

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Cas rare d'endométriose urétérale neuf ans après une hystérectomie

I. BAWIN (1), E. TROISFONTAINES (2), M. NISOLLE (3)

RESUME : L'endométriose urétérale est une entité rare ; elle l'est plus encore lorsqu'elle survient en période post-ménopausique. Pathologie sévère, elle peut engendrer un phénomène obstructif menant à une urétérohydronephrose, voire à la perte progressive et souvent silencieuse de la fonction rénale. La symptomatologie, lorsqu'elle est présente, est en effet variable et peu spécifique, rendant le diagnostic pré-opératoire difficile. Le traitement est chirurgical et a pour but la levée de l'obstacle afin de préserver la fonction rénale. Nous rapportons le cas d'une patiente de 39 ans, ayant bénéficié d'une hystérectomie pour endométriose neuf années auparavant, chez laquelle une récurrence sous forme d'endométriose urétérale a été révélée par une urétérohydronephrose. Une urétérolyse par laparoscopie assistée du robot chirurgical a permis l'exérèse complète de la lésion et la libération de l'uretère. La patiente n'a présenté aucune récurrence d'urétérohydronephrose aux contrôles échographiques réalisés lors des 5^{ème} et 9^{ème} mois post-opératoires.
MOTS-CLÉS : *Endométriose - Endométriose urétérale - Urétérohydronephrose - Urétérolyse - Chirurgie robotique*

RARE CASE OF URETERAL ENDOMETRIOSIS NINE YEARS
AFTER HYSTERECTOMY

SUMMARY : Ureteral endometriosis is a rare entity, especially when it occurs in the postmenopausal period. In certain circumstances, this severe disease can cause obstruction, leading to ureterohydronephrosis and, finally, to a progressive and often silent loss of renal function. The symptomatology is variable and non specific, making pre-operative diagnosis difficult. The treatment is mainly surgical. Its aim is the relief of obstruction to preserve the renal function. We report the case of a 39 year old patient, hysterectomised for endometriosis nine years earlier, who developed a recurrence demonstrated by ureteral endometriosis and revealed by ureterohydronephrosis. Robot-assisted laparoscopic ureterolysis allowed a complete resection of the lesion and resolved the obstruction. No recurrence of ureterohydronephrosis was found at the fifth and ninth postoperative month ultrasonographic controls.
KEYWORDS : *Endometriosis - Ureteral endometriosis - Ureterohydronephrosis - Ureterolysis - Robot-assisted surgery*

OBSERVATION CLINIQUE

La patiente de 39 ans est adressée en consultation d'urologie pour une dilatation urétérale gauche découverte lors d'une échographie abdominale réalisée dans un contexte de gène lombaire bilatérale, accompagnée d'une infection urinaire traitée par Ciprofloxacine. Afin d'exclure une origine néoplasique, une cytologie urinaire a été réalisée et s'est avérée négative. Le CA 125 est également normal (13,2 U/ml).

Une urétéroscopie diagnostique et une urétérographie confirment une courte sténose serrée extrinsèque sans lésion endoluminale du bas uretère gauche, levée au passage de l'urétéroscopie (fig. 1). Une sonde JJ est mise en place, soulageant la symptomatologie lombaire de la patiente.

La résonance magnétique nucléaire (RMN) de contrôle réalisée quinze jours plus tard montre une sonde JJ bien en place, un élargissement de l'uretère gauche à son entrée dans le petit bassin, ainsi qu'une structure complexe kystique de 2,7 cm sur 0,8 cm. Celle-ci se trouve

en contact avec la partie antérieure de l'uretère gauche, rétréci à cet endroit et présentant un épaississement asymétrique de sa paroi, probablement dû à une obstruction et à une inflammation secondaire. Aucun argument ne plaide en faveur d'une endométriose (fig. 2-4).

