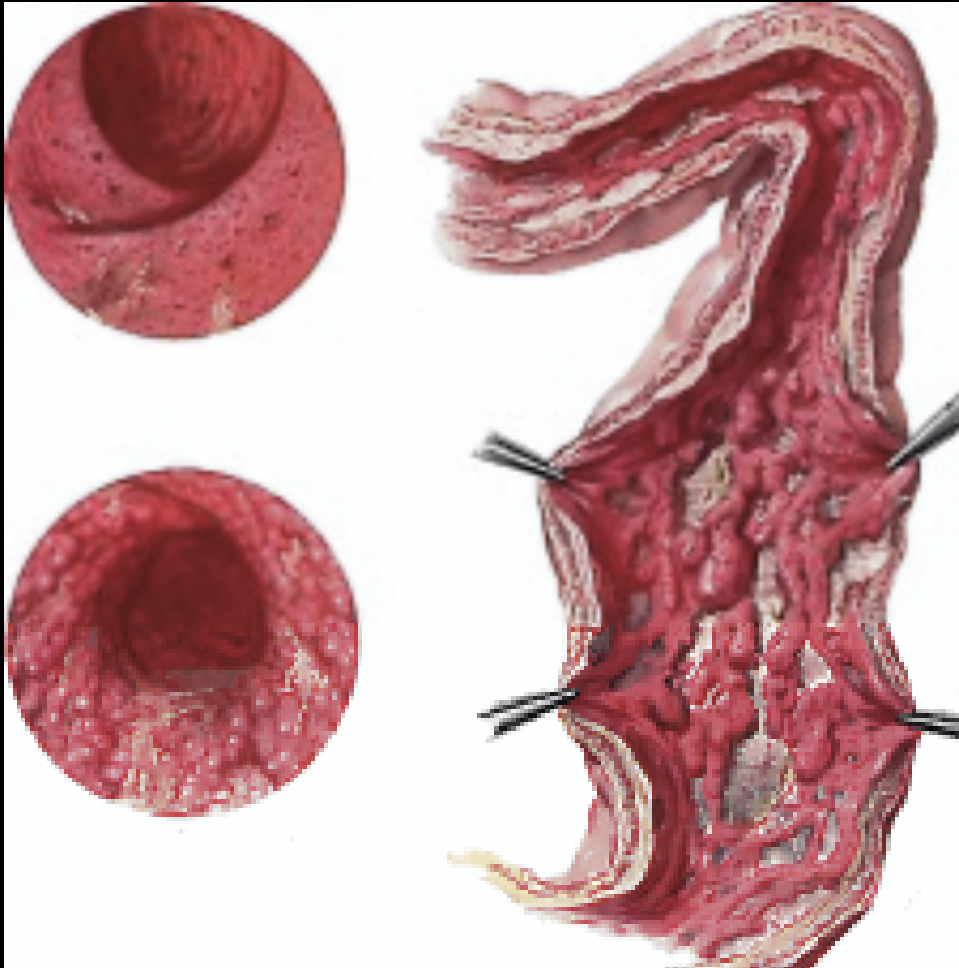
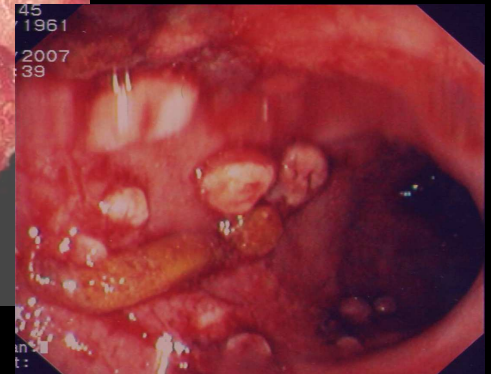
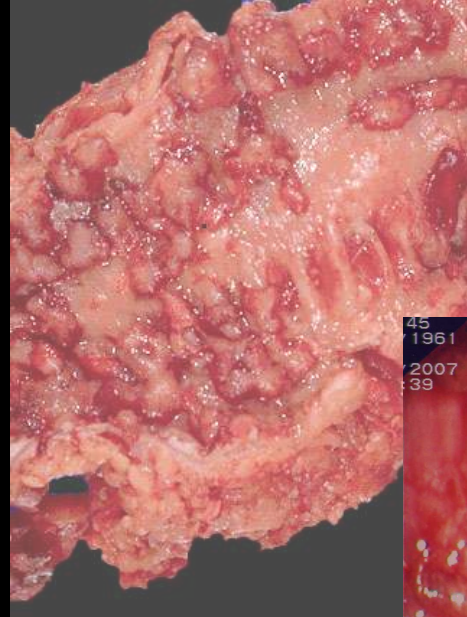
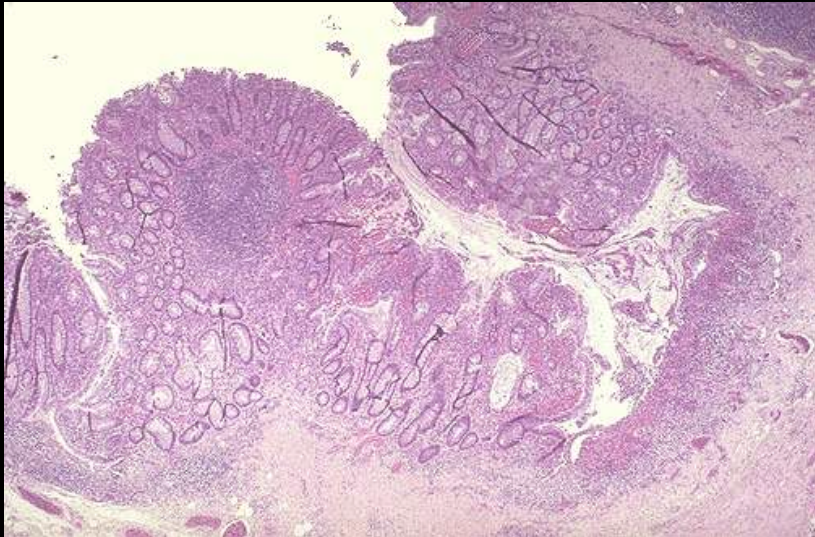
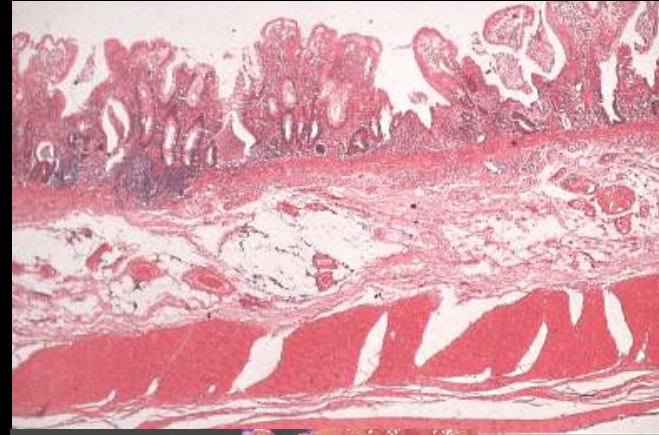
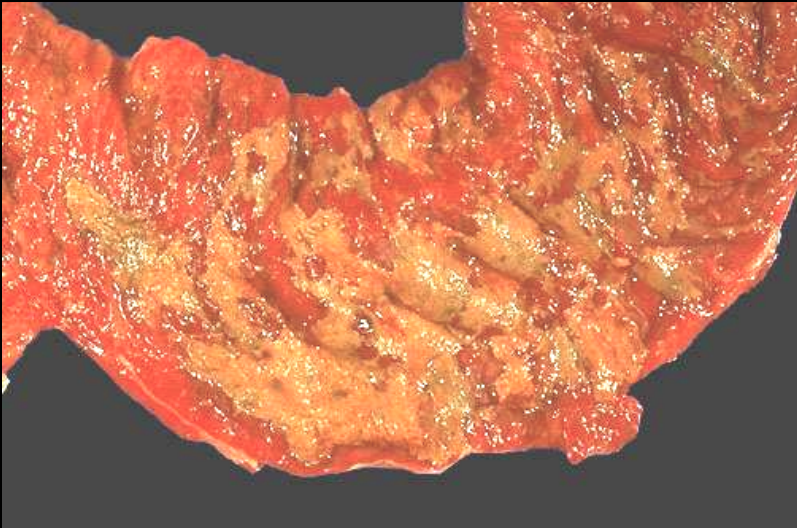


