

PNEUMOTHORAX DE LA FEMME ET ENDOMÉTRIOSE THORACIQUE

GHEBOULI KH, KOUTCHOUKALI R, BENDJABALLAH S.

Service de Chirurgie Thoracique C.H.U.Constantine.

RÉSUMÉ :

L'endométriose thoracique est une maladie considérée comme rare mais dont la fréquence réelle est probablement sous-estimée. D'importantes controverses persistent quant à la prise en charge optimale de ces patientes. Une prise en charge multidisciplinaire, associant chirurgie et traitements hormonaux, semble présenter les meilleurs résultats et diminuer le risque de récurrence.

Mots-clés : Endométriose, Pneumothorax, Anatomie pathologique, Chirurgie thoracique, Hormones gonadiques.

ABSTRACT : PNEUMOTHORAX IN WOMEN AND THORACIC ENDOMETRIOSIS.

Endometriosis is a rare disease but its actual frequency is under estimated. Major controversies still remain in the optimal management of such patients. A multidisciplinary management including surgery and hormone therapy seems to give the best results and reduces the risk of recurrence.

Key words : Endometriosis, Pneumothorax, Pathology, Thoracic surgery, Gonadal hormones.

INTRODUCTION

L'endométriose thoracique est définie par la localisation ectopique de tissu endométrial dans le thorax.

Elle s'associe à quatre manifestations cliniques principales. Le pneumothorax cataménial (pneumothorax récidivant survenant entre la veille des règles et 72 heures après leur début), est la manifestation la plus fréquente.

D'autres symptômes plus rares sont possibles : hémithorax cataménial, hémoptysie cataméniale et nodules endométriosiques pulmonaires.

HYPOTHÈSES ÉTIOPATHOGÉNIQUES

Les manifestations cliniques de l'endométriose thoracique sont liées à la présence dans le thorax de tissu endométrial fonctionnel. Dans le modèle animal, il a été démontré que le tissu endométrial peut être « viable » en dehors de l'utérus et reste sensible aux variations cycliques hormonales physiologiques. Le fait que la plupart des manifestations cliniques de l'endométriose thoracique surviennent en période menstruelle suggère également des modifications cycliques du tissu ectopique avec probable destruction du tissu endométrial ectopique au cours des règles. Les implants ectopiques de tissu endométrial peuvent intéresser différentes localisations intrathoraciques : le parenchyme pulmonaire, la plèvre viscérale et/ou pariétale, le diaphragme et plus rarement le tractus trachéobronchique.

La voie par laquelle le tissu endométrial accède à la cavité thoracique demeure en grande partie inconnue. Trois théories ont été proposées : métaplasie coelomique, embolisation lymphatique ou hématogène à partir de l'utérus et/ou du pelvis, et menstruation rétrograde avec migration trans-péritonéale transdiaphragmatique du tissu endométrial. La théorie d'une menstruation rétrograde est actuellement largement acceptée pour l'endométriose pelvienne. A partir de la localisation pelvienne, et suivant la « circulation péritonéale » allant du pelvis à l'espace sous-diaphragmatique droit par la gouttière paracolique droite, l'hémi-diaphragme droit pourrait être atteint. Ceci expliquerait la forte prédominance droite des manifestations cliniques de l'endométriose pleurale et/ou diaphragmatique. Le passage trans-diaphragmatique du tissu endométrial pourrait se faire à travers des orifices diaphragmatiques congénitaux (rares) ou acquis.

La relation de « cause à effet » entre le tissu endométrial intrathoracique et la survenue des pneumothorax reste un sujet à controverses. L'hypothèse selon laquelle le pneumothorax cataménial provient de la rupture de bulles ou blebs, sans relation avec l'endométriose thoracique est peu probable. En effet, leur latéralisation droite et la réponse aux traitements hormonaux ne sont pas en faveur de cette hypothèse.

La destruction de tissu endométrial ectopique au niveau de la plèvre viscérale, au cours des règles peut expliquer un certain nombre de cas. Dans la majorité des cas, cependant, le mécanisme le plus probable est celui d'un passage transdiaphragmatique d'air. L'absence pendant la période menstruelle du bouchon muqueux cervical entraînerait la constitution d'un pneumopéritoine généralement infraclinique et le passage dans le thorax au travers des déchiscences diaphragmatiques, le plus souvent acquises secondairement à une endométriose diaphragmatique.

Les autres manifestations de l'endométriose thoracique, tels que l'hémithorax et les hémoptysies cataméniales, sont le plus souvent la conséquence d'un saignement lié à une destruction du tissu endométrial hypervascularisé.

Dans de rares cas, l'endométriose thoracique se manifeste par des nodules pulmonaires isolés, sans symptômes cataméniaux.

Il s'agit le plus souvent de femmes plus âgées, avec une activité hormonale probablement moins prononcée.

HISTOLOGIE

L'endométriose est caractérisée par la présence de tissu endométrial ectopique comprenant d'une part les glandes endométriales, d'autre part le chorion cytogène.

• Les lésions sont petites et nécessitent souvent des coupes sériées.

• Elles prédominent sur la figure 1.

