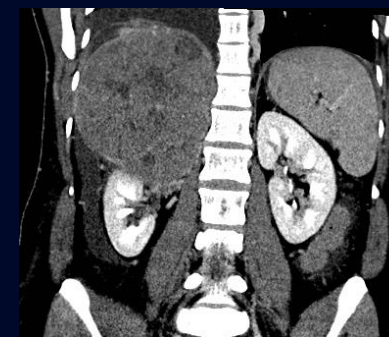
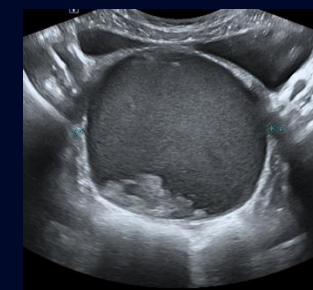
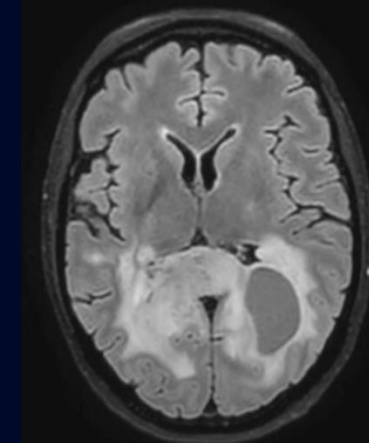


**60<sup>e</sup>**  
ANNIVERSAIRE

Département de  
radiologie,  
radio-oncologie  
et médecine nucléaire  
Faculté de médecine



# Cas de la semaine # 335

## 7 octobre 2024

Préparé par Dr Pamela Boustros R5

Dr Isabelle Trop MD FRCPC

CHUM

# Histoire Clinique

- Immigration récente du Burundi
- Se plaint d'une masse palpable en fosse iliaque gauche (FIG) depuis 2 ans.
- Elle se présente à l'urgence car augmentation aiguë de la douleur depuis 1 semaine.