On note cependant, dans les antécédents de cette patiente, une hystérectomie radiale totale réalisée neuf ans plus tôt pour d'importantes lésions d'endométriose. Vu son jeune âge, la patiente a bénéficié depuis lors d'un traitement substitutif de la ménopause à base d'oestrogènes seuls. Lors de l'examen gynécologique, un nodule postérieur probablement endométriosique de +/- 2,5 cm est détecté.

Il est décidé de procéder à une laparoscopie exploratrice assistée du robot chirurgical. De nouveau, aucune lésion caractéristique d'endométriose n'est visualisée. Une adhésiolysé sigmoïdo-vaginale, une urétérolyse avec libération complète de l'uretère gauche et l'exérèse d'un nodule fibrotique sans ouverture vaginale ont été réalisés (fig. 5). L'analyse anatomopathologique de la pièce d'exérèse péri-urétérale gauche confirme la nature endométriosique de celle-ci.

Les suites opératoires sont marquées au 6^{ème} jour par une pyrexie dans un contexte de pyélonéphrite à E. Coli, d'évolution favorable sous

(1) Etudiante, Université de Liège.
(2) Urologue, CHR Citadelle, Liège.
(3) Chef de service, Service de Gynécologie-Obstétrique, Université de Liège, CHR Citadelle, Liège.



Figure 1. Urétérographie rétrograde – Lésion sténosante de l'uretère gauche avec dilatation en amont.

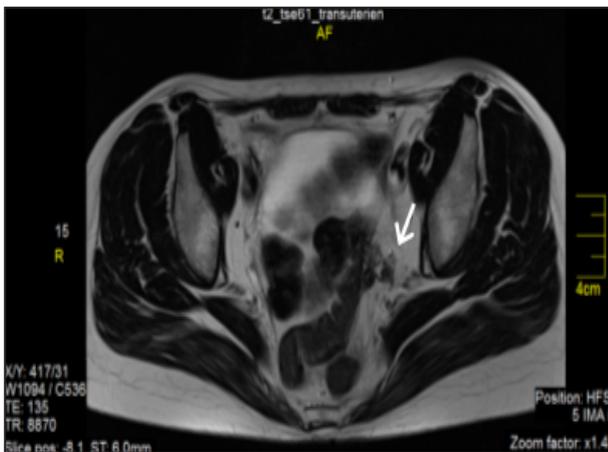


Figure 2. Résonance magnétique (pondération T2) : lésion tissulaire hétérogène au contact de l'uretère gauche (flèche).



Figure 3. Résonance magnétique (pondération T1, FatSat) : lésion tissulaire hétérogène au contact de l'uretère gauche (flèche), de signal intermédiaire et dont la composante n'est pas franchement hémorragique.

antibiothérapie, mais ayant entraîné une majoration de la durée d'hospitalisation. La patiente peut regagner son domicile au 10^{ème} jour post-opératoire. La sonde JJ sera quant à elle ôtée

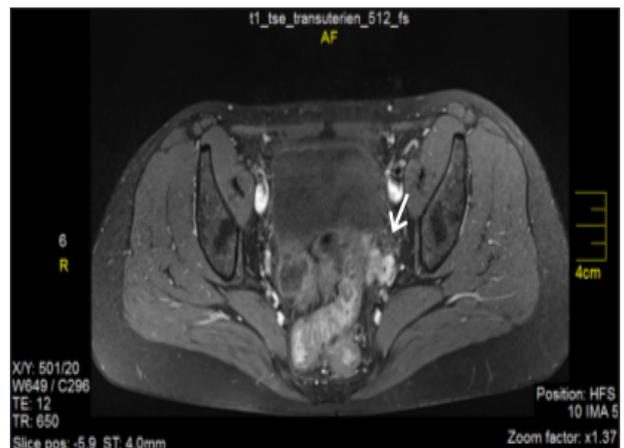


Figure 4.– Résonance magnétique (pondération T1, FatSat + Gadolinium) : rehaussement de la lésion tissulaire au contact de l'uretère gauche (flèche) après injection de Gadolinium.

