



**HAL**  
open science

## **Endométriose surinfecté fistulisé au sigmoïde**

Antonin Derinck, Alyssa Faradji, Salma Touleimat, Clothilde Hennetier, Mickaël Lair, Céline Savoye-Collet

### ► **To cite this version:**

Antonin Derinck, Alyssa Faradji, Salma Touleimat, Clothilde Hennetier, Mickaël Lair, et al.. Endométriose surinfecté fistulisé au sigmoïde. *Imagerie de la Femme*, 2020, 30, pp.145 - 148. <10.1016/j.femme.2020.06.003>. <hal-03492999>

**HAL Id: hal-03492999**

**<https://hal.science/hal-03492999v1>**

Submitted on 17 Oct 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

## **Endométriose surinfecté fistulisé au sigmoïde**

### *A case of sigmoido-ovarian fistula of endometriotic abscessed cyst*

Antonin DERINCK <sup>a\*</sup>, Alyssa FARADJI <sup>a</sup>, Salma TOULEIMAT <sup>b</sup>, Clothilde HENNETIER <sup>b</sup>, Mickaël LAIR <sup>a</sup>, Céline SAVOYE-COLLET <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service d'imagerie, CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76031 Rouen, France

<sup>b</sup> Service de gynécologie, CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76031 Rouen, France

\*Auteur correspondant ; e-mail : [antonin.derinck@chu-rouen.fr](mailto:antonin.derinck@chu-rouen.fr)

## Résumé

L'atteinte digestive est l'atteinte extragénitale la plus fréquente de l'endométriose, et doit toujours être recherchée pour orienter la chirurgie. Parmi les complications classiques de l'endométriose, la surinfection est décrite mais rare. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant consulté pour des écoulements rectaux dans un contexte d'endométriose connue. L'IRM a mis en évidence des lésions d'endométriose profonde, une double atteinte digestive et un endométriome surinfecté fistulisé au sigmoïde.

## Abstract

Endometriosis along the bowel is the most common site for extragenital endometriosis, and must be sought to guide the surgical procedure. Among endometriosis complications, surinfection is classically described, but rare. We report the case of a patient sent for a pelvic MRI, in a context of known deep endometriosis. Imaging showed deep pelvic endometriosis lesions, large bowel involvement and a sigmoido-ovarian fistula of endometriosis abscessed cyst .

## Mots clés

endométriose pelvienne profonde ; endométriose digestive ; abcès ; fistule colo-ovarienne

## Keywords

deep pelvic endometriosis; bowel endometriosis; abscess; colo-ovarian fistula

## 1. Introduction

L'endométriose pelvienne est une maladie bénigne, fréquente, touchant environ 10% des femmes en période d'activité génitale, et est définie par la présence de tissu endométrial ectopique en dehors de l'utérus (1). La localisation sous péritonéale postérieure est l'atteinte pelvienne profonde la plus fréquente, tandis que la localisation digestive représente le premier site d'atteinte extragénitale (2,3).

La surinfection des lésions d'endométriose est rare, et la fistulisation digestive d'un endométriome surinfecté est encore plus exceptionnelle.

## 2. Observation clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente de 35 ans adressée en IRM en raison d'écoulements rectaux dans un contexte d'endométriose connue. Une chirurgie lui avait été proposée il y a plusieurs années mais n'avait finalement pas eu lieu en raison de la survenue d'une grossesse spontanée. Sans contraception au moment de cette observation, elle rapportait une dysménorrhée, des dyspareunies profondes, une dysurie et une dyschésie.

L'IRM pelvienne a été réalisée avec une opacification vaginale et rectale par du gel d'échographie devant la symptomatologie évocatrice d'une atteinte digestive.

L'examen retrouvait une masse centropelvienne complexe, uniloculaire, développée aux dépens de l'ovaire gauche (Figure 1). Elle présentait un signal T2 intermédiaire, hétérogène, avec un niveau hydroaérique. Son contenu restreignait la diffusion (Figure 2a), en rapport avec un contenu purulent, et sa paroi épaisse se rehaussait intensément après injection de produit de contraste (Figure 2b). Cet aspect était celui d'un abcès tubo-ovarien.

Cet abcès communiquait avec le colon sigmoïde sous forme d'un trajet fistuleux en hypersignal T2 (Figure 3).

