a neoplastic, the therapeutic decision of the ET must take into account not only its localization and clinical manifestations but also the desire of pregnancy because endometriosis affects young women of childbearing age and is responsible for infertility. We report on the therapeutic route of three cases of thoracic endometriosis, treated in Burkina Faso, a country with high tuberculosis endemicity.

Key words: Thoracic endometriosis, Burkina Faso.

RÉSUMÉ

L'endométriose est définie comme la présence de tissu endométrial, non néoplasique, ectopique, à l'extérieur de l'utérus. L'endométriose thoracique (ET) est une pathologie rare dont l'incidence exacte est inconnue. Elle survient chez les femmes principalement en âge d'activité génitale. Son diagnostic est parfois difficile. La hantise pour le praticien étant toujours la découverte d'une néoplasique. La décision thérapeutique de l'ET doit tenir compte de la localisation et des manifestations cliniques mais aussi du désir de grossesse car l'endométriose touche des femmes jeunes en âge de procréer et est responsable d'infertilité. Nous rapportons l'itinéraire thérapeutique de trois cas d'endométriose thoracique, pris en charge au Burkina Faso, pays à forte endémicité tuberculeuse.

Mots clés: Endométriose thoracique, Burkina Faso.

Corresponding author:

Dr. JA. Fariña Correa. Clinique Edgard Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Email:

INTRODUCTION

L'endométriose est définie comme la présence de tissu endométrial, non néoplasique, ectopique, à l'extérieur de l'utérus. L'endométriose thoracique (ET) est une pathologie rare dont l'incidence exacte est inconnue. Elle survient chez les femmes principalement en âge d'activité génitale. Ses présentations ont été récemment regroupées sous le titre de syndrome d'endométriose thoracique [1].

Nous rapportons l'itinéraire thérapeutique de trois cas d'endométriose thoracique, pris en charge au Burkina Faso, pays à forte endémicité tuberculeuse.

OBSERVATION 1

La patiente SA, 48 ans, mère de 4 enfants, femme au foyer, a été reçue à la clinique Edgard OUEDRAOGO de Ouagadougou en Décembre 2013 pour douleur thoracique plus troubles du cycle menstruel évoluant depuis 7 ans environ. Cette douleur thoracique était rythmée par le cycle menstruel associée à une poly ménorrhée et une dysménorrhée.

La patiente avait un bon état général et présentait un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit (*Figure 1*) confirmé par une ponction pleurale exploratrice qui a ramené un liquide serohématique.

Le liquide pleural était exsudatif (protides à 45 g/L) avec présence de cellules évoquant une localisation métastatique d'un adénocarcinome muco sécrétant.

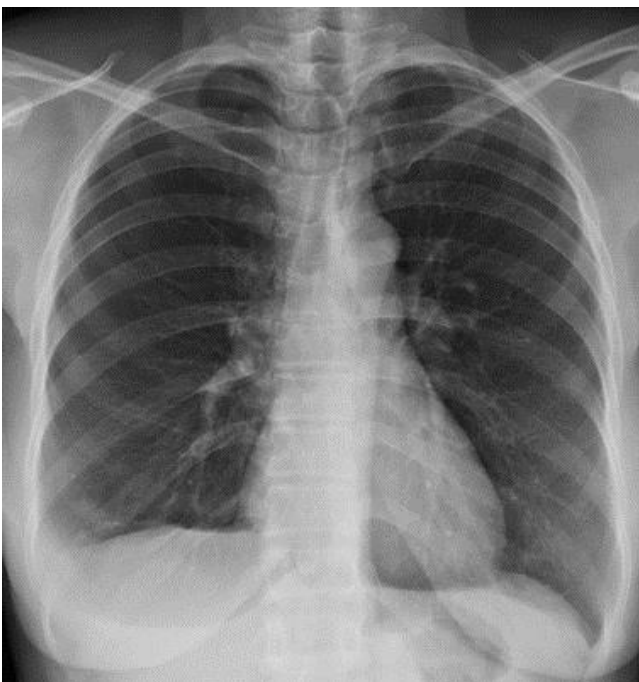


FIGURE 1. Radiographie thoracique de face de Mme SA, montrant un épanchement pleural liquidien droit.