F 26  
ans

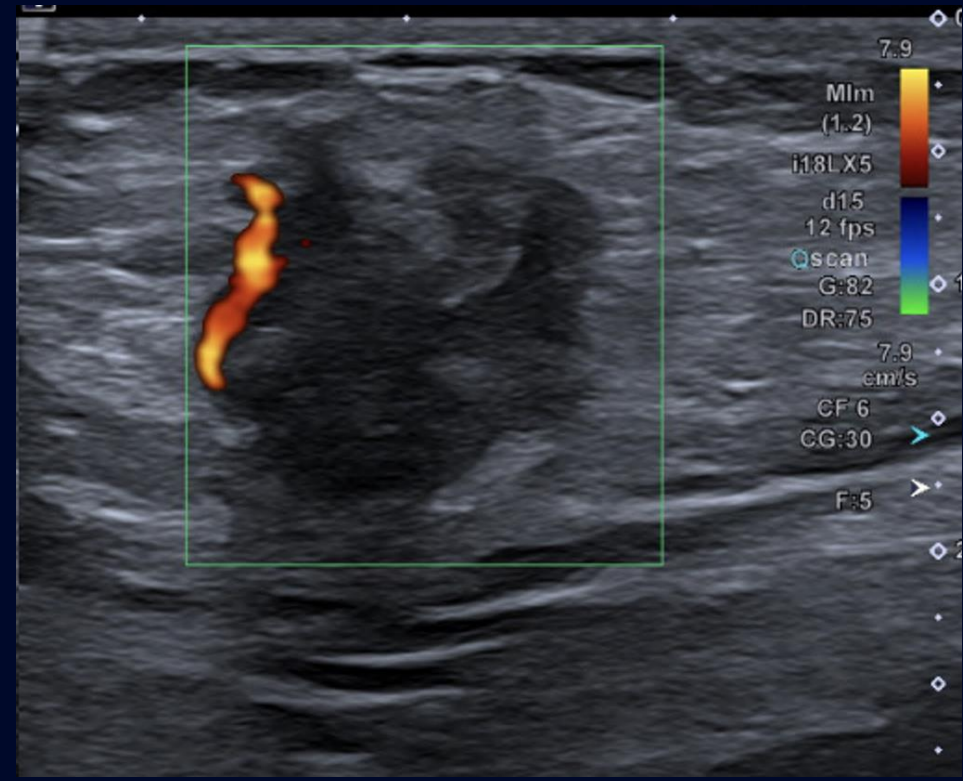
# Échographie de surface FIG



Long axe

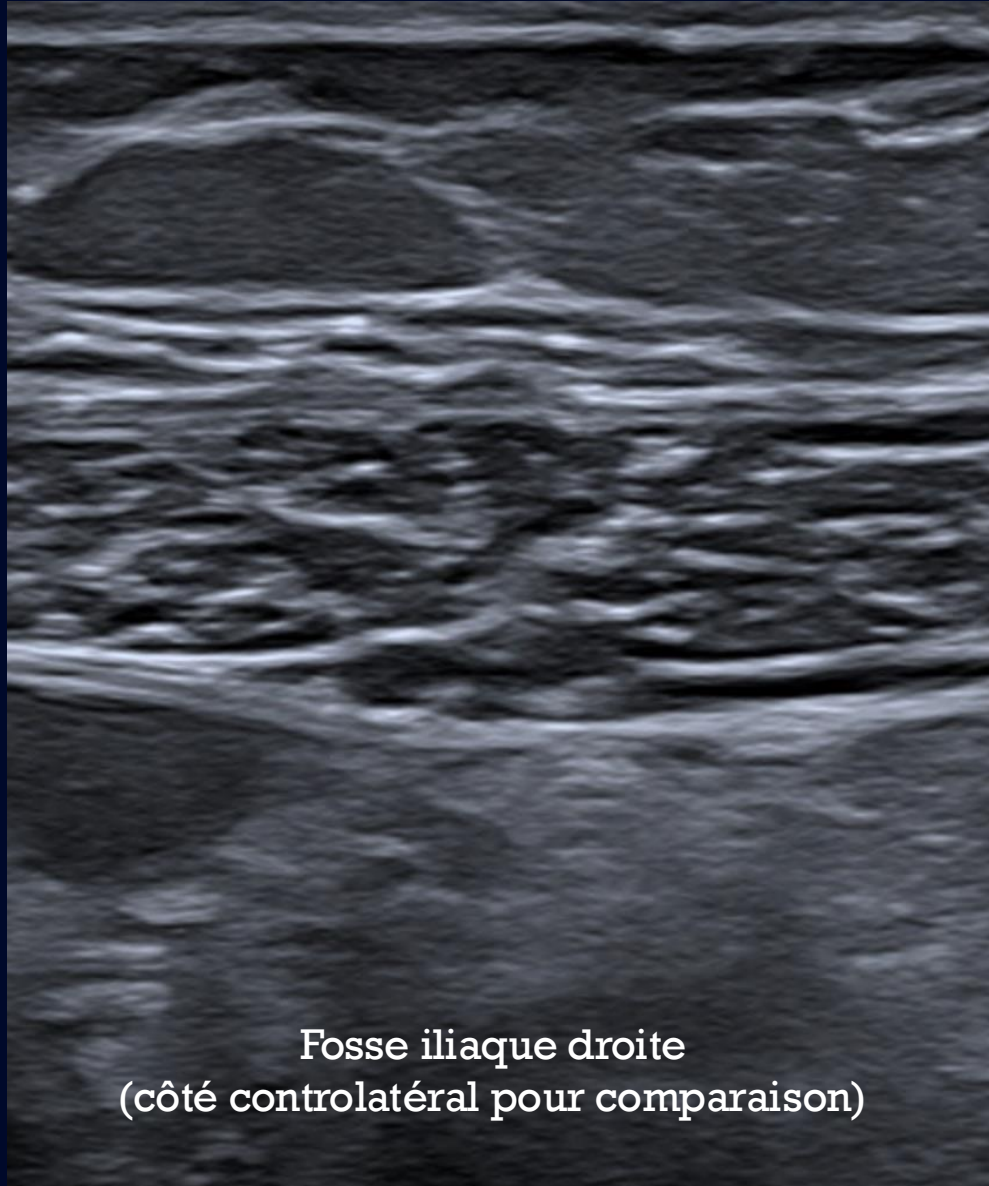


Court axe



Court axe - avec Doppler Couleur

# Échographie de surface

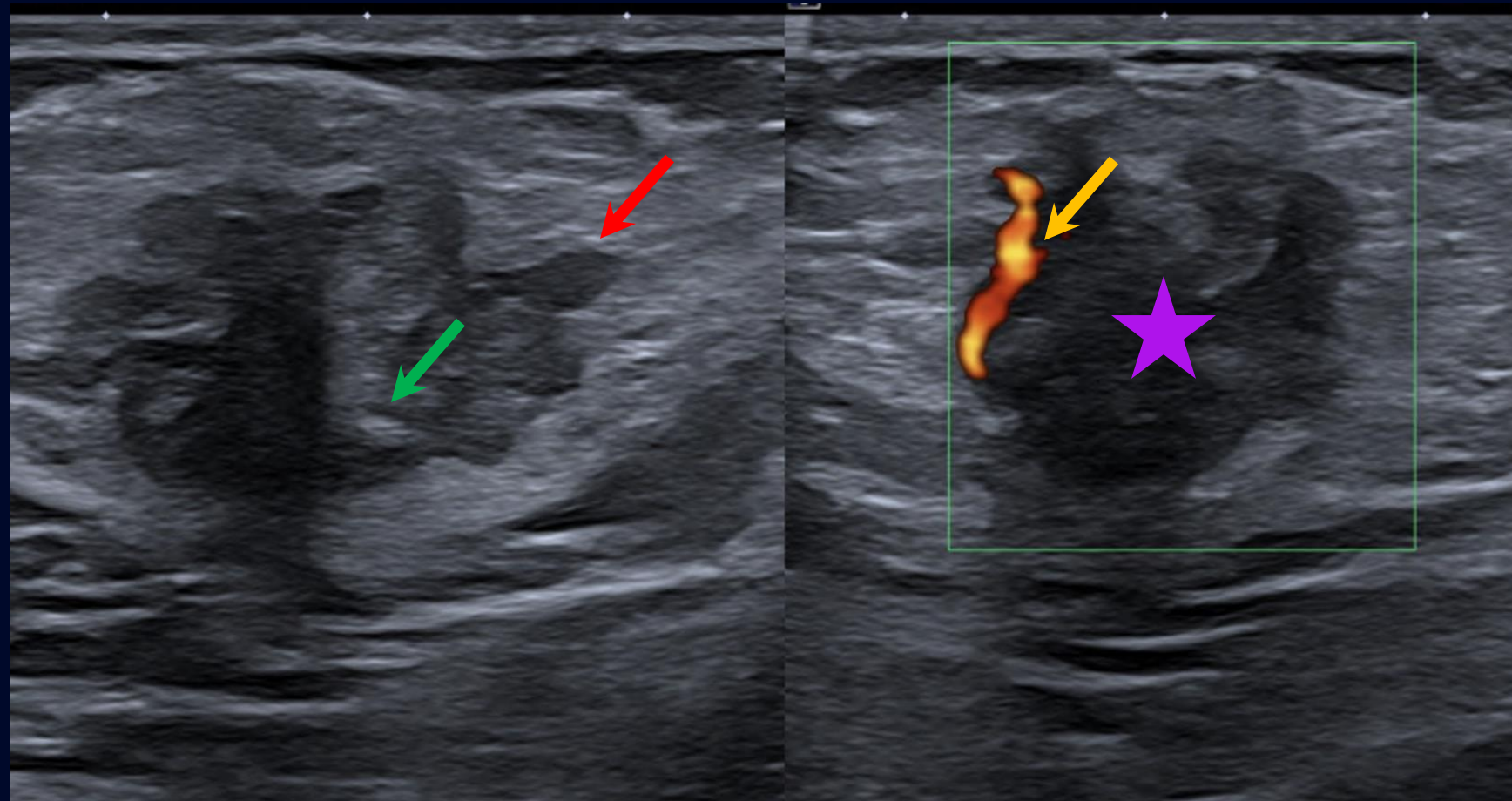


Fosse iliaque droite  
(côté controlatéral pour comparaison)



Fosse iliaque gauche

# Description écho de surface



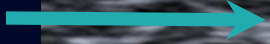
Dans la paroi abdominale antérieure en fosse iliaque gauche, présence d'une masse (étoile mauve) de 21 x 12 x 15 mm, d'échotexture hétérogène, principalement hypoéchogène, avec des échos hyperéchogènes internes dispersés (flèche verte), des contours irréguliers (flèche rouge), et une légère vascularisation au Doppler couleur (flèche orange)