Le reste de l'examen retrouvait une atteinte endométriosique profonde postérieure sévère avec un nodule du torus et de l'origine des ligaments utérosacrés, étendu au paramètre gauche (Figure 4). Des implants endométriosiques millimétriques de l'ovaire droit étaient présents (Figure 4b).

Il existait également une double atteinte du tube digestif chez cette patiente, l'une en aval de la fistule, en continuité avec l'atteinte du torus (Figure 5), l'autre en amont de la fistule (Figure 6).

La patiente a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale coelioscopique, consistant en une annexectomie gauche, une urétérolyse bilatérale, une résection du nodule du torus étendu aux ligaments utérosacrés et au paramètre gauche. Un geste chirurgical sur le tube digestif a également été réalisé avec une résection colorectale segmentaire emportant la double atteinte digestive et le trajet fistuleux, retrouvé en peropératoire, avec anastomose latéroterminale.

Les résultats anatomopathologiques ont confirmé l'atteinte décrite en IRM, avec des lésions d'hydrosalpinx et composante de pyosalpinx, associées à des lésions d'endométriose de l'ovaire gauche.

### **3 .Discussion**

La surinfection d'endométriomes est une complication classiquement décrite mais rare.

L'endométriose sévère serait un facteur de risque de développer un abcès tubo-ovarien avec une incidence de 2,3% chez des patientes atteintes d'un endométriome (4,5). Elle intervient le plus fréquemment comme complication de prélèvements ovocytaires dans le cadre d'assistance médicale à la procréation (6), mais peut aussi intervenir de novo (7).

Des formes de fistules vésico-ovariennes compliquant des endométriomes ont été décrites (8). En revanche la fistulisation d'un endométriome surinfecté au tube digestif est exceptionnelle et seul un cas de fistule colo-ovarienne secondaire à une atteinte endométriosique ovarienne a été rapporté dans la littérature (9).

La physiopathologie est mal connue. La surinfection de l'endométriome pourrait être secondaire à une altération de l'environnement immunitaire au sein des glandes endométriales et du stroma. L'accumulation de sang au cours des cycles dans un espace kystique, et la faiblesse de la paroi du kyste endométriosique en comparaison à un épithélium ovarien normal pourrait favoriser la prolifération bactérienne. La surinfection de l'endométriome et l'inflammation locorégionale engendrée peuvent entraîner des adhérences à la paroi digestive jusqu'à la fistulisation.

La sémiologie habituelle de l'endométriome, en franc hypersignal T1 supérieur à la graisse, persistant sur les séquences avec saturation du signal de la graisse associé à un « shading » caractéristique en T2, est donc modifiée. Dans le cas présent, la masse avait les caractéristiques classiques d'un abcès tubo-ovarien.

L'intérêt de ce dossier réside également dans la nécessité de rechercher une atteinte digestive multifocale dans l'endométriose afin de guider la prise en charge chirurgicale de façon optimale. Il est essentiel de décrire dans les comptes-rendus radiologiques plusieurs points clés de l'atteinte digestive : leur nombre (atteinte souvent multifocale), leur localisation (distance à la marge anale), leur étendue ainsi que la circonférence de l'atteinte et son caractère sténosant. La profondeur de l'atteinte est également utile, d'étude parfois difficile, et pouvant justifier le recours à l'échoendoscopie.

Ces éléments déterminent trois attitudes possibles sur le plan chirurgical :

- soit la réalisation d'un « shaving », c'est-à-dire passer entre la lésion et la paroi antérieure du rectum pour réséquer le nodule, mais cela implique l'absence d'extension en profondeur à la musculature interne ;
- soit une résection chirurgicale à proprement parler avec à nouveau la possibilité de réaliser une résection discoïde avec patch pour des lésions de petites tailles (inférieures à 3 cm et à 40% de la circonférence) ;
- soit une résection segmentaire si la lésion est plus volumineuse, ou multifocale, comme dans notre cas (10).

#### **4. Conclusion**

La fistulisation d'un endométriome surinfecté au sigmoïde est rarement observée.

La sémiologie de l'abcès tubo-ovarien doit être connue, correspondant à une masse annexielle uni ou multiloculaire complexe, hétérogène présentant un aspect « sale » sur les pondérations T2, une restriction de la diffusion, et une paroi épaisse intensément réhaussée après injection de produit de contraste.

L'atteinte digestive doit toujours être recherchée en cas d'endométriose. Une description précise de l'atteinte en IRM permet d'orienter vers le traitement chirurgical le plus approprié.