6.1 Pathologie inflammatoire

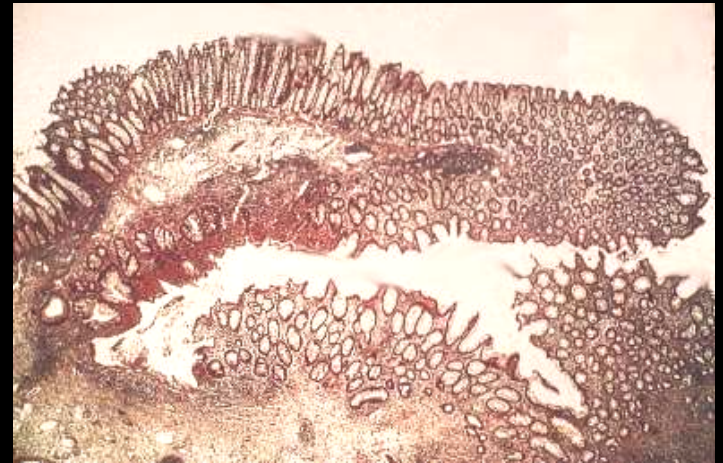
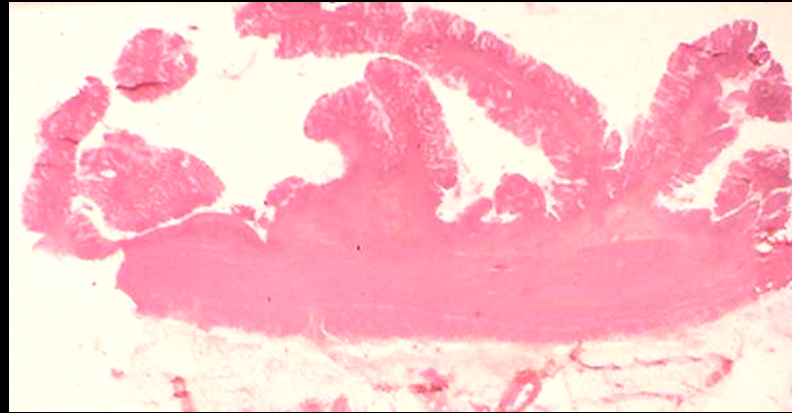
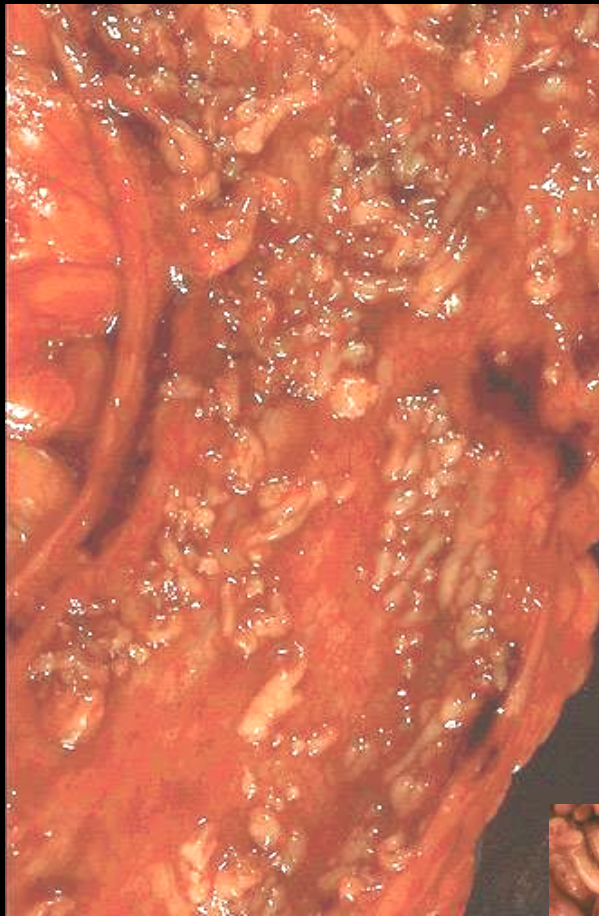
RCH



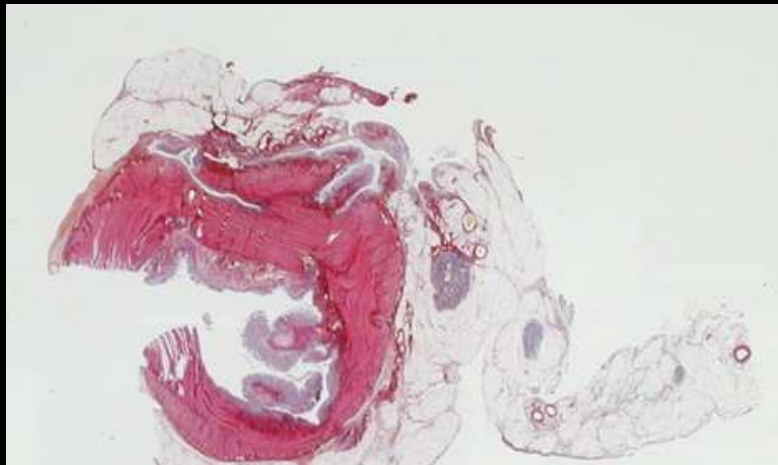
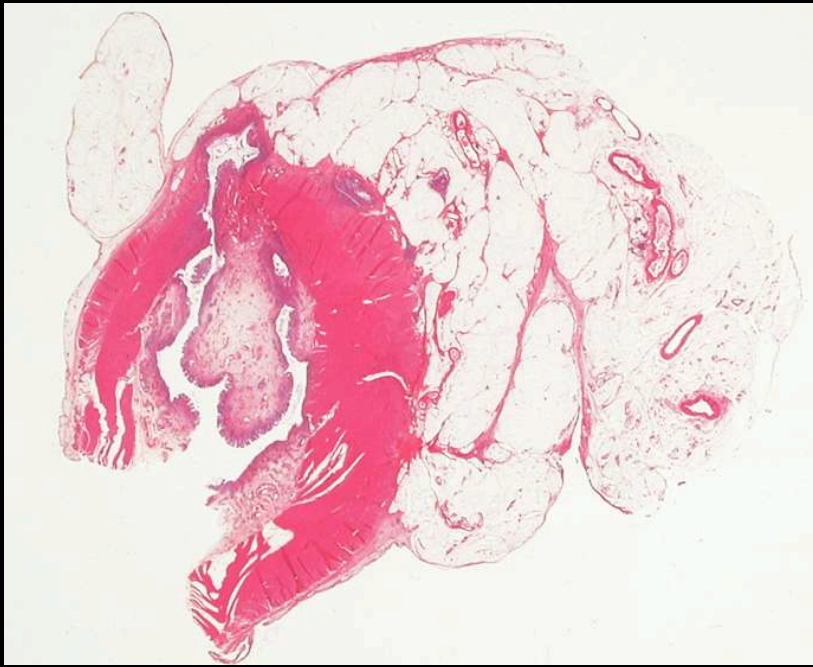
- RCH : maladie chronique d' étiologie indéterminée
- Atteinte du **cadre recto-colique**, rectale et colique G principalement
- Atteinte cste du rectum
- Epidémiologie
 - F > H
 - Sujets 20-25 ans
- **Début au niveau rectal**, extension de proche en proche
- **Pas d' intervalle de muqueuse saine**
- Muqueuse : siège d' une infiltration par des granulocytes et des lymphocytes
- Sous muqueuse : discret oedème
- Phase aiguë :
 - formation de petites ulcérations, limités à la muqueuse
 - Pas de fistule, pas d' abcès, pas de granulome
- Phase chronique :
 - épaissement fibreux de la paroi sans vraie sténose
- **Complications évolutives de la maladie**
 - Méga colon toxique
 - ADK colique
 - CSP et CCK sur CSP