L'histologie des pièces biopsiques pleurale à l'aveugle (aiguille de Castelain) a conclu à une endométriose.

La fibroscopie bronchique a objectivé des muqueuses bronchiques érythémateuses avec étude du LBA (BAAR, Cytologie) et biopsies bronchiques non contributive. Il existait chez la patiente une anémie légère hypochrome microcytaire.

La patiente a bénéficié d'une hystérectomie plus ablation des annexes. Les suites opératoires ont été simples.

OBSERVATION 2

La patiente DM 32 ans, sans enfants a été adressée au service de pneumologie du CHU Yalgado OUEDRAOGO en Mars 2016 pour un épanchement pleural droit abondant (*Figure 2*). La patiente présentait depuis 5 mois une dyspnée d'effort avec sensation d'oppression thoracique. Une nodulectomie du sein droit à l'âge de 15 ans et un suivi gynécologique pour fibromes utérins et stérilité primaire. Le liquide pleural était sérohématique, exsudatif (protides 42 g/L).

L'histologie des pièces biopsiques pleurales à l'aveugle (aiguille de Castelain) a été en faveur d'une endométriose pleurale. La fibroscopie bronchique n'a pas été contributive (LBA, biopsies bronchiques). La suite de la prise en charge chez la patiente également désireuse de maternité s'est fait conjointement avec la gynécologie avec la mise sous danazol.

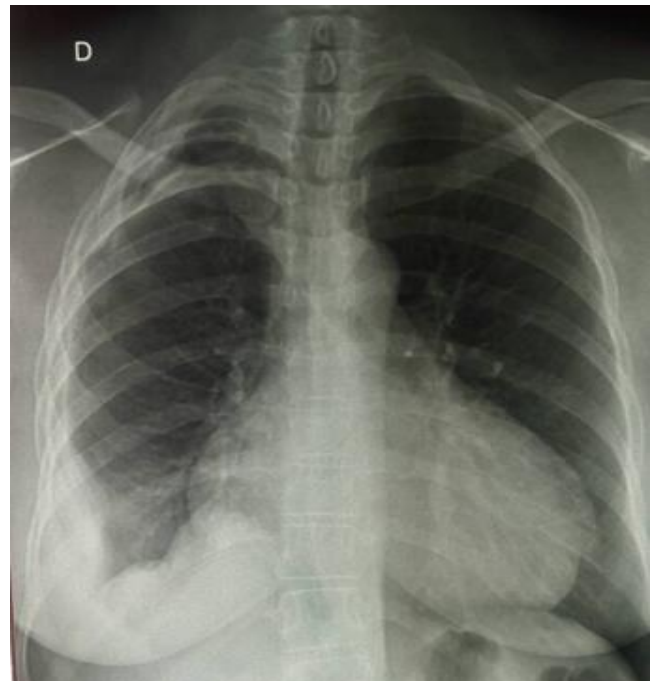


FIGURE 2. Radiographie thoracique de face de Mme DM montrant un épanchement pleural liquidien droit.

