

**Clinical Report**

## Pleurésie Chronique Exsudative révélant Une Endométriose Pleurale. À Propos de Deux Cas à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (Libreville)

*Pleural endometriosis discovered during a chronic exudative pleural effusion: a report of two cases at the Hopital d'Instruction des Armees Omar Bongo Ondimba (Libreville)*

Mounguengui D<sup>1</sup>, Owono Mbouengou JP<sup>2</sup>, Pither Antchouet S<sup>3</sup>, Kombila UD<sup>1</sup>, Ibinga LD<sup>1</sup>, Engohan C<sup>4</sup>,  
Odounda M<sup>1</sup>, Gaudong Mbethe GL<sup>1</sup>, Magne C<sup>1</sup>, Boguikouma JB<sup>1</sup>.

1-Service de médecine polyvalente. Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOB) de Libreville

2-Service de chirurgie viscérale. HIAOB, Libreville.

3-service de gynéco-obstétrique. HIAOB, Libreville.

4-service d'Anatomie pathologie. HIAOB, Libreville.

Correspondant: MOUNGUENGUI Dieudonné.Email : diosdado2002@yahoo.fr

**RÉSUMÉ:** Nous rapportons deux cas d'endométriose pleurale découverte à l'occasion d'une pleurésie chronique exsudative chez des patientes jeunes dont une nullipare et nulligeste.

**SUMMARY:** We report two cases of pleural endometriosis discovered during a chronic exudative pleural effusion in young patients with a nulliparous and nulligeste.

### INTRODUCTION

Les pleurésies exsudatives connaissent plusieurs étiologies : infectieuses, tumorales, inflammatoires et dysimmunitaires. L'endométriose fait partie des causes inflammatoires dont il ne faut pas oublier en cas de pleurésie chronique. Surtout si cette pleurésie est hémorragique et associée à une ascite comme dans les deux cas que nous rapportons.

### OBSERVATION 1

Madame A.S, est une patiente de 42 ans mariée mère de 2 enfants, sans antécédent médicaux chirurgicaux notables, hospitalisée dans le service pour dyspnée d'aggravation progressive sur douze mois sans altération de l'état général ni fièvre. Avant l'admission dans notre service, la patiente a bénéficié de plusieurs consultations en ambulatoire avec deux ponctions pleurales exploratrices mettant en évidence une inflammation non spécifique subaiguë exsudative et lymphocytaire. L'examen clinique avait objectivé une patiente en bon état général pesant 45kg pour 1m60, la tension artérielle à 120/80mmHg, la saturation en air ambiant à 93%. On objectivait un syndrome de penchement pleural droit. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Le bilan radiologique (radiographie et scanner thoraciques) objectivait un épanchement pleural de grande abondance sans autres lésions pleuro parenchymateuses évolutives.

La ponction pleurale avait ramené un liquide hémorragique exsudatif et lymphocytaire (protéines : 48g/l, LDH : 1590 U/l, leucocytes à 250 éléments/mm<sup>3</sup> avec 70% de lymphocytes). La bactériologie était stérile ainsi que la recherche des BAAR. La patiente avait bénéficié d'une thoroscopie diagnostique ayant mis en évidence une plèvre viscérale et pariétale dense et fibreuse sans nodules suspect. Le parenchyme pulmonaire paraissait normal. Des biopsies pleurales élargies devaient être réalisées pour analyse histologique. L'analyse microscopique concluait à un épaississement pleural inflammatoire diffus non spécifique, sans granulome ni cellules malignes, associé à des cellules stromales en amas. L'immunohistochimie concluait à un aspect compatible avec des lésions d'endométriose de siège pleural. L'échographie abdominale et le scanner abdomino-pelvien n'objectivaient aucune anomalie sous diaphragmatique. Les sérologies hépatiques B et C étaient négatives ainsi que la sérologie rétrovirale. Les fonctions rénale et hépatique étaient normales. Le reste du bilan biologique montrait une anémie à 9g/dl normocytaire normochrome. Le CA 125 était augmenté à 100U/l.

Sur le plan thérapeutique, la patiente était mise sous hormonothérapie par triptoréline à raison d'une injection de 11,25mg par trimestre pendant un an. L'évolution était favorable avec disparition complète de l'épanchement pleural. On avait noté une récurrence de la symptomatologie un an après l'arrêt des injections. La radiographie thoracique confirmait la présence de l'épanchement dont la ponction avait ramené un liquide hémorragique exsudatif et lymphocytaire. La patiente avait refusé une nouvelle thoroscopie en vue de la réalisation d'une pleurodèse. Elle est toujours sous triptoréline à raison d'une injection par trimestre. On ne note pas d'effet secondaire significatif en dehors d'une hyperpilosité des membres inférieurs.

## OBSERVATION 2

Madame B.C, est une patiente âgée de 30 ans nulligeste, nullipare, hospitalisée en mai 2009 pour bilan d'une pleurésie découverte à l'occasion d'une dyspnée stade 2 non fébrile, sans altération de l'état général évoluant depuis six mois. Elle n'avait pas d'antécédents médico-chirurgicaux connus. Elle a consulté plusieurs confrères en ambulatoire pour la même symptomatologie. Trois ponctions d'ascite et une ponction pleurale évacuatrice et exploratrice ramenaient toujours un liquide hémorragique exsudatif lymphocytaire. L'analyse histologique mettait en évidence une inflammation non spécifique subaiguë sans nécrose acidophile ni cellules malignes. Elle avait consulté devant le désespoir, plusieurs tradipraticiens qui lui pratiquaient l'imposition des mains.