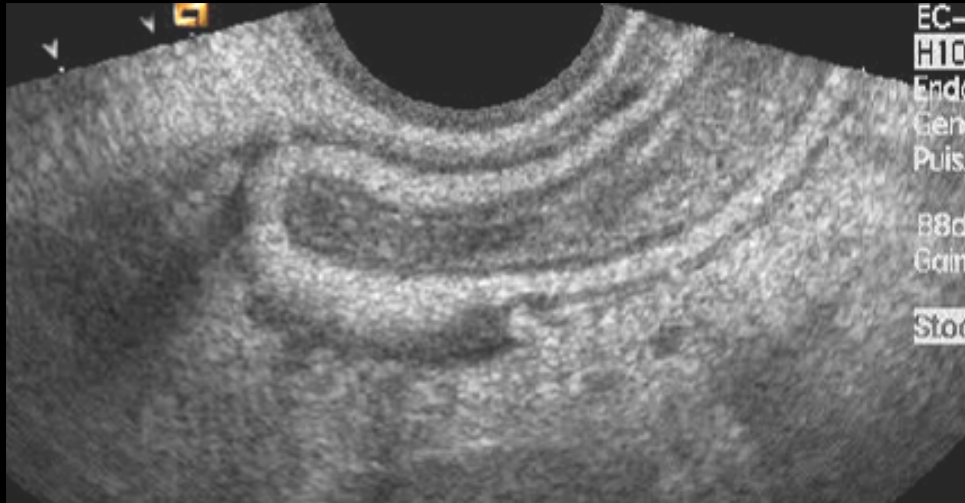
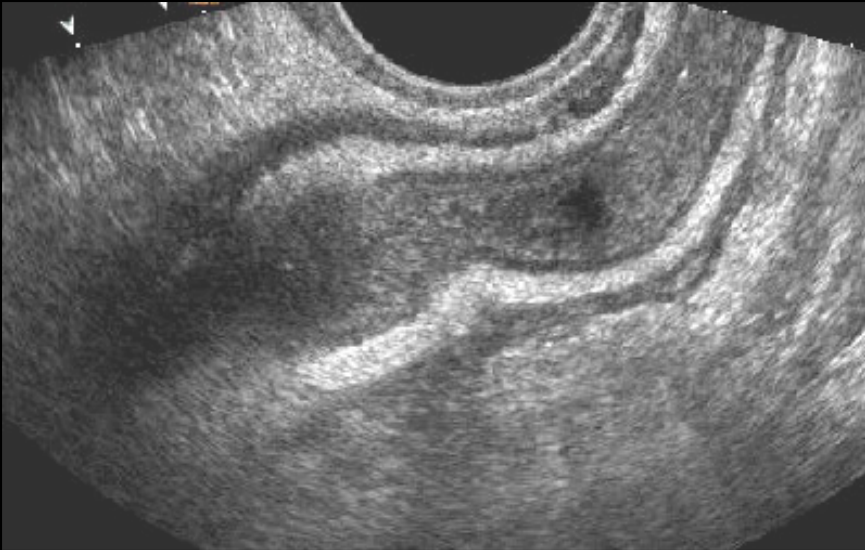
Ulcérations + polypes de régénération : « cobble stones »
Lésions muqueuses et sous-muqueuses : pas d'atteinte transmurale



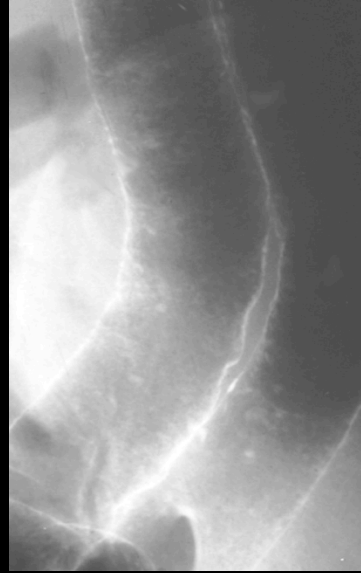
Polypes inflammatoires « en pont » et « en bâtonnets »
= lambeaux de muqueuse décollés et ré-épithélialisés



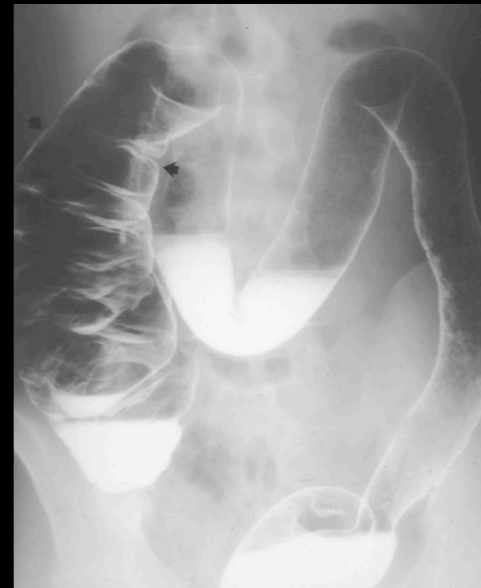
Polypes inflammatoires « en pont » et « en bâtonnets »
= lambeaux de muqueuse décollés et ré-épithélialisés



granité muqueux et micro-ulcérations

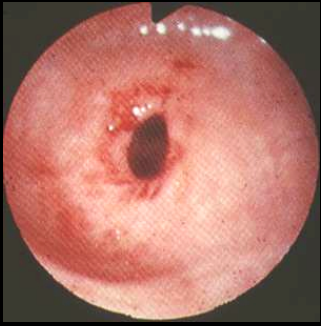


extension « en nappe » à partir du rectum
sans intervalle de muqueuse saine

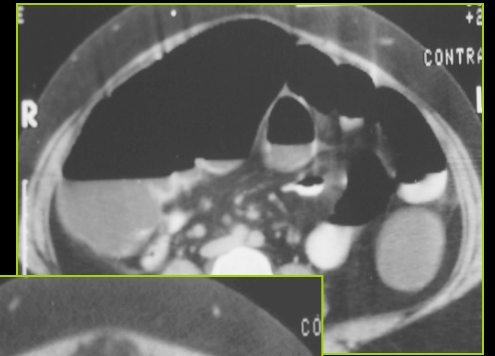
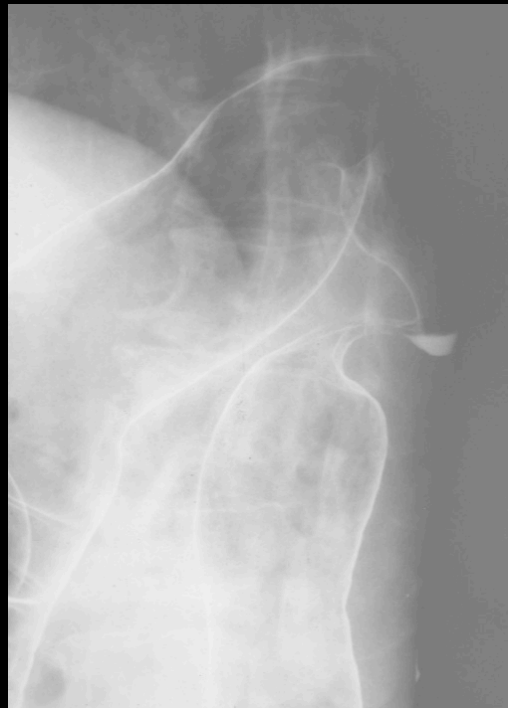