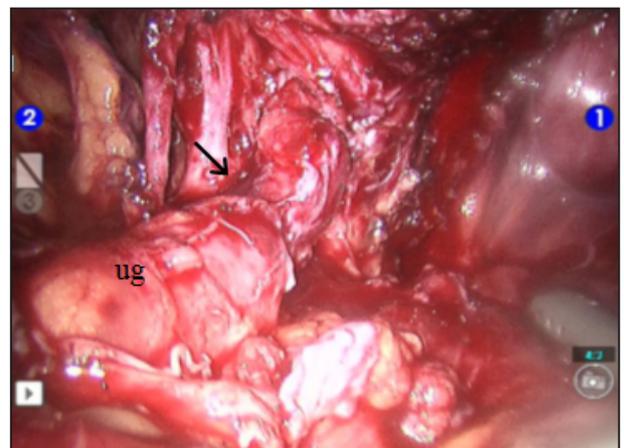


Figure 5. Urétérolyse par laparoscopie avec assistance robotisée : visualisation de l'uretère gauche (ug) dilaté en amont d'une portion sténosée (flèche) par du tissu fibrotique, sans lésion d'endométriote visualisée.

quatre mois plus tard étant donné la régression de l'urétérohydronéphrose. Le suivi se caractérise par l'absence de récurrence de la symptomatologie et de l'urétérohydronéphrose lors des contrôles échographiques réalisés aux 5^{ème} et 9^{ème} mois post-opératoires. Le suivi au long terme sera constitué d'une échographie rénale annuelle.

DISCUSSION

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'endométriote est une pathologie gynécologique qui se définit par la présence de tissu endométrial composé de glandes et/ou de stroma, en dehors de la cavité utérine (1).

Relativement fréquente chez les femmes en âge de procréer, sa prévalence est estimée à 10-20% dans la population générale alors qu'elle peut atteindre 35-50% dans la population

des femmes souffrant d'infertilité et plus de 50% en cas de douleurs pelviennes (2).

L'atteinte pelvienne est la plus fréquente et concerne principalement les ovaires (54%), le ligament large (35%), le cul-de-sac de Douglas (35%) et les ligaments utéro-sacrés (8%) (3). La localisation extra-génitale est beaucoup plus rare, particulièrement l'atteinte urétérale dont la prévalence rapportée est < 1% des femmes souffrant d'endométriose (4). Il semblerait cependant que la prévalence réelle de cette pathologie puisse être sous-estimée, de par la difficulté de poser son diagnostic tant par l'anamnèse que par la clinique, les lésions pouvant passer inaperçues au cours du bilan préopératoire, voire même de la chirurgie.

L'endométriose urétérale est habituellement unilatérale, plus fréquemment rencontrée à gauche et limitée au tiers distal de l'uretère. Deux types principaux de lésions sont observés avec un ratio de 1:4 bien que pouvant coexister chez une même patiente (5). L'endométriose urétérale *intrinsèque* se caractérise par la présence de tissu endométrial ectopique ayant infiltré directement la paroi de l'uretère. Dans l'endométriose urétérale *extrinsèque*, l'infiltration par le tissu endométrial ectopique se limite à l'adventice ou aux tissus environnants (4). Ces deux types peuvent aboutir à une obstruction urétérale, voire à une urétérohydronéphrose, avec, à terme, une perte fonctionnelle rénale qui peut rester longtemps silencieuse. On retrouve une altération fonctionnelle rénale chez environ 30% des patientes au moment du diagnostic (6.) Il est donc primordial de diagnostiquer précocement cette pathologie afin d'éviter une atrophie rénale passant souvent inaperçue et pouvant amener à une néphrectomie.

PHYSIOPATHOLOGIE

Tout comme les autres localisations de l'endométriose profonde, la physiopathologie de l'endométriose urétérale demeure incertaine. La théorie la plus satisfaisante et la plus largement acceptée est celle de la transplantation, proposée par Sampson en 1927, et consiste en une greffe de cellules endometriales ectopiques après reflux de sang menstruel (7).