# Description écho de surface

Graisse sous cutanée



Muscle oblique interne gauche

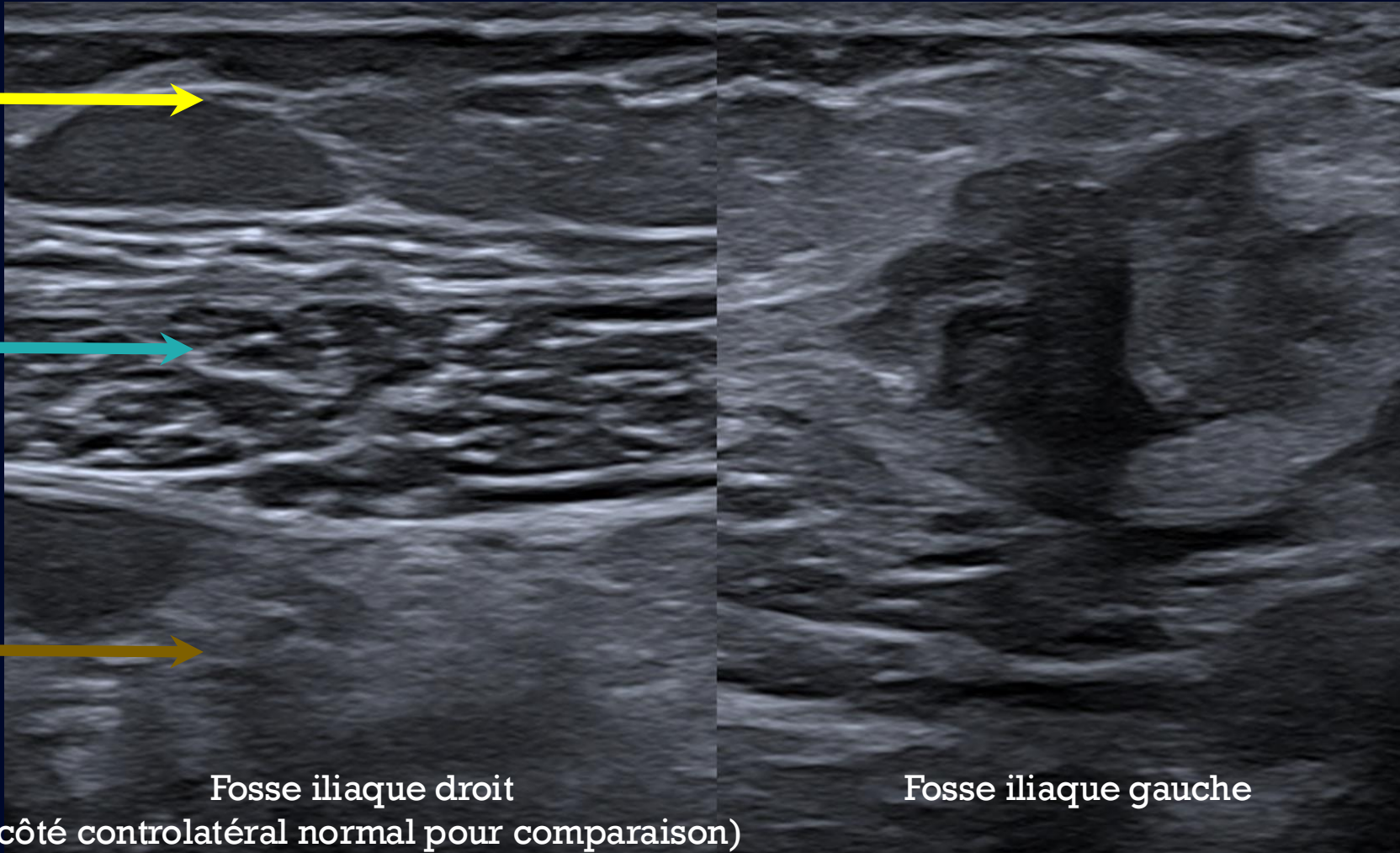


Anses digestives en intra-abdominal



Fosse iliaque droit  
(côté controlatéral normal pour comparaison)