microrectum et sigmoïde tubulé

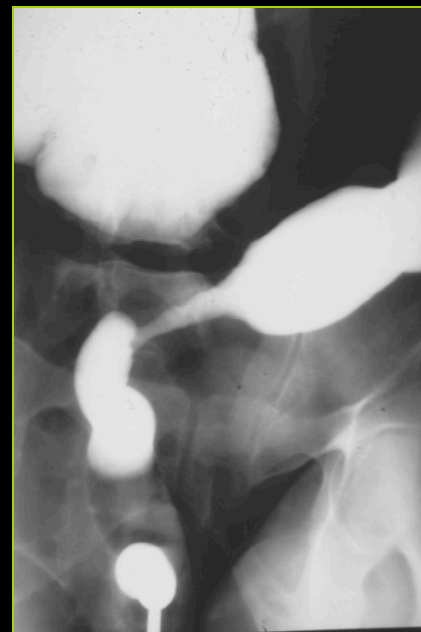


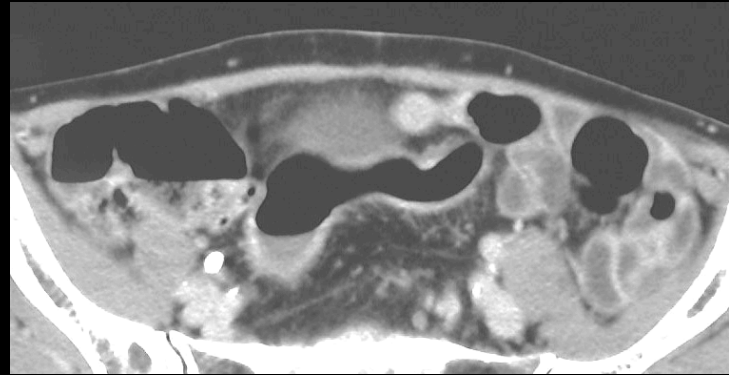


sténose fibreuse sur RCH

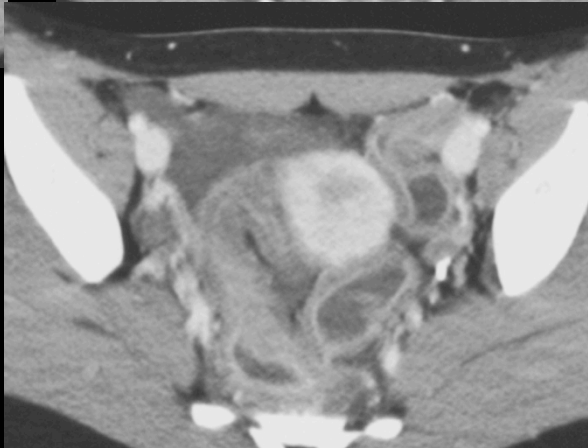
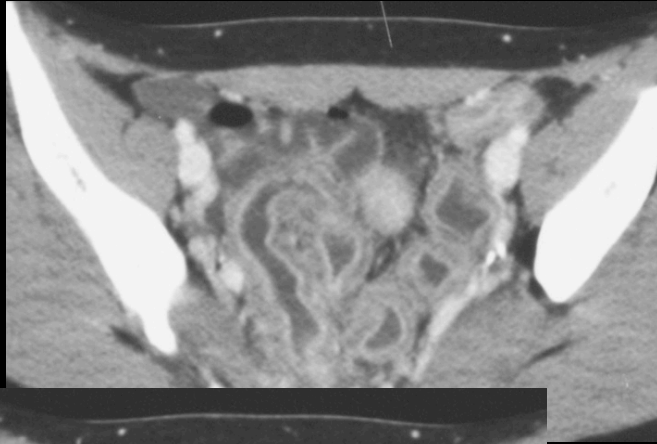
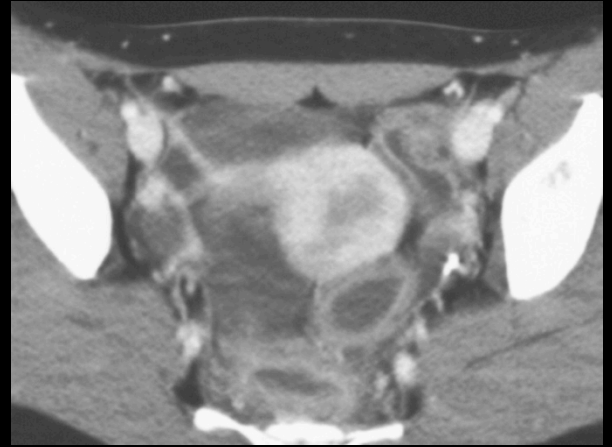
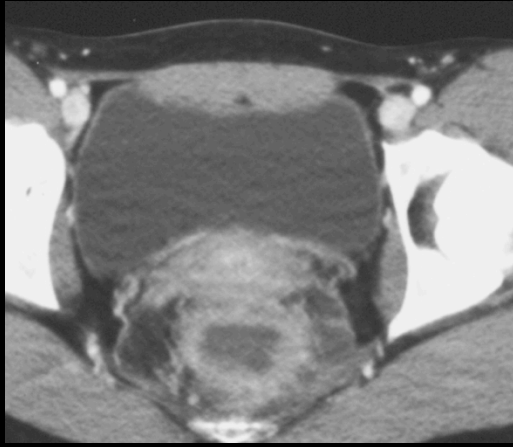


adénocarcinome sigmoïdien sur RCH





RCH en poussée

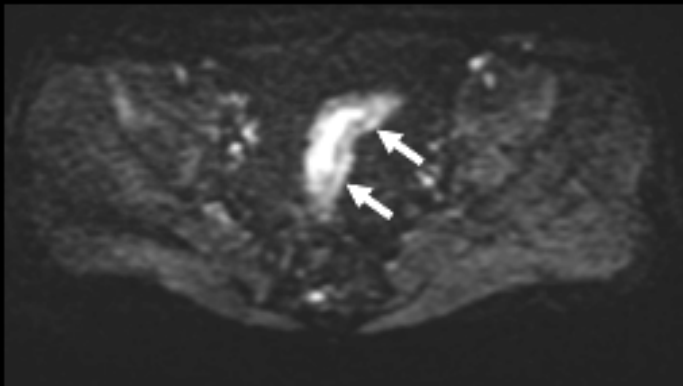
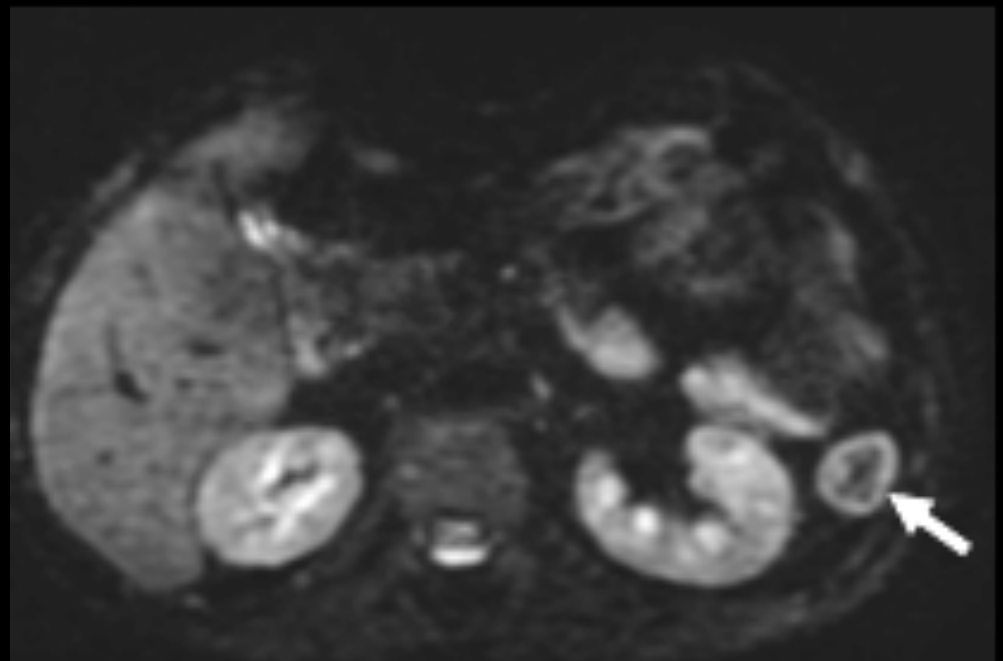
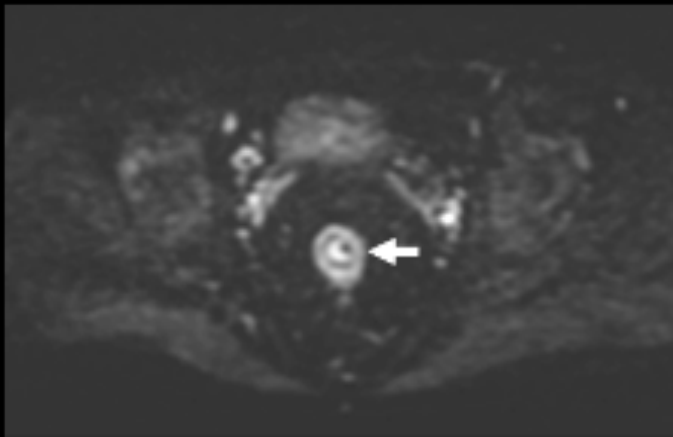