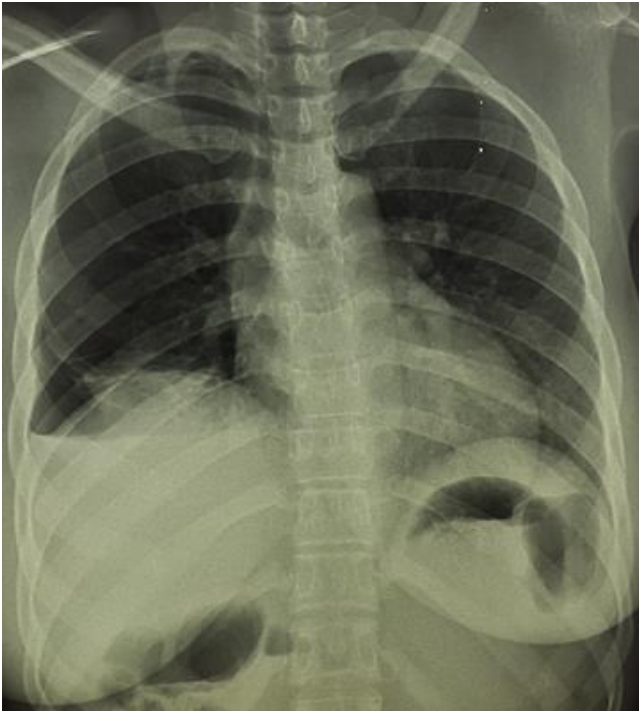


FIGURE 3. Radiographie thoracique de face de Mme KM montrant un épanchement pleural mixte (hydro aérique).

OBSERVATION 3

La patiente KM, 35 ans, infirmière, suivie pour stérilité primaire en gynécologie a été reçue dans le service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou le 24 octobre 2017 pour une dyspnée associée à une douleur basithoracique droite évoluant depuis décembre 2015. Il s'agissait d'une douleur intermittente, d'intensité modérée irradiant vers le dos, sans facteurs déclenchants objectivés, ni calmants avec une perte de poids d'environ 4 kg, sans hémoptysie ni fièvre.

La patiente présentait un bon état général, une polynée à 27 cycles par minute et un syndrome d'épanchement pleural mixte droit de grande abondance (figure 3), confirmé par une ponction pleurale exploratrice qui a ramené un liquide sérohématique. L'examen gynécologique et des autres appareils et systèmes était sans particularité. Par ailleurs, la patiente présentait une anémie microcytaire, normochrome, à 10,2 g/dl, avec une hyperleucocytose à 10620 (69% neutrophile).

L'intradermo-réaction à la tuberculine est revenue négative. La recherche de BAAR à l'examen direct du liquide pleural et des crachats est revenue négative; ainsi que la sérologie VIH. L'étude cytopathologique du liquide pleural a objectivé un liquide pleural modérément inflammatoire chronique sans cellules suspectes de malignité.

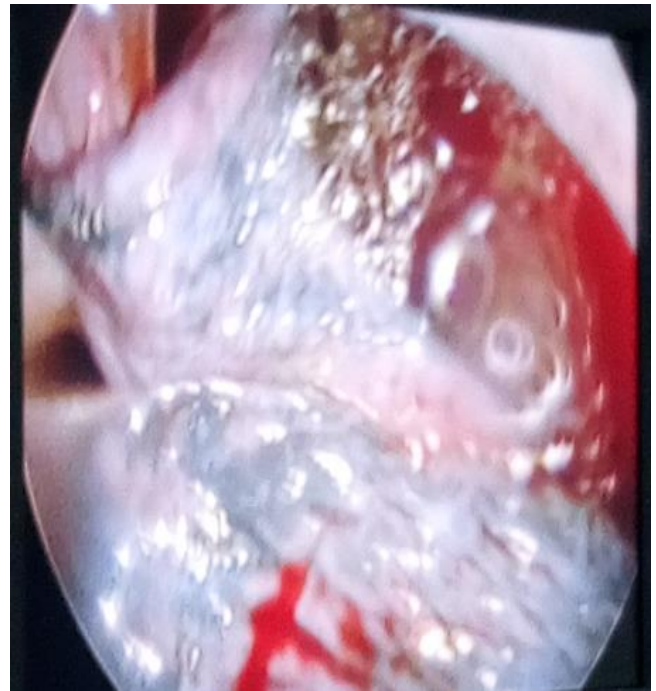


FIGURE 4. image pleuroscopique de Mme KM montrant une inflammation diffuse de la plèvre pariétale avec un aspect anthracosique du poumon.

L'étude histologique des pièces biopsiques pleurales à l'aveugle par aiguille de Castelain (à 2 reprises) a objectivé une inflammation subaiguë. Une échographie abdomino-pelvienne a objectivé une ascite d'abondance modérée avec un kyste ovarien droit d'allure endométriosique.

