

Nodule de Villar à propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso

Jean de la Croix MILLOGO^{1*}, Hassami SAWADOGO²,
Alassane OUEDRAOGO³, Bié Christophe SOURA¹,
Sabi Tokobou William MERE GODE¹,
Jean de Dieu SANOU¹, Akofa GADIGBE¹,
Eric Serge Alihonou TOGBE¹, Evelynne KOMBOIGO^{1,4},
Adama DEMBELE^{1,4}, Der Adolphe SOME^{1,4}

Résumé

Introduction : L'endométriiose ombilicale ou nodule de Villar est une maladie rare. Sa fréquence serait de l'ordre de 1% de l'ensemble de ses localisations. Elle affecte surtout les femmes en période d'activité génitale.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cas clinique réalisée à la maternité du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso en mai 2023. Elle a consisté à une description du cas, de sa prise en charge.

Résultat : Il s'agit d'une patiente de 33 ans qui présentait des saignements au niveau de l'ombilic survenant pendant les menstrues associées à un nodule douloureux ombilical. La nodulectomie a constitué le traitement de choix. Le diagnostic a été confirmé par l'histologie de la pièce opératoire.

Conclusion : La localisation ombilicale de l'endométriiose est rare. Le traitement est principalement chirurgical et repose sur l'exérèse complète de la lésion.

Mots clés : Endométriiose, nodule de Villar, Burkina Faso

Villar's nodule : a case report at the Sourô Sanou University Hospital Center in Bobo-Dioulasso.

Abstract

¹ Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

² Urologie-andrologie, Centre Hospitalier Régional de Dédougou, Burkina Faso

³ Anesthésie réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

⁴ Institut supérieur des sciences de la santé (INSSA), Université nazi Boni, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

* **Auteur correspondant :** Millogo Jean de la Croix, email : millogojeandelacroix@hotmail.fr ou millogoj@yahoo.fr, <https://orcid.org/0009-0000-5413-3114>

Introduction: Umbilical endometriosis, or Villar's nodule, is a rare disease. Its frequency is estimated to be around 1% of all cases. It mainly affects women of reproductive age.

Method: This was a clinical case study conducted at the maternity of Sourô Sanou University Hospital in Bobo-Dioulasso in may 2023.

Results: A 33-year-old female patient presented with cyclical bleeding from the umbilicus during menstruation, associated with a painful umbilical nodule. Surgery was the treatment of choice. The diagnosis was confirmed by histology of the surgical specimen.

Conclusion: Umbilical endometriosis is rare. Treatment is mainly surgical and involves complete excision of the lesion.

Keywords : Endometriosis, Villar's nodule, Burkina Faso

Introduction

L'endométriose est définie par la présence d'épithélium endométrial avec stroma en dehors de la cavité utérine. La prévalence de la maladie dans la population générale, toutes formes confondues, serait de 5 à 10% (1–3). Elle affecte les femmes en période d'activité génitale avec une moyenne d'âge comprise entre 35 et 45 ans (3). Les principales localisations sont par ordre de fréquence : pelvienne (80 à 90%), digestive (5 à 15%) et urinaire (2 à 4%). La localisation ombilicale n'a été que rarement décrite. En effet, l'endométriose cutanée de siège ombilical est rare. Elle a été décrite pour la première fois par Villar en 1886. Elle représente que 0,5 à 1% de toutes les localisations de l'endométriose(4). L'aspect clinique principal est celui d'une lésion pigmentée, papuleuse ou nodulaire développée au niveau de la dépression ombilicale rythmée par le cycle menstruel (5) Les symptômes sont typiques : douleurs cycliques localisées, gonflement du nombril pendant les règles, voire saignements à travers l'ombilic. Ces signes peuvent passer inaperçus ou être confondus avec d'autres affections cutanées. Elle peut entraîner des complications telles que les douleurs, les saignements, l'infertilité, etc..., qui peuvent dégrader considérablement la qualité de vie de la femme. L'endométriose se rencontre le plus souvent chez les femmes ayant des antécédents de chirurgie gynécologique ou obstétricale et siège dans les cicatrices opératoires. Elle peut également se rencontrer chez des femmes sans antécédents chirurgicaux où elle siège électivement au niveau de l'ombilic (3).