RCH en poussée



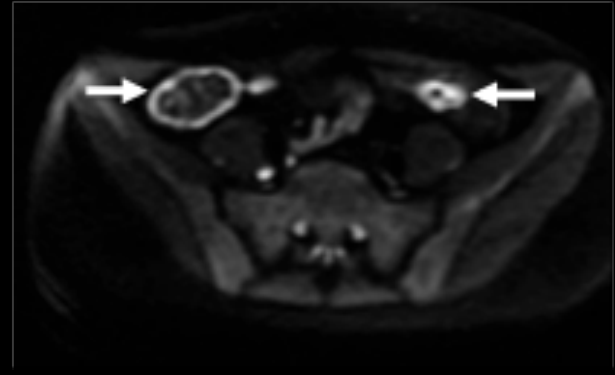
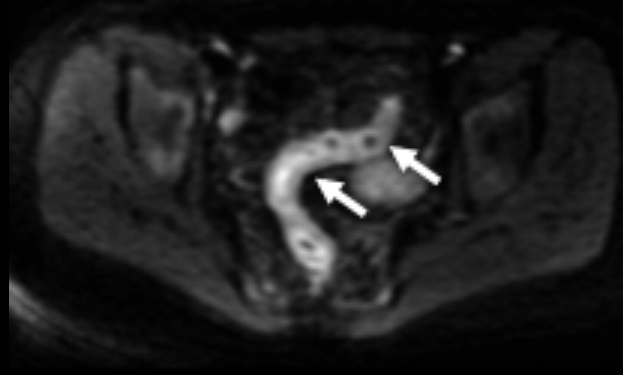
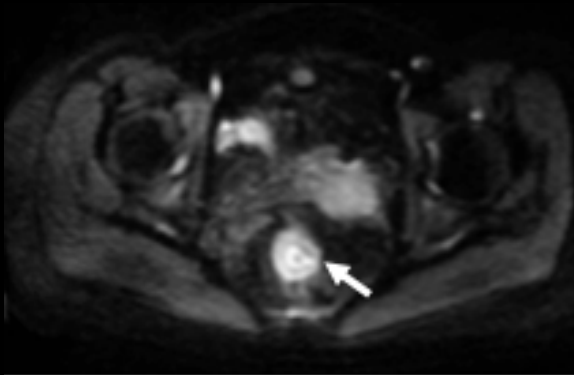
RCH phase chronique

RCH : Cas clinique n°1



**RCH avec atteinte du rectum, du sigmoïde et du côlon gauche
Score-IRM-T de 20/30**

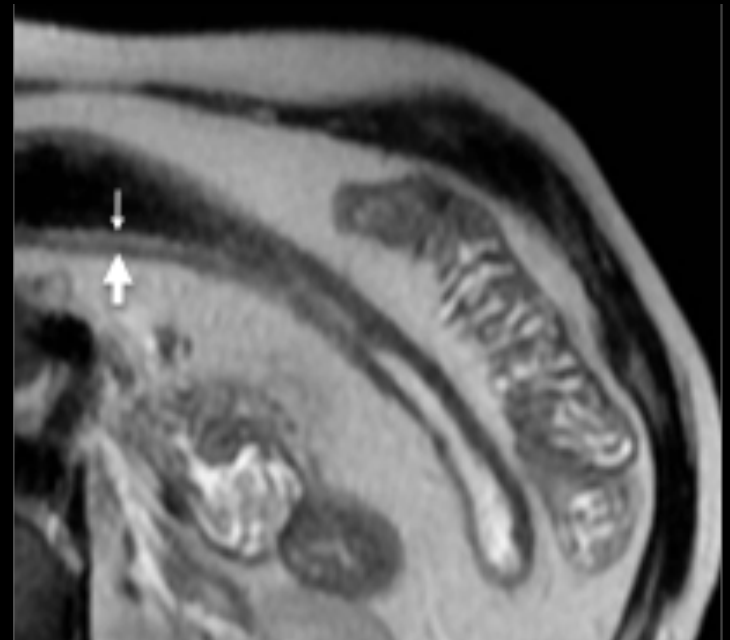
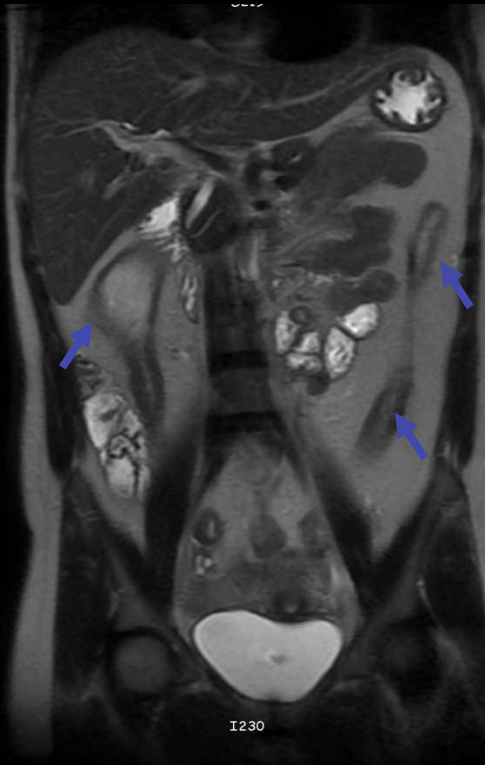
Cas clinique n°2