Fosse iliaque gauche

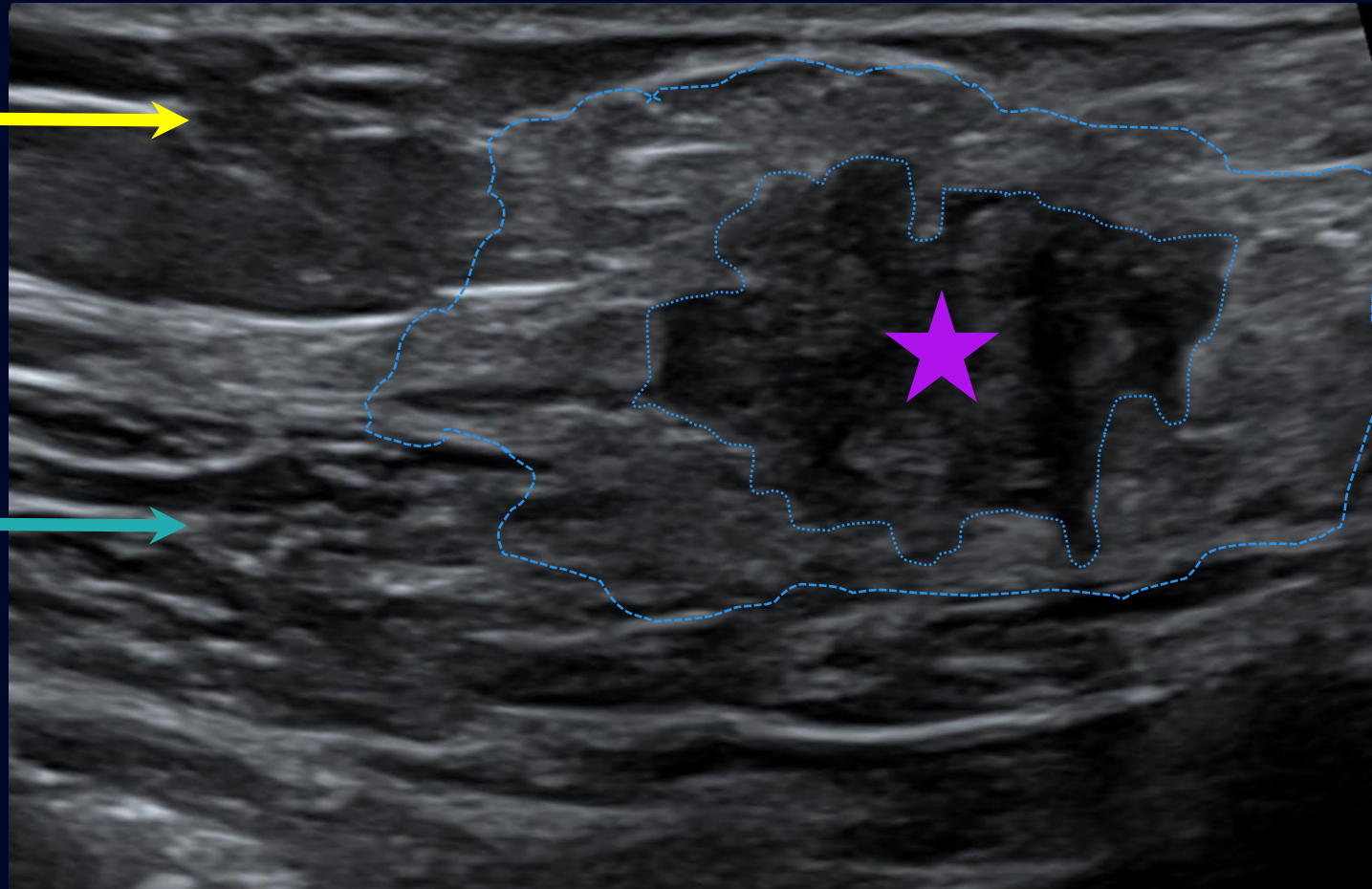
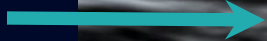