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 33 ans, reçue et prise en charge à la maternité du CHUSS de Bobo-Dioulasso.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 33 ans, institutrice, célibataire, primigeste, primipare, un enfant vivant, avec antécédents de césarienne en 2013 de cause non précisée. Elle serait hypertendue suivie et aurait utilisé comme méthode contraceptive le Dispositif Intra Utérin (DIU) pendant 8 ans. Elle aurait constaté en janvier 2023 la survenue d'un saignement et une douleur au niveau ombilical pendant sa période menstruelle. Devant cette symptomatologie cyclique et persistante, elle consulte au Centre Médical avec antenne Chirurgicale de Sindou, où un traitement de nature non précisé aurait été institué sans amendement. Une échographie ombilicale réalisé objectivait une hernie de la ligne blanche, elle fut orientée en chirurgie viscérale pour une prise en charge. Elle est par la suite adressée à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso pour endométriose ombilicale dans un contexte d'infertilité secondaire.

L'examen à son entrée, révélait un bon état général, une conscience claire, des conjonctives normo-colorées, des constantes normales. Les seins étaient normaux, l'abdomen de volume normal avec une cicatrice sus pubienne Pfannenstiel. Un nombril d'aspect apparemment normal sans saignement ce jour. L'abdomen était souple dépressible, avec palpation d'une masse ombilicale, douloureuse, bien circonscrite, régulière environ 2 cm.

La vulve était propre, à l'examen au spéculum, le col et les parois vaginales étaient d'aspect normal sans écoulement d'origine endo utérine. Le Toucher vaginal combiné au palpée abdominale notait, un col postérieur, mi long, ferme et fermé, un utérus pelvien avec des cul-de-sac libres et indolores. Le gantier revenait souillé de leucorrhées physiologiques. L'hypothèse diagnostic d'endométriose ombilical fut évoqué.

L'échographie abdomino-pelvienne objectivait au niveau ombilical, une plage charnue vascularisée de 25 x 22 mm, correspondant à un reliquat endométriosique ; elle est juxtée par une petite hernie intestinale dans la zone de faiblesse pariétale, non compliquée. Ovaire hypotrophique sans signe de localisation endométriosique, utérus normal. Le scanner avait trouvé un nodule sous cutané ombilical de 12x10mm, en faveur d'une endométriose ombilicale.

Nous avons décidé et réaliser une nodulectomie (Image 1) sous anesthésie générale. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirmait le diagnostic d'endométriose.

L'évolution en post opératoire a été marquée par une suppuration pariétale au niveau ombilicale. La culture plus l'antibiogramme avait permis l'identification de deux germes multirésistants ; *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, multirésistants et sensibles respectivement qu'aux antibiotiques suivants : Imipenème, Amikacine, et Clindamycine, Trobramycine, Fosfomycine.

La patiente avait bénéficié d'une bi antibiothérapie à base de clindamycine gélules, une gélule deux fois par jour pendant 7 jours et de l'Amikacine 1g par jour pendant 7 jours. L'évolution était favorable en fin de traitement (Image 2).

Au contrôle à 3 mois, la patiente ne formulait pas de plaintes. Le bilan d'infertilité avait permis de découvrir à l'hystérosalpingographie, une obstruction tubaire bilatérale proximale (Image 3). Après l'annonce des résultats, la patiente ne s'est plus présentée pour une prise en charge de son infertilité.