Les oestrogènes, responsables de la croissance et de la différenciation de l'endomètre eutopique, exercent le même rôle au niveau de l'endomètre ectopique. Les lésions involuent donc généralement en cas de ménopause physiologique ou chirurgicale. De rares cas d'endométriose urétérale post-ménopausique sont retrouvés dans la littérature (8).

Chez la patiente présentée dans cet article, un traitement hormonal substitutif constitué d'oestrogènes seuls a été instauré après l'hystérectomie, ce qui peut expliquer une nouvelle croissance des lésions laissées en place après la chirurgie. Le traitement aurait donc dû se composer d'une association oestro-progestative afin de minimiser les risques de récurrence.

SYMPTOMATOLOGIE

Cullen (13) a rapporté le premier cas d'une patiente atteinte d'endométriose urétérale présentant une uropathie obstructive en 1917. Depuis lors, environ 200 cas ont été décrits dans la littérature. La présentation clinique de l'endométriose urétérale est variable, peu spécifique et, dans la plupart des cas, silencieuse, rendant le diagnostic préopératoire extrêmement difficile (9). On retrouve chez environ un tiers des patientes des symptômes tels que dysménorrhée, dyspareunie, douleur pelvienne, infertilité, dysurie, pollakiurie, infections urinaires récurrentes ou douleurs lombaires (10).

Certains symptômes peuvent néanmoins orienter vers le site d'implantation des lésions. Ainsi, une atteinte vésicale se caractérise plus fréquemment par un syndrome mictionnel cyclique et de la dysurie. L'urgenterie et la pollakiurie sont alors les plus fréquentes (20%), tandis que l'hématurie cyclique est plus rare. L'atteinte urétérale est asymptomatique chez près de la moitié des femmes et pourra causer douleurs abdominales et lombaires chez les autres. L'atteinte rénale, si elle est symptomatique, peut également entraîner des douleurs lombaires. L'hématurie macroscopique, considérée comme un signe d'endométriose urétérale intrinsèque, n'est quant à elle présente que dans 13-18% des cas (11).

DIAGNOSTIC

Etant donné la corrélation entre la présence de larges lésions d'endométriose au niveau de la cloison recto-vaginale et l'atteinte urétérale, l'exploration clinique demeure primordiale. Il est recommandé de procéder à un toucher vaginal à la recherche de nodule d'endométriose dans les culs-de-sac vaginaux postérieurs et antérieurs chez toutes les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques, de dysménorrhée ou de dyspareunie. En cas de large nodule recto-vaginal, une exploration radiologique doit être réalisée vu le risque d'uropathie obstructive (4).

Seuls, une forte suspicion clinique et des arguments iconographiques peuvent donc aider

au diagnostic précoce d'endométriose urétérale. Ainsi, une étude rapporte une suspicion préopératoire d'endométriose urétérale chez seulement 40% des patientes (9). Cependant, les techniques d'imagerie telles que l'échographie, l'urographie intraveineuse, l'IRM, l'urétéroscopie et la laparoscopie ont une valeur limitée pour déterminer avec précision l'extension de la maladie et le degré d'infiltration de la paroi urétérale (12). Enfin, la découverte radiologique d'une obstruction pose la question du diagnostic différentiel des causes urologiques de sténose intrinsèque ou extrinsèque, telles que la lithiase, une anomalie anatomique, un syndrome de jonction, une néoplasie primitive ou métastatique, une lymphadénopathie rétropéritonéale, une fibrose rétropéritonéale idiopathique, une séquelle chirurgicale ou un traumatisme.

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT

Les traitements médicamenteux tels que les agonistes de la GnRH, les progestatifs, les contraceptifs oraux oestroprogestatifs monophasiques en continu et le Danazol se sont avérés d'une efficacité limitée chez les patientes souffrant d'endométriose profonde infiltrante, entraînant une amélioration temporaire plutôt qu'une élimination définitive de la maladie. Il s'agit donc d'une alternative thérapeutique dite suspensive et non curative. De plus, la fibrose, jugée importante dans tous les types d'endométriose urétérale, répond peu au traitement hormonal et le taux de récurrence n'est pas négligeable (1).