# Description écho de surface

Graisse sous cutanée



Muscle oblique interne gauche



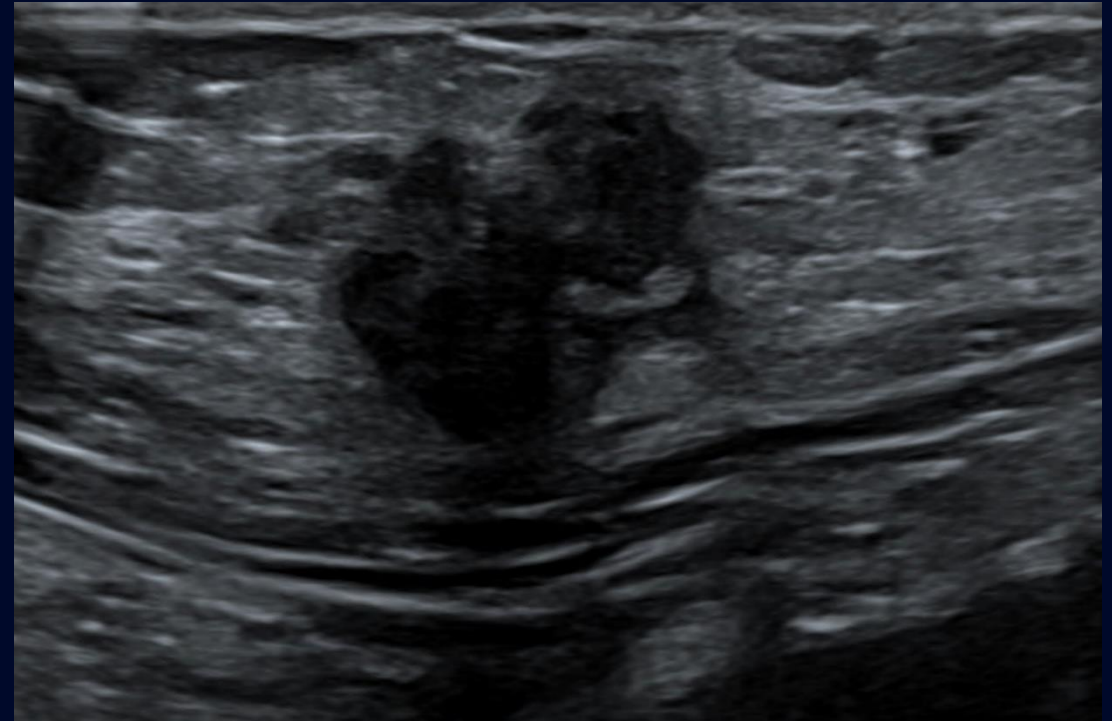
La masse est entourée d'une zone hyperéchogène périlésionnelle (pointillé).

Envahissement du muscle oblique interne gauche

# Synthèse radiologique

Dans le muscle oblique interne en fosse iliaque gauche, présence d'une masse

- principalement hypoéchogène
- échos hyperéchogènes internes dispersés
- contours irréguliers
- légère vascularisation au Doppler couleur





# Diagnostic différentiel

## **Masse solide unique de la paroi abdominale antérieure**

### **Diagnostics généraux :**

- Tumeur desmoïde
- Sarcome
- Schwannome
- Lymphome primaire cutané

### **Diagnostics dans un contexte clinique ciblé :**

- Endométriose, si patiente pré-ménopause / antécédent de césarienne
- Métastase, si contexte oncologique
- Fibromatose, si contexte syndromique / Gardner
- Neurofibrome / tumeur des gaines nerveuses périphériques, si neurofibromatose

# Diagnostic différentiel

## Masse solide unique de la paroi abdominale antérieure

**Tumeur  
desmoïde**



### En faveur :

- La masse la plus courante de la paroi abdominale
- Ratio femme-homme de 11:1
- Localisation typique
- Masse solide hypoéchogène avec vascularisation au Doppler couleur
- Peut être associée à un site d'incision de césarienne ou d'hystérectomie, bien que cela soit rare

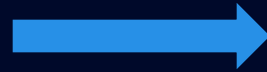
### En défaveur :

- Peut être associé au syndrome de Gardner (polypose adénomateuse familiale)
- D'habitude d'aspect plus homogène hypoéchogène et circonscrit

# Diagnostic différentiel

## **Masse solide unique de la paroi abdominale antérieure**

**Sarcome**



### **En faveur :**

- Masse solide rehaussante de la paroi abdominale
- La deuxième masse la plus fréquente de la paroi abdominale, après les tumeurs desmoïdes

### **En défaveur :**

- Stabilité depuis 2 ans
- Pas de nécrose/dégénérescence kystique
- À la peau, pas d'ulcération, de décoloration ni de saignement

# Diagnostic différentiel

## **Masse solide unique de la paroi abdominale antérieure**

**Schwannome  
de la paroi  
abdominale**



### **En faveur :**

- Masse solide

### **En défaveur :**

- La paroi abdominale antérieure / antéro-latérale sont des localisations rares pour les schwannomes.
- L'aspect du schwannome est une masse circonscrite avec des espaces kystiques et un degré variable de rehaussement.