L'examen clinique objectivait une patiente en bon état général pesant 75 kg pour 1m70. La TA était à 140/90 mmHg. On notait un syndrome d'épanchement pleural droit et une ascite de moyenne abondance. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Le bilan radiologique (scanner thoraco-abdomino-pelvien) confirmait une pleurésie de grande abondance sans pneumothorax ni autres lésions pleuro-parenchymateuses évolutives et une ascite non cloisonnée, sans autres anomalies sous diaphragmatiques. La ponction pleurale ainsi que celle de l'ascite avaient ramené un liquide hémorragique exsudatif lymphocytaire sans germe identifié, ni cellules malignes. La biopsie pleurale et péritonéale par thoracoscopie et cœlioscopie avait mis en évidence à l'analyse morphologique et immunophénotypique des lésions d'endométrioses pleurale et péritonéale. Il n'y avait pas de lésions de granulome ni de cellules malignes. Les sérologies hépatiques B et C étaient négatives ainsi que la sérologie rétrovirale. Les fonctions rénale et hépatique étaient normales. Le CA 125 était augmenté à 120 U/l. Le reste du bilan biologique était sans particularité.

La patiente est toujours sous hormonothérapie à raison de 3.75mg par mois de triptoréline avec une évolution favorable des épanchements pleural et péritonéal. On note des récurrences fréquentes trois à quatre mois après l'arrêt de l'hormonothérapie. La chirurgie pleurale et péritonéale ne peut être réalisée par refus de la patiente pour des raisons purement personnelles. Cependant, elle nourrit toujours un désir ardent de maternité.

## DISCUSSION

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. Elle touche 5 à 15% des femmes en âge de procréer (1). C'est une pathologie rare dans la population noire et asiatique (1). Les facteurs de risque d'endométriose sont la nulliparité comme chez notre deuxième malade, la ménarche précoce, les menstruations fréquentes et prolongées et un index de masse corporelle bas comme chez notre première patiente (2).

La manifestation la plus classique de l'endométriose est le pneumothorax cataménial comme l'atteste plusieurs travaux à ce sujet (1, 2, 3). Cependant, la pleurésie chronique unilatérale observée dans notre cas n'est plus exceptionnelle (4,5). L'association d'une pleurésie et d'une ascite constatée chez notre deuxième patiente est largement rapportée dans la littérature (6, 7, 8).

Le diagnostic de l'endométriose est parfois difficile. La hantise pour le praticien étant toujours la découverte d'une néoplasie. En l'absence de l'immunomarquage, l'anatomie pathologie conventionnelle peut passer parfois à côté du diagnostic (1). Ceci entraîne souvent un nomadisme médical et expose à des pratiques illégales chez les tradipraticiens comme chez une de nos patientes. La prise en charge thérapeutiques de nos patientes se limitait à un aspect purement médical. La chirurgie thoracique proposée en deuxième intention avait été réfutée par nos patientes pour des raisons personnelles, malgré une information médicale détaillée et une consultation de psychologie clinique. Comme dans la littérature, nous avons opté pour les analogues de GnRH qui offre une meilleure freination de la synthèse ovarienne (2, 1,9). Actuellement nos patientes sont toujours sous triptoréline séquentiel avec quelques effets secondaires constatés comme une hyper pilosité ou une prise de poids.

## CONCLUSION

L'endométriose thoracique chez la femme noire est une affection rare de diagnostic parfois difficile. La présentation clinique n'est pas toujours le pneumothorax cataménial. Il faut savoir l'évoquer devant une pleurésie hémorragique sans altération générale chez une femme jeune en âge de procréer.

## RÉFÉRENCES

- Hagnere P, Deswarte S, Leleu O. Endométriose thoracique : un diagnostic difficile. *Revue des Maladies Respiratoires* (2001) 28, 908-912.
- Klein J, Robert J, Dallenbach P, Triponez F. Pneumothorax récidivant chez la jeune femme. *Forum Med Suisse* 2011 ; 11(7):127-129.
- Alifano M. Catamenial pneumothorax. *Curr Opin Pulm Med* 2010; 16:381-6.
- Baram A, Bagan P, Danel C, Badia A, Riquet M. Endométriose pleurale: une présentation inhabituelle. *Rev Mal Respir* 2005 ; 22 :677-80.
- Sevinc S, Unsal S, Ozturk T, Uysal A, Samancilar O, Ermerte S. Thoracic endometriosis syndrome white bloody pleural effusion in a 28 year old woman. *J Pak Med Assoc.* 2013 Jan; 63(1):114-6.
- Fortier D, Dedecker F, Gabriele M, Graesslin O et al. Endometriosis with ascites and pleural effusion: a case report. *Gynecol obstet Fertil.* 2005 Jul-Aug; 33(7-8):508-10.
- Irani S, Atkinson L, Cabaniss C, Danovitch Sh. Pleuropéritonéal endometriosis. *Obstet Gynecol.* 1976 Jan; 47(1):72S-74S.
- 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 Jul; 264(1):39-41.
- Machairiotis N, Stylianaki A, Zarogoulidis P, Kouroutou P et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol.* 2013 Dec 2; 8:194. Doi: 10.1186/1746-1596-8-194.