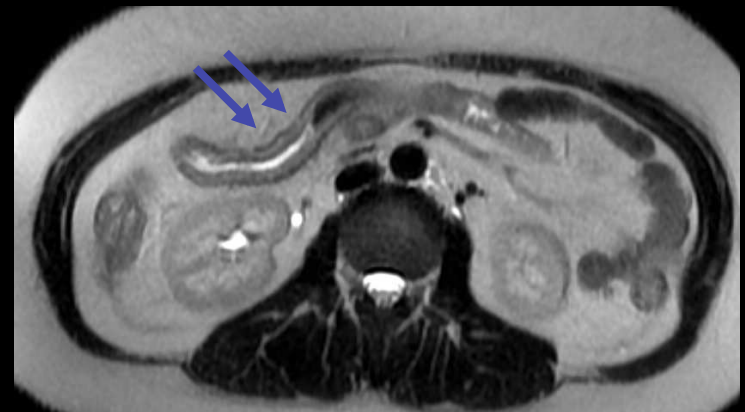
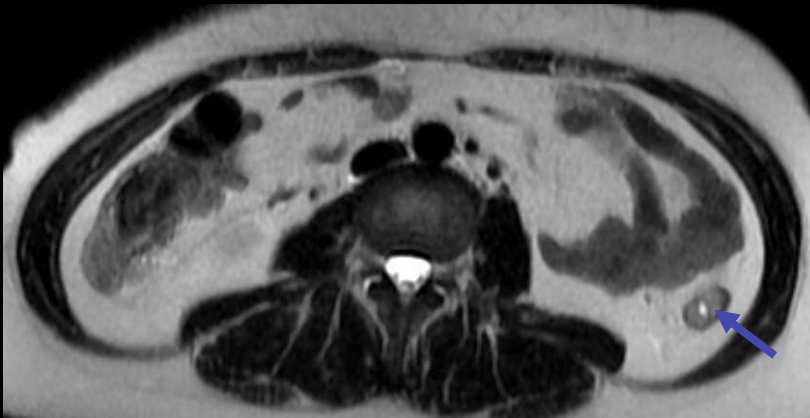
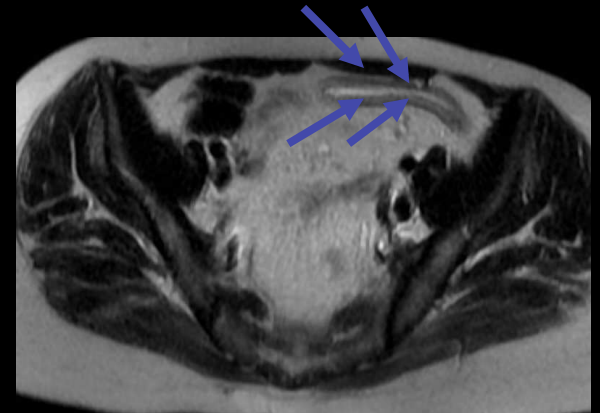
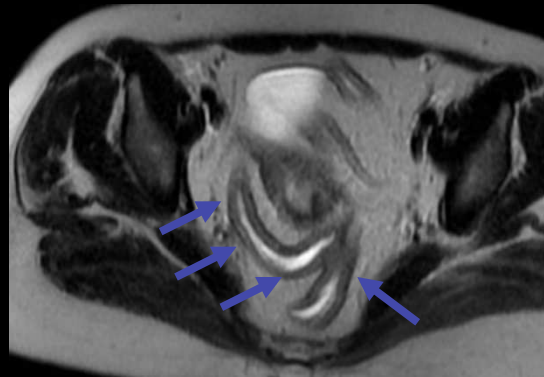
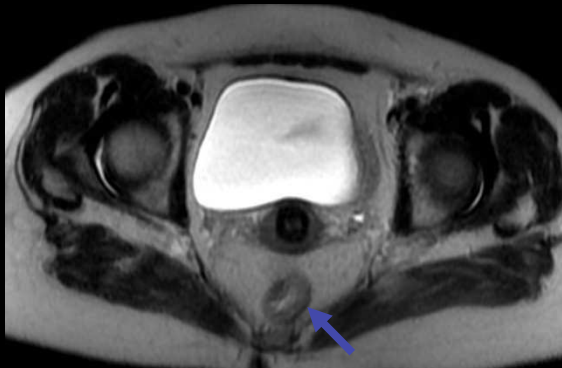
**CH avec atteinte du rectum, du sigmoïde, du côlon gauche et droit
Score-IRM-T de 25/30**

RCH : Cas clinique n°3

**RCH avec atteinte pancolite fibreuse ancienne, très évoluée
Score-IRM-T de 20/36**

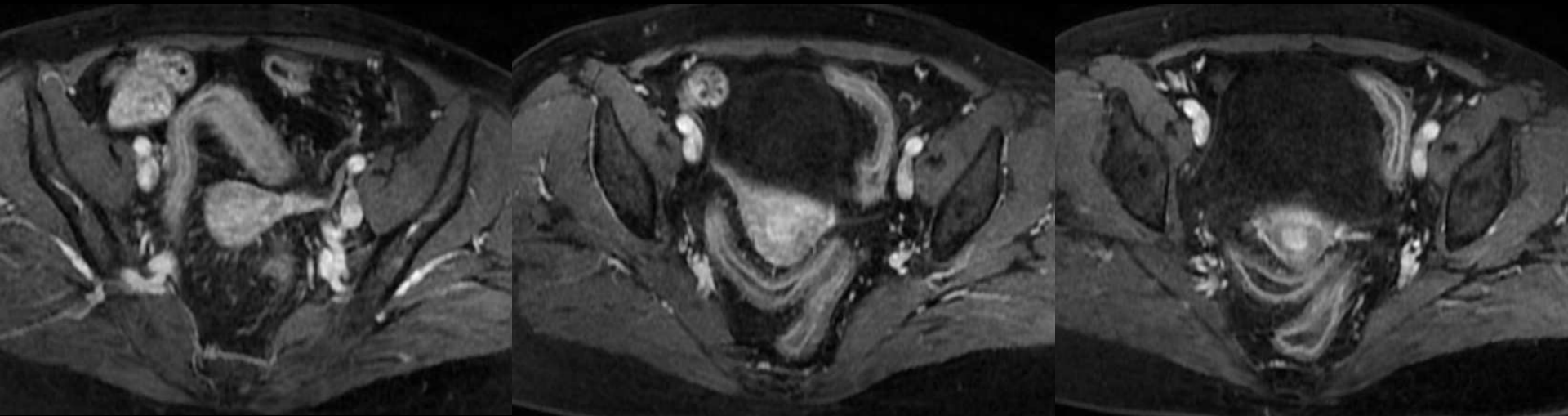


RCH : Cas clinique n°4



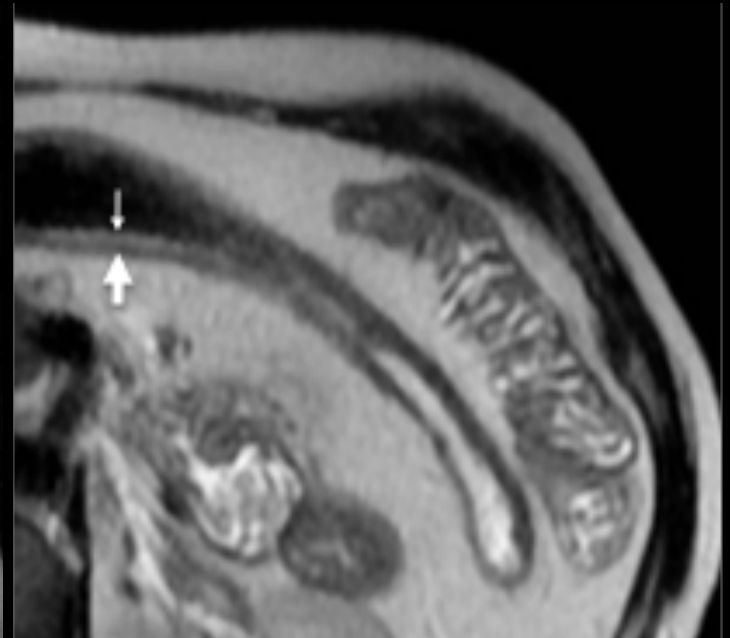
RCH avec atteinte pancolite très sévère
Score-IRM-T de 27/36