# Diagnostic différentiel

## Masse solide unique de la paroi abdominale antérieure

**Lymphome cutané  
(lymphome non  
hodgkinien extra-  
ganglionnaire isolé à  
la peau)**



### En faveur :

- Masse rehaussante

### En défaveur :

- Entité rare
- Si lymphome à cellules B : localisation cutanée isolée, ce qui est rare
- Si lymphome à cellules T : aspect plus classique de multiples lésions cutanées, un épaissement diffus de la peau +/- ulcération. Cette entité pourrait même imiter une cellulite.

# Diagnostic différentiel

## Masse solide unique de la paroi abdominale antérieure

### Endométriose



#### En faveur :

- Masse principalement hypoéchogène, à contours irréguliers, vascularisée au Doppler couleur
- Adjacent à la cicatrice de césarienne.

F 26 ans



- Au questionnaire au chevet en salle d'échographie, la patiente rapporte que la masse est apparue **après sa césarienne** et qu'il s'agit de **douleurs cycliques** concordant avec ses menstruations.

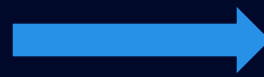
#### En défaveur :

- --

# Diagnostic différentiel

## **Masse solide unique de la paroi abdominale antérieure**

**Métastase**



**En défaveur :**

- Pas de primaire

**Neurofibrome / tumeur  
des gaines nerveuses  
périphériques**

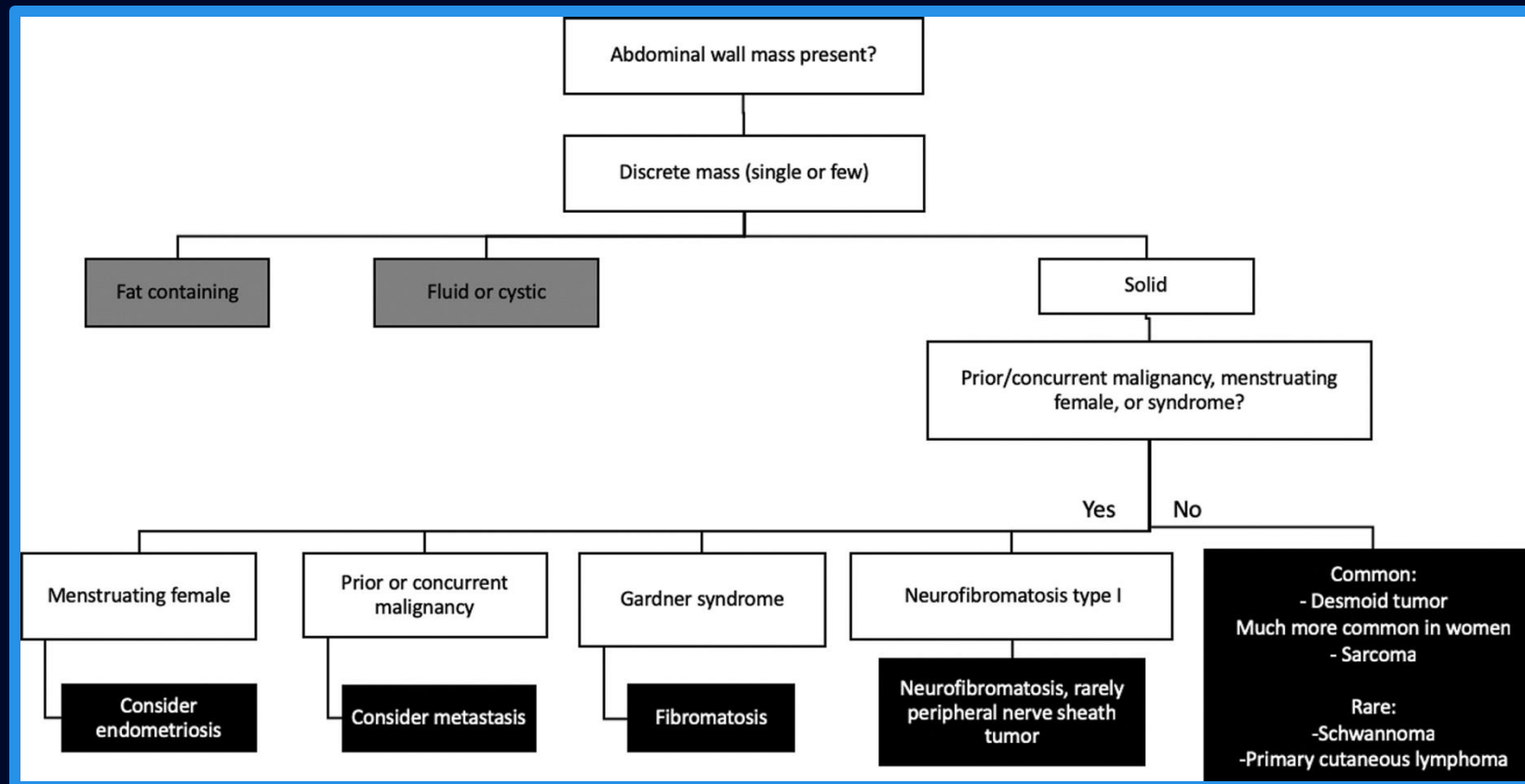


**En défaveur :**

- Pas de neurofibromatose type I

# Algorithme d'investigation

## Masse de la paroi abdominale





# Diagnostic final \*

\* Diagnostic le plus probable, basé sur l'histoire et l'aspect radiologique

# Implant d'endométriose au sein de la paroi abdominale

# Endométriose

## Épidémiologie

- L'endométriose de la paroi abdominale consiste en la présence de tissu endométrial ectopique dans la paroi abdominale antérieure.
- Trouvé le plus fréquemment dans le muscle droit de l'abdomen. Aussi rapporté au fascia musculaire ou dans le derme de l'abdomen.
- Survient typiquement après une intervention où l'utérus est manipulé, avec cicatrice de la paroi abdominale antérieure.
- Les interventions gynécologiques impliquées comprennent :
  - La césarienne (85% des cas rapportés)
  - L'hystérotomie
  - L'hystérectomie
  - La ligature des trompes
  - La myomectomie

# Endométriose

## Épidémiologie

- Atteinte de la paroi abdominale = 0,03-0,45 % de tous les cas d'endométriose.
  - Peut survenir avec ou sans endométriose pelvienne.
- Âge moyen à la présentation = 31 ans.