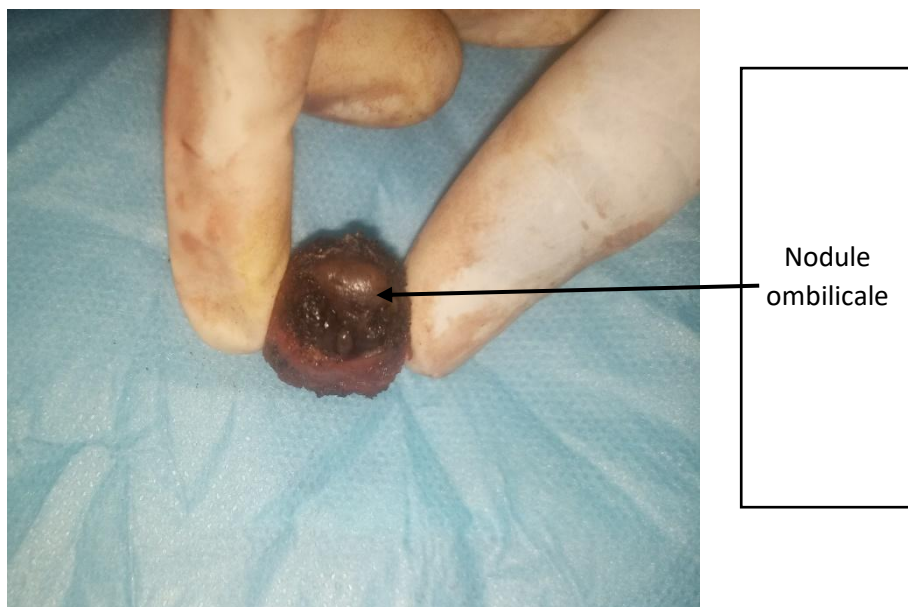


Image 1 : Nodule ombilicale après exérèse chirurgicale

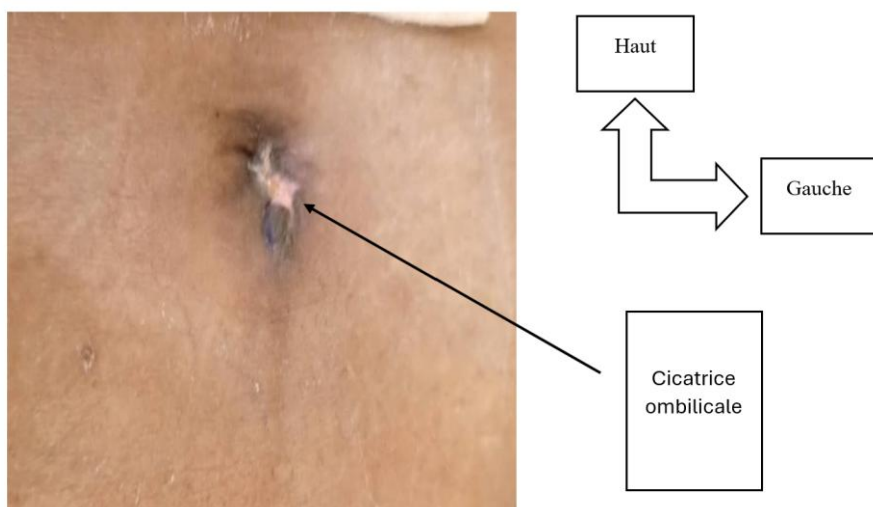


Image 2 : Cicatrisation après nodulectomie ombilicale

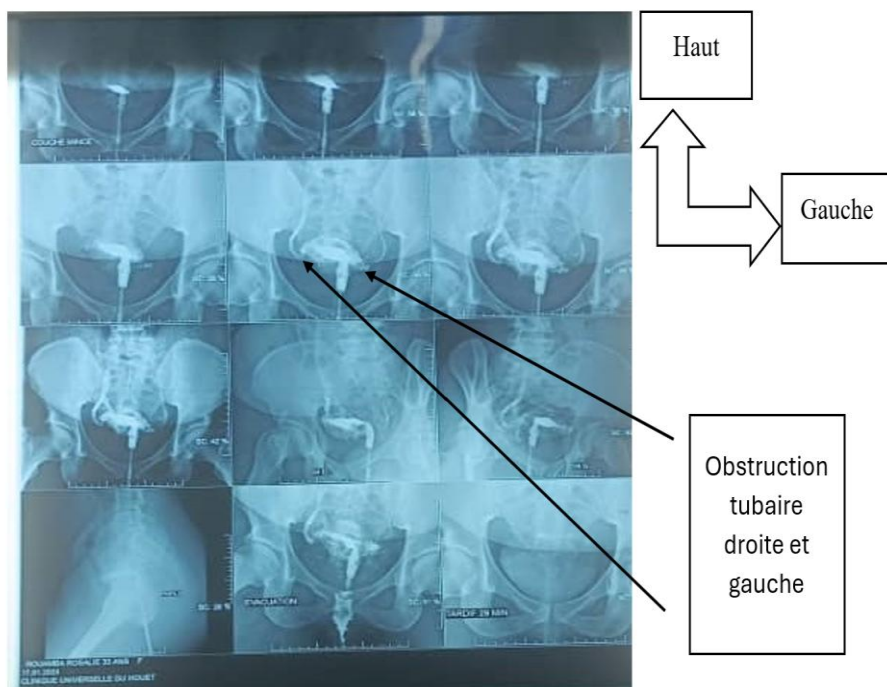


Image 3 : hystérosalpingographie avec une obstruction tubaire bilatérale proximale

Discussion

L'endométriose ombilicale, connue sous le nom de nodule de Villar, touche préférentiellement la femme en période d'activité génitale. Elle est rare avant les ménarches et tend à diminuer après la ménopause. (2,6). Ses localisations sont par ordre de fréquence : pelvienne (80 à 90%), digestive (5 à 15%), l'appareil urinaire (2 à 4%). L'atteinte cutanée ne représente que 0,5 à 3,5% et siège électivement dans les cicatrices de laparotomies en particulier après hystérectomie. Dans la majorité des cas (60%) l'endométriose ombilicale a été décrite chez les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie laparoscopique (5) (7) (8). C'est une maladie chronique dont l'étiologie est multifactorielle et dont le mécanisme physiopathologique reste en partie non élucidé (7). Plusieurs théories ont été rapportées pour expliquer la localisation ombilicale dont la plus plausible pourrait être l'implantation, qui suppose que l'endométriose ombilicale se développe suite à une implantation ectopique de cellules endométriales provenant du reflux menstruel. La seconde par la théorie métastatique veineuse ou lymphatique. Une troisième théorie de la métaplasie des cellules dérivées du cœlome épithélial, subiraient une métaplasie vers des cellules endométriales sous l'effet des facteurs infectieux, toxiques ou humoraux (6)(9). Chez la patiente, elle pourrait être expliquée par son antécédent de césarienne en 2013. L'âge moyen