La prise en charge de l'uropathie obstructive causée par l'endométriose urétérale fait donc généralement intervenir des techniques chirurgicales telles que l'urétérolyse et la résection segmentaire avec anastomose ou réimplantation dont le but est l'exérèse complète de l'endométriose et de sa composante fibreuse afin de lever l'obstruction au long terme et, ainsi de préserver la fonction rénale. La néphrectomie n'est proposée qu'en cas de fonction rénale insuffisante, les possibilités de récupération après chirurgie conservatrice étant très limitées (12).

CONCLUSION

L'endométriose urétérale est une pathologie rare et sévère, pouvant aboutir à une obstruction de l'uretère, voire, à une urétérohydronephrose avec à terme une perte fonctionnelle rénale qui peut rester longtemps silencieuse. La symptomatologie est variable et peu spécifique, rendant le diagnostic préopératoire difficile. De plus, les techniques d'imagerie ont une valeur limitée pour déterminer avec précision l'extension de

la maladie et le degré d'infiltration de la paroi urétérale. Le toucher vaginal demeure primordial, à la recherche d'un nodule dans les culs-de-sac vaginaux. Le traitement médicamenteux est d'une efficacité limitée chez ces patientes. Le choix du traitement chirurgical optimal est difficile. Il doit, dans tous les cas, viser à la levée de l'obstacle, à préserver la fonction rénale et à éviter au maximum la récurrence de la maladie en procédant à l'exérèse la plus complète des lésions avec une morbidité minimale. Il est primordial de prévenir les patientes de l'importance d'un suivi rigoureux, des risques de complications post-opératoires non négligeables et de la possible nécessité d'une réintervention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nisolle M.— L'endométriose : de la recherche à la pratique clinique. *Bul Mem Acad R Med Belg*, 2007, **5-6**, 263-274.
2. Giudice LC, Kao LC.— Endometriosis. *Lancet*, 2004, **364**, 1789-1799
3. Ball TL, Platt MA.— Urologic complications of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*, 1962, **84**, 1516-1521.
4. Nisolle M, Lopez de la Osa Escribano I, Squifflet J, et al.— Ureteral Endometriosis. *Gynaecol Endosc*, 2001, **10**, 2, 95-97.
5. Stiehm WD, Becker JA, Weiss RM.— Ureteral endometriosis. *Radiology*, 1972, **102**, 563-564.
6. Horn LC, Do Minh M, Stilzenburg JU.— Intrinsic form of ureteral endometriosis causing ureteral obstruction and partial loss of kidney function. *Urol Int*, 2004, **73**, 181-184.
7. Sampson JA.— Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol*, 1927, **14**, 422-469.
8. Pugliese JM, Peterson AC, Philbrick JH Jr, et al.— Ureteral endometriosis in patients after total abdominal hysterectomy : presentation and diagnosis : a case series. *Urology*, 2006, **67**, 622.
9. Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, Get al.— Importance of retroperitoneal ureteric evaluation in cases of deep infiltrating endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*, 2008, **15**, 435-439.
10. Stamatiou K, Petrakos G, Alevizos A, et al.— Endometriosis of ureter-induced recurrent urinary tract infections in a premenopausal woman – case report. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2007, **34**, 63-64.
11. Comiter CV.— Endometriosis of the urinary tract. *Urol Clin North Am*, 2002, **29**, 625-635.
12. Ghezzi F, Cromi A, Bergamini V, et al.— Management of ureteral endometriosis : areas of controversy. *Cur Opin Obstet Gynecol*, 2007, **19**, 319-324.
13. Cullen TS.— The distribution of adenomyomas containing uterine mucosa. *Arch Surg*, 1920, **1**, 215-283.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. M. Nisolle, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, 4000 Liège, Belgique.
Email : michelle.nisolle@chu.ulg.ac.be