  - La plupart des cas surviennent chez les femmes en âge de procréer.
- Les symptômes commencent généralement 5 ans après la procédure chirurgicale initiale.
- Triade clinique =
  - 1) une douleur cyclique
  - 2) une masse au niveau ou à proximité de la cicatrice de la paroi abdominale
  - 3) un antécédent de césarienne ou autre procédure gynécologique similaire.

# Endométriose

## Pronostic

- Le taux de récurrence après exérèse chirurgicale est rapporté autour de 4,3 %.
- L'endométriose de la paroi abdominale n'affecte généralement pas directement la fertilité, contrairement à l'endométriose pelvienne.
- Les patientes atteintes d'endométriose de la paroi abdominale peuvent cependant présenter un risque accru d'endométriose pelvienne concomitante, ce qui peut affecter le pronostic global et la prise en charge.
- Un suivi régulier est recommandé pour surveiller une éventuelle récurrence ou une rare transformation maligne (moins de 1 %) en carcinome à cellules claires ou adénocarcinome endométrioïde.

# Endométriose

## **Bilan**

## **radiologique**

**Échographie** = modalité d'imagerie de première intention pour le diagnostic.

**L'IRM** est préférable pour les lésions profondes ou étendues.

Les trouvailles échographiques et CT ne sont pas spécifiques, mais elles sont particulièrement utiles pour la détection et la description de l'étendue de la maladie.

# Endométriose

## Traitement

**Traitement conservateur: à privilégier en 1<sup>è</sup> ligne**

**Agents hormonaux:**

- Contraceptifs oraux combinés (œstrogène et progestatif)
- Progestatifs seuls (ex. dienogest Visanne ®)
- Stérilet hormonal à lévonorgestrel (ex. Kyleena® ou Mirena)

**Traitement définitif: en 2<sup>è</sup> intention**

- Exérèse locale

# Références

1. Ballard DH, Mazaheri P, Oppenheimer DC, et al. Imaging of Abdominal Wall Masses, Masslike Lesions, and Diffuse Processes. *Radiographics*. 2020;40(3):684-706. doi:10.1148/rg.2020190170
2. Allen SE, Rindos NB, Mansuria S. Abdominal wall endometriosis: an update in diagnosis, perioperative considerations and management. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2021;33(4):288-295. doi:10.1097/GCO.0000000000000714
3. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;186(3):616-620. doi:10.2214/AJR.04.1619
4. Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci*. 2020;17(4):536-542. Published 2020 Feb 10. doi:10.7150/ijms.38679