RCH Cas clinique n°4
Même patient que dia précédente



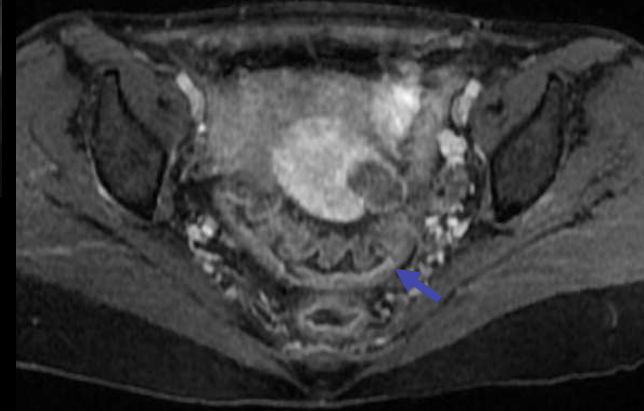
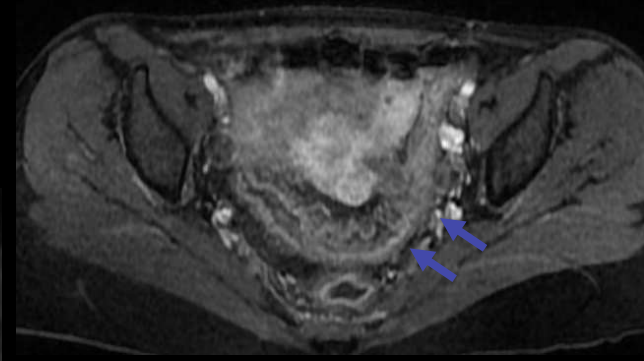
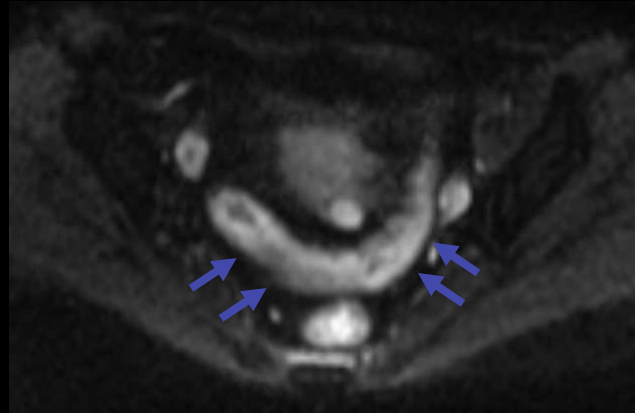
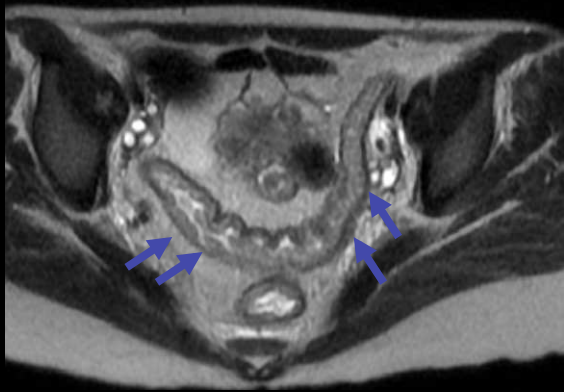
RCH avec atteinte pancolite très sévère
Score-IRM-T de 27/36

RCH : Cas clinique n°5



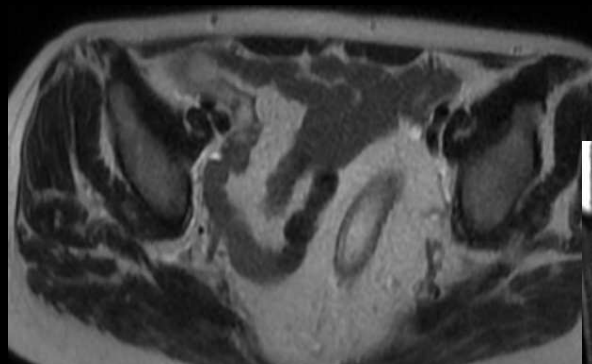
RCH avec atteinte pancolite fibreuse ancienne, très évoluée, non active
Score-IRM-T de 18/36

RCH : Cas clinique n°6



RCH avec atteinte segmentaire aigue prédominant sur le rectum, sigmoïde, colon gauche
Score-IRM-T de 18/36

Cas clinique n°7



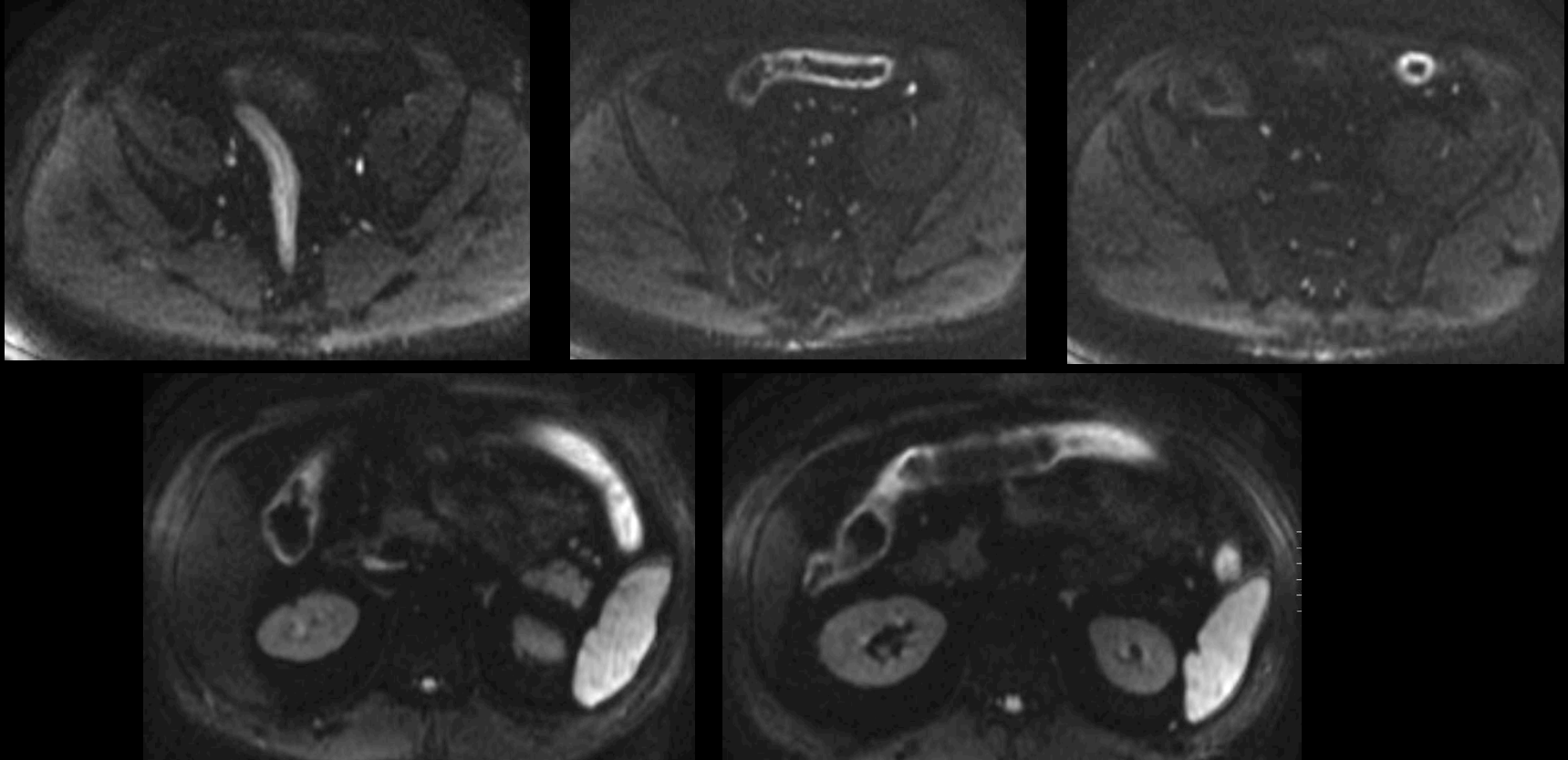
S234



IAL

RCH avec atteinte segmentaire aigue prédominant sur le rectum, sigmoïde, colon gauche
Score-IRM-T de 20/36