de survenue est de 35 à 40 ans, elle est exceptionnelle avant 20 ans (7). La symptomatologie implique une masse ombilicale douloureuse avec un écoulement sanglant rythmé par le cycle menstruel(10). Le caractère cyclique qui coïncide avec les menstruations est fondamental et parfois suffisant pour évoquer le diagnostic. La confirmation du diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique. L'étude histopathologique de la pièce opératoire montre les glandes endométriales en position ectopique avec des tubes glandulaires, du chorion cytogène et des fibres musculaires (1). Le traitement médical de l'endométriose par des agonistes de la LH-RH ou des progestatifs permet d'améliorer la symptomatologie mais ne permet pas la guérison des lésions qui récidivent dès son arrêt et expose aux effets secondaires de l'hormono-suppression ou aux effets androgéniques. La chirurgie reste le seul traitement curatif par une exérèse chirurgicale large emportant la totalité de la lésion et passant au minimum à 5 mm en zone saine permettant ainsi d'éviter les récidives (3) (7,11). Nous avons réalisé une exérèse totale du nodule dont l'étude histologique est revenue en faveur de l'endométriose. D'autres thérapies basées sur des modulateurs de récepteurs électifs

d'œstrogènes et de progestérone sont en cours d'évaluation et paraissent prometteuses (12). La prévention reste le gold standard par lavage abondant de la paroi abdominale et de la cicatrice d'intervention, si l'intervention a été réalisée par laparotomie en insistant sur le changement des gants après hystérorraphie en cas de césarienne et le changement de matériels de fermeture (13). Ces mesures relèvent de la bonne pratique chirurgicale bien que leur bénéfice n'a jamais été démontré (14).