En l'absence de preuves histologiques, la patiente a été étiquetée tuberculeuse et mise sous traitement antituberculeux à partir du 27 octobre 2017. La persistance de la pleurésie a motivé une thoracoscopie médicale le 15 décembre 2017.

L'exploration a objectivé une inflammation diffuse de la plèvre pariétale (figure 4). L'étude histologique des pièces de biopsie pleurale a été non contributive. Devant la persistance de l'épanchement, une thoracotomie a été réalisée à la clinique Edgard Ouédraogo. En peropératoire, les plèvres viscérale et pariétale étaient denses et fibreuses. La composante viscérale entretenait le collapsus pulmonaire. En postopératoire, la ré-expansion du poumon était quasi-complète après décortication. Les suites opératoires ont été simples. L'histologie des pièces a été en faveur d'une endométriose pleurale. La patiente est à ce jour sous danazol.

COMMENTAIRES

L'endométriose est une affection qui se caractérise par la présence de tissu fonctionnel endométrial en

dehors de la cavité utérine. Elle entraîne des douleurs pelviennes et l'infertilité (deux de nos patientes avaient une stérilité primaire). Sa survenue chez une multipart peut être source d'errance diagnostique d'autant que chez la patiente multipart la cytopathologie du liquide pleurale était suspecte de malignité. L'endométriose touche 5 à 15% des femmes en âge de procréer et reste une pathologie rare dans la population noire et asiatique [1]. Les facteurs de risque d'endométriose sont la nulliparité comme chez deux de nos patientes, les ménarches précoces, les menstruations fréquentes et prolongées et un index de masse corporelle bas [2].

La survenue d'une endométriose pleurale (EP) peut être expliquée par la théorie de la menstruation rétrograde selon laquelle le tissu endométrial viable migrerait via les trompes pendant la menstruation et s'implanterait sur les organes pelviens ou sur la surface péritonéale [3].

Les cellules endométriales peuvent alors aussi migrer dans la cavité pleurale, soit à travers des fenestrations ou des porosités diaphragmatiques congénitales, soit à travers des perforations diaphragmatiques acquises, principalement à droite (comme chez toutes nos patientes) à cause de la circulation péritonéale [4].

La manifestation la plus classique de l'endométriose est le pneumothorax cataménial comme l'attestent plusieurs travaux à ce sujet [1, 3,5]. Cependant, la pleurésie chronique unilatérale observée chez nos patientes (dont un cas d'hydro pneumothorax) n'est pas exceptionnelle. Elle a été rapportée par d'autres auteurs à Brazzaville et en France [3,5]. Cette pleurésie est de localisation droite comme ce fut le cas chez nos patientes. L'association d'une pleurésie et d'une ascite constatée chez l'une de nos patientes est largement rapportée dans la littérature [4,5-7].

Le diagnostic de l'endométriose est parfois difficile, la hantise pour le praticien étant toujours la découverte d'une néoplasique. En l'absence de l'immunomarquage, l'anatomie pathologie conventionnelle peut passer parfois à côté du diagnostic [1]. Ce fut le cas chez l'une de nos patientes où l'examen cytopathologique a mis en évidence des cellules carcinomateuses évoquant une localisation métastatique d'un adénocarcinome muco sécrétant. Cela entraîne souvent une errance diagnostique retardant la prise en charge. Ce d'autant que la tentation de mettre en route un traitement anti tuberculeux est grande dans notre contexte à forte endémicité tuberculeuse (c'est le cas d'une de nos patientes).

Cependant la thoracoscopie et/ou la thoracotomie exploratrice constituent des apports énormes dans le diagnostic positif de cette pathologie comme ce fut le

cas dans notre situation. En effet, la thoracotomie permet une inspection complète du diaphragme à la recherche d'implants endométriaux, se caractérisant par des zones cicatricielles rouges ou bleutées avec néovascularisation, et de défauts pouvant expliquer la migration du tissu endométrial vers le thorax [8]; elle peut être utilisée à des fins thérapeutiques avec réalisation de gestes d'exérèse. Ainsi, l'exploration complète et attentive du diaphragme doit être systématique en cas de chirurgie pour pneumothorax « inexplicable » chez la femme.