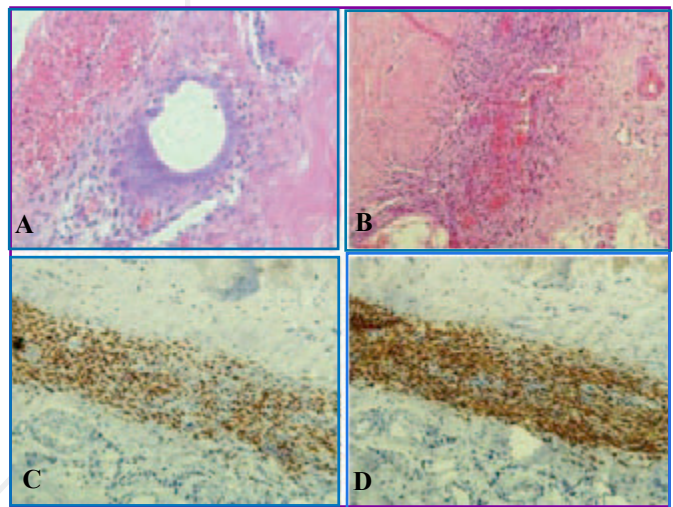


Figure 1. Etude histologique de fragments de résection diaphragmatique (Objectif x20).

A : Coloration à l'HES d'une lésion du centre tendineux du diaphragme, mettant en évidence une localisation de l'endométriose. Sur cette coupe on observe une composante glandulaire et le chorion cytogène. B : Analyse histologique d'une déchiscence diaphragmatique. Après sections étagées, il est mis en évidence un foyer de chorion cytogène, sans glande endométriale identifiable. L'examen immunohistochimique met en évidence l'expression des récepteurs à l'oestrogène (C) et à la progestérone (D).

TRAITEMENT

1. Traitement chirurgical

La chirurgie vidéo-assistée permet d'identifier et de réaliser l'exérèse des lésions endométriosiques qui permettra la confirmation histologique. La résection diaphragmatique partielle est probablement le meilleur traitement des lésions du diaphragme (nodules endométriosiques ou perforations) en évitant les récives précoces souvent rapportées après suture simple. Elle permet aussi d'obtenir du tissu précieux pour le diagnostic histologique.

2. Traitement hormonal

Le traitement médical hormonal a pour but de bloquer l'apport hormonal au tissu endométrial existant et d'empêcher une dissémination ultérieure. Les contraceptifs oraux, les progestatifs, le Danazol (danatrol), et les antigonadotropes (GnRH) ont été utilisés.

Le traitement médical isolé de l'endométriose thoracique est décevant avec un nombre important de récives (environ 50% à six mois), quel que soit le produit utilisé.

La chirurgie doit précéder le traitement médical, permettant de :
- Traiter la cause du pneumothorax (perforation diaphragmatique, implants de la plèvre viscérale, bulles, selon le cas).

- Réséquer d'autres lésions visibles.
- Réaliser une symphyse pleurale (talcage).

Le traitement hormonal, qui permet de mettre la plèvre, le diaphragme et le poumon « au repos » des sollicitations cycliques pendant la période nécessaire pour l'efficacité définitive de la symphyse (quelques mois) nous semble nécessaire. D'autre part, en analogie avec le traitement de l'endométriose pelvienne, il est possible qu'un traitement d'assez longue durée permette de traiter de façon satisfaisante la maladie résiduelle. La durée de six mois choisie est un compromis entre cette nécessité thérapeutique et la volonté de limiter les effets secondaires possibles et de restituer à ces femmes jeunes une activité hormonale physiologique.

CONCLUSION

L'endométriose thoracique est une cause encore souvent méconnue de pneumothorax de la femme. Elle doit être suspectée sur des arguments d'anamnèse, de localisation droite et du caractère récidivant. Dans la plupart des cas, des lésions diaphragmatiques sont retrouvées et leur exérèse permet le traitement et le diagnostic histologique. Une prise en charge multidisciplinaire est recommandée.

RÉFÉRENCES

- 1- Alifano M, Roth Th, Camilleri Broet S, Schussler O, Magdeleinat P, Regnard JF. Catamenial pneumothorax. A prospective study. Chest 2003 ; 124 : 1004-8.
- 2- Marshall MB, Ahmed Z, Kucharczuk JC, Kaiser LR, Shrager JB. Catamenial pneumothorax: optimal hormonal and surgical management. Eur J Cardiothorac Surg 2005 ; 27 : 662-6.
- 3- Alifano M, Trisolini R, Cancellieri A, Regnard JF. Thoracic endometriosis : Current knowledge. Ann Thorac Surg 2006 ; 81 : 761-9.
- 4- Alifano M, Cancellieri A, Fornelli A, Trisolini R, Boaron M. Endometriosis-related pneumothorax: clinico-pathological observations from a newly diagnosed case . J Thorac Cardiovasc Surg 2004 ; 127 : 1219-21.
- 5- Korom S, Canyurt H, Missbach A. Catamenial pneumothorax revisited: clinical approach and systematic review of the literature. J Thorac Cardiovasc Surg 2004 ; 128 : 502-8.
- 6- Bagan P, Le Pimpec Barthes F, Assouad J, Souilamas R, Riquet M. Catamenial pneumothorax: retrospective study of surgical treatment. Ann Thorac Surg 2003 ; 75 : 378-81.
- 7- Bobbio A, Carbognani P, Ampollini L, Rusca M. Diaphragmatic laceration, partial liver herniation and catamenial pneumothorax. Asian Cardiovasc Thorac Ann. In Press. 2007.
- 8- Ziedalski TM, Sankaranarayanan V, Chitkara RK. Thoracic endometriosis: a case report and literature review. J Thorac Cardiovasc Surg 2004 ; 127 : 1513-4.
- 9- Chahine B, Malbranque G, Lelong J, Ramon P, Tillie-Leblond I. Hémoptysie cataméniale sous traitement hormonal substitutif. Rev Mal Respir 2007 ; 24 : 339-42.
- 10- Baram A, Bagan P, Danel C, Badia A, Riquet M. Endométriose pleurale : une présentation inhabituelle. Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 677-80.