## Références

1. García Manero M, Olartecoechea B, Royo Manero P, Aubá M, López G. [Endometriosis]. *Rev Med Univ Navarra* 2009;53(2):4-7.
2. Bazot M, Daraï É, 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(2):379-89.
3. Nezhat C, Li A, Falik R, Copeland D, Razavi G, Shakib A, et al. Bowel endometriosis: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218(6):549-62.
4. Kubota T, Ishi K, Takeuchi H. A study of tubo-ovarian and ovarian abscesses, with a focus on cases with endometrioma. *J Obstet Gynaecol Res* 1997;23(5):421-6.
5. Chen M-J, Yang J-H, Yang Y-S, Ho H-N. Increased occurrence of tubo-ovarian abscesses in women with stage III and IV endometriosis. *Fertil Steril* 2004;82(2):498-9.
6. Padilla SL. Case report: ovarian abscess following puncture of an endometrioma during ultrasound-guided oocyte retrieval. *Hum Reprod* 1993;8(8):1282-3.
7. Hameed A, Mehta V, Sinha P. A rare case of de novo gigantic ovarian abscess within an endometrioma. *Yale J Biol Med* 2010;83(2):73-5.
8. Tran C, Even M, Carbonnel M, Preaux F, Isnard F, Rault A, et al. Vesicoovarian Fistula on an Endometriosis Abscessed Cyst. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014;2014:1-3.
9. Lopez MPJ, Ramirez AD, Maglangit SACA, Monroy HJ III. A case of a colo-ovarian cyst fistula as a complication of endometriosis. *Arch Clin Exp Surg* 2018;7(1): 41-43.
10. Kho RM, Andres MP, Borrelli GM, Neto JS, Zanluchi A, Abrão MS. Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018;51:102-10.

## Légendes des figures

**Figure 1.** IRM pelvienne chez une patiente atteinte d'un endométriose surinfecté fistulisé au sigmoïde : séquence pondérée en T2, coupe axiale, mettant en évidence une masse d'origine ovarienne gauche, avec un « signe du croissant ».

**Figure 2.** IRM pelvienne chez une patiente atteinte d'un endométriose surinfecté fistulisé au sigmoïde. a : coupe axiale, séquence de diffusion à b élevé et cartographie du coefficient de diffusion apparent : restriction de diffusion de la masse ; b : coupe sagittale, séquence pondérée en T1 tardive avec saturation du signal de la graisse et injection de gadolinium mettant en évidence une paroi épaisse et intensément rehaussée après l'injection.

**Figure 3.** IRM pelvienne chez une patiente atteinte d'un endométriose surinfecté fistulisé au sigmoïde. Coupe axiale T2 oblique dans le plan des ligaments utérosacrés, mettant en évidence la communication entre l'abcès tubo-ovarien et le sigmoïde sous forme d'un trajet fistuleux en hypersignal T2 (rectangle blanc).

**Figure 4.** IRM pelvienne chez une patiente atteinte d'un endométriose surinfecté fistulisé au sigmoïde. a : coupe axiale, séquence pondérée en T2 mettant en évidence une infiltration nodulaire microkystique, centrée sur le torus et l'origine des ligaments utérosacrés étendue au paramètre gauche ; b : coupe axiale, séquence T1 Dixon Water mettant en évidence des microlésions hémorragiques en hypersignal T1 persistantes après saturation du signal de la graisse, au sein du nodule du torus, en faveur d'une atteinte active. Implant endométriosique millimétrique de l'ovaire droit (flèche creuse).

**Figure 5.** IRM pelvienne chez une patiente atteinte d'un endométriose surinfecté fistulisé au sigmoïde. a : coupe coronale, séquence pondérée en T2 mettant en évidence un nodule du torus et de l'origine des ligaments utérosacrés étendu à la charnière rectosigmoïdienne ; b : coupe sagittale, séquence pondérée en T2 mettant en évidence une extension digestive de contiguïté du nodule du torus à la charnière rectosigmoïdienne. Trajet fistuleux (flèche creuse).

**Figure 6.** IRM pelvienne chez une patiente atteinte d'un endométriose surinfecté fistulisé au sigmoïde, mettant en évidence une seconde atteinte digestive en amont de la fistule sigmoïdienne : infiltration nodulaire sur les séquences axiale et coronale avec remaniement microkystique. a : coupe axiale T2 oblique ; b,c : coupes coronales T2.





