La décision thérapeutique doit tenir compte de la localisation et des manifestations cliniques de l'endométriose thoracique mais aussi du désir de grossesse car l'endométriose touche des femmes jeunes en âge de procréer et est responsable d'infertilité.

Des traitements médicaux et chirurgicaux, utilisés seuls ou conjointement, peuvent être proposés avec la collaboration du gynécologue et du chirurgien thoracique. Le but du traitement médical vise à bloquer l'action des estrogènes sur l'endomètre et sur les implants ectopiques. Plusieurs options thérapeutiques sont possibles: le danazol (prescrit chez nos deux patientes) et les analogues de la GnRH, bloquant la fabrication des gonadotrophines. En effet, Le danazol, dérivé de la 17 alpha-éthynilttestostérone, atténue le pic de LH en milieu de cycle nécessaire à l'ovulation. Il a aussi une forte affinité pour les récepteurs des androgènes et entraîne une augmentation du taux sérique de testostérone.

La posologie est de 400-800 mg par jour pendant trois à six mois. Ceci a été utilisé avec succès dans le traitement d'hémoptysie cataméniale ou de pneumothorax. Une prise au long cours induit des effets androgéniques gênants [9].

CONCLUSION

L'endométriose thoracique chez la femme noire est une affection rare de diagnostic parfois difficile. Bien que nous soyons dans une zone à forte prévalence tuberculeuse, il faut savoir l'évoquer devant une pleurésie hémorragique sans altération générale chez une jeune femme en âge de procréer. Si la biopsie pleurale à l'aveugle est moins agressive et peu onéreuse, la thoracoscopie et/ou la thoracotomie exploratrice peut contribuer énormément au diagnostic positif de cette pathologie et même être utilisée à des fins thérapeutiques avec réalisation de gestes d'exérèse. Cependant, chaque fois que cela est possible, la prise en charge devra prendre en compte la nécessité d'éradiquer l'endométriose, mais aussi le désir de procréation chez ces jeunes patientes.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. Hagnere P, Deswarte S, Leleu O. Endométriose thoracique: un diagnostic difficile. *Rev des Mal Respir* 2001 ; 28:908-12..
2. Klein J, Robert J, Dallenbach P, Triponez F. Pneumothorax récidivant chez la jeune femme. *Forum Med Suisse* 2011; 11:127- 9.
3. H. Nunes, P. Bagan , M. Kambouchner , E. Martinod. Endométriose thoracique. *Rev Mal Respir* 2007;24: 1329-40.
4. Alifano M. Catamenial pneumothorax. *Curr OpinPulm Med* 2010; 16:381-6. bloody pleural effusion in a 28 year old woman. *J Pak Med Assoc.* 2013; 63: 114-6.
5. Mounguengui D, Owono Mbouengou JP, Pither Antchouet S, Kombila UD, Ibinga LD, Engohan C et al. Pleurésie Chronique Exsudative révélant Une Endométriose Pleurale. À Propos de Deux Cas à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (Libreville). *Health Sci Dis* 2016; 17 :83-84.
6. Fortier D, Dedecker F, Gabriele M, Graesslin O et al. Endometriosis with ascites and pleural effusion : a case report. *Gynecol obstet Fertil.* 2005;33:508-10.
7. Bhojwala J, Heller Ds, Cracchiolo B, Sama J. Endometriosis presenting as bloody pleural effusion and ascites -report of a case and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2000; 264: 39-41.
8. Korom S, Canyurt H, Missbach A, et al. Catamenial pneumothorax revisited: clinical approach and systematic review of the literature. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2004;128: 502-850.
9. Papafragaki D, Concannon L. Catamenial pneumothorax: a case report and review of the literature. *J Womens Health* 2008; 17: 367-72.