Conclusion

La localisation ombilicale de l'endométriose est rare. La symptomatologie cyclique dans les suites proches ou lointaines d'une chirurgie gynécologique doit faire évoquer le diagnostic. Le diagnostic est confirmé par l'histologie. Le traitement est principalement chirurgical et repose sur l'exérèse complète de la lésion.

Considérations éthiques

La patiente a donné son consentement libre et éclairé après les informations relatives à sa pathologie, à participer à cette étude.

Conflits d'intérêt

les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Références bibliographiques

1. Benali S, Kouach J. Endométriose ombilicale isolé (nodule de Villar). PAMJ Clinical Medicine. 5 oct 2020;4(50). Disponible sur: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/4/50/full>
2. Sow O, Valentin W, Cheikh D, Denis B, Thiapato FS, Ibrahima D, et al. Pan Afr Med J. 2018;29:22.
3. Bonkougou GP, Benao BL, Sanon BG, Zare C, Sawadogo YE, Belemilga H, et al. endometriose de la paroi abdominale au burkina-faso: a propos de 11 cas colliges endometrios of the abdominal wall in burkina-faso: about 11 cases. Journal Africain. 2017;4(4):187.
4. Massaoudi C, Gara S, Chabchoub I, Jones M, Noureddine L, Faten Z. Nodule ombilical avec saignement cyclique : pensez à l'endométriose ombilicale, à propos de 3 cas. La revue de médecine interne - décembre 2023 vol 44 - N° S2 P. A525. Disponible sur:

<https://www.em-consulte.com/article/1633707/nodule-ombilical-avec-saignement-cyclique-pensez-a>

5. Barekensabe E, B. Aboubecrine, S. Jayi, Alaoui FF, Chaara H, Melhouf MA. Endometriose ombilicale: A propos d' un cas. *International Journal of Medical Reviews and Case Reports*. 31 déc 2020;4(10):109-109.
6. Velemir L, Krief M, Matsuzaki S, Rabischong B, Jardon K, Botchorishvili R, et al. *Physiopathologie de l'endométriose*. EMC - Gynécologie. 2008;23(3):1-16.
7. Andonaba JB, Nikiema Z, Konsegré V, Diallo B, Konate I. Umbilical endometriosis: anatomo-clinical presentation, imaging aspects and therapeutic attitude. *Our Dermatol Online*. 2017;8(3):336-340. <https://www.odermatol.com/issue-in-html/2017-3-27-endometriosis/>
8. Abramowicz S, Pura I, Vassilieff M, Auber M, Ness J, Denis MH, et al. Endométriose ombilicale chez les femmes sans antécédents chirurgicaux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 oct 2011;40(6):572-6.
9. Khafif S. Umbilical Endometriosis: Differential Diagnosis of Incisional Umbilical Hernia. *IJCMCR*. 19 mars 2025;50(1). Disponible sur: <https://ijclinmedcasereports.com/ijcmcr-cr-id-01230/>
10. Benramdane H, Ziani H, Nasri S, Kamaoui I, Skiker I. Beyond the pelvis: A case of umbilical endometriosis. *Radiology Case Reports*. 1 févr 2025;20(2):1117-20.
11. Diouf A, Ba P, ME F, NA F, Diouf A. endometriose ombilicale spontanée: a propos d'un cas. *Journal Africain de Chirurgie*. 1 janv 2015;3:166-8.
12. Kreft B, Preusser KP, Marsch WC. Umbilical endometriosis. *Rev Med Liege*. janv 2009;64(1):41-4.
13. Gounain FZ, Hilali FE, K, Saoud, Mamouni N, Erraghay S, et al. L'endometriose de la paroi Abdominale : Pathologie Rare. *International Journal of Academic Health and Medical Research (IAHMR)*. 28 févr 2021;5(2):62-4.
14. Audebert A. Les endométrioses iatrogènes de la femme avant la ménopause : principaux enjeux. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 mai 2013;41(5):322-327.