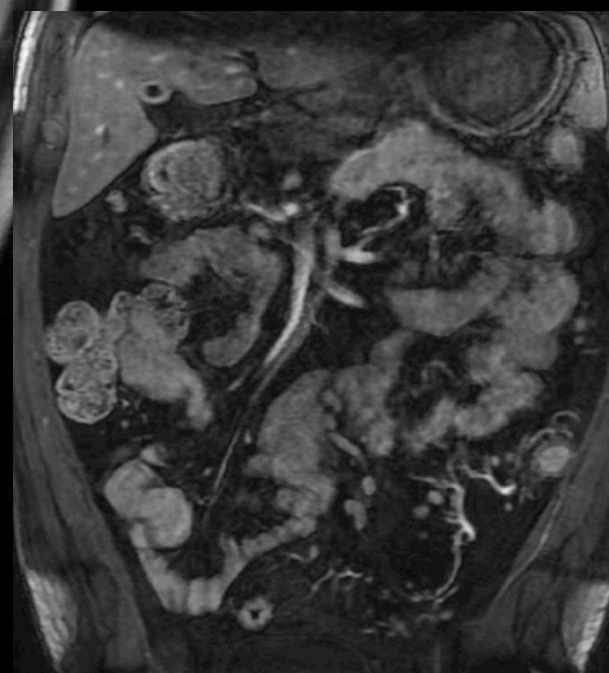
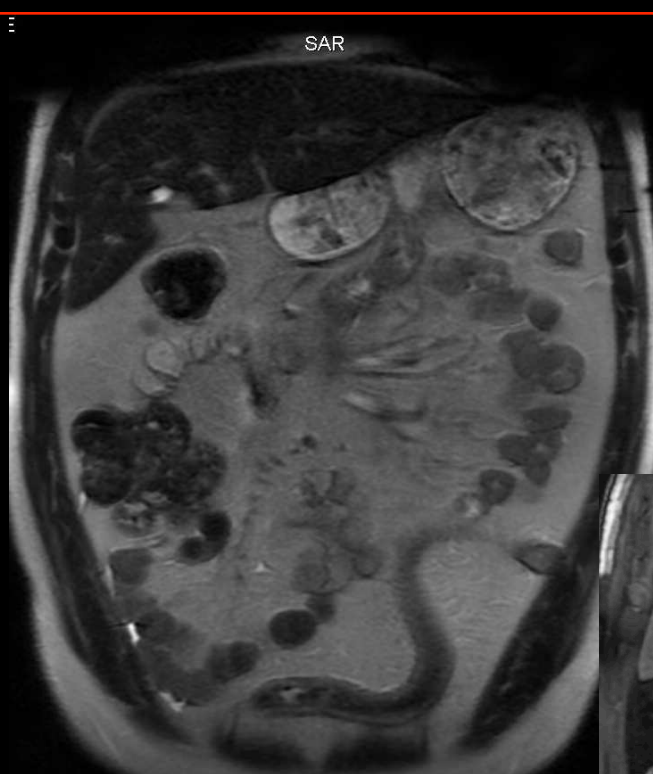
Cas clinique n°8



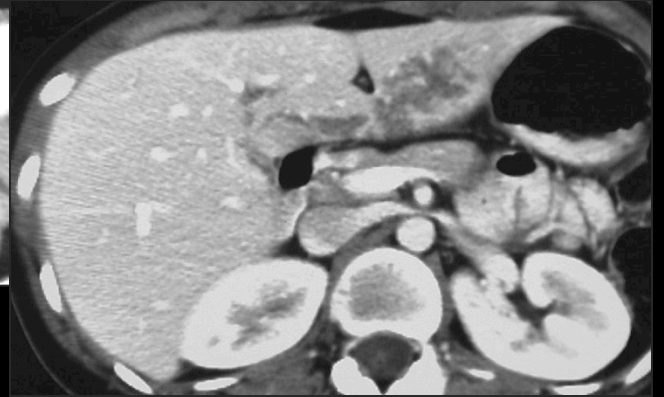
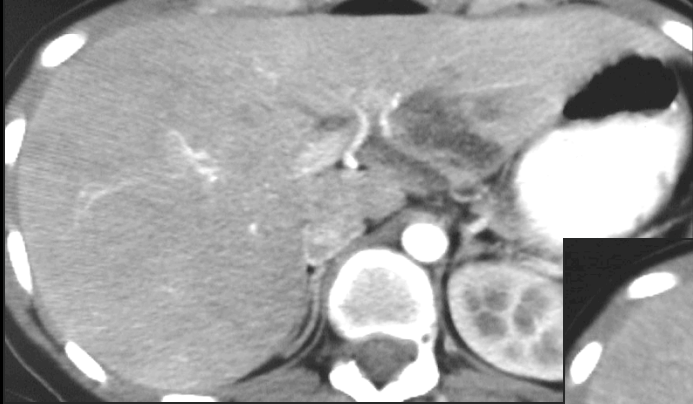
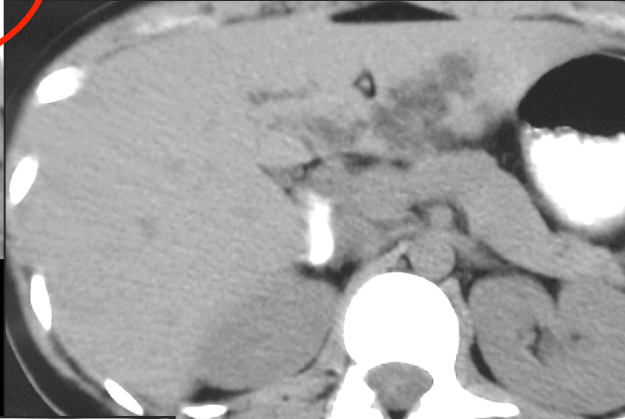
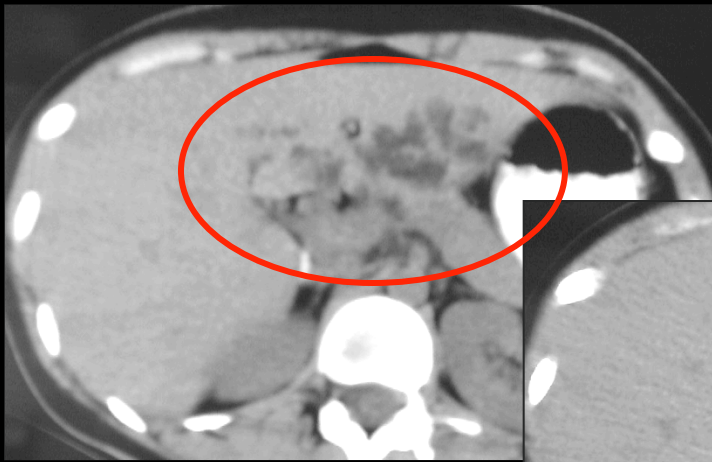
Diffusion : hypersignal des parois de l'ensemble des parois coliques
séquence après injection et la séquence SS FSE Te eff court (voir dia suivante) ne présentent pas d'anomalie sur la paroi colique droite, alors qu'il existe un
authentique hypersignal
A la coloscopie , il existait d'authentiques signes d'inflammation

RCH avec atteinte pancolique
Score-IRM-T de 18/36

RCH : Cas clinique n°8
Même patient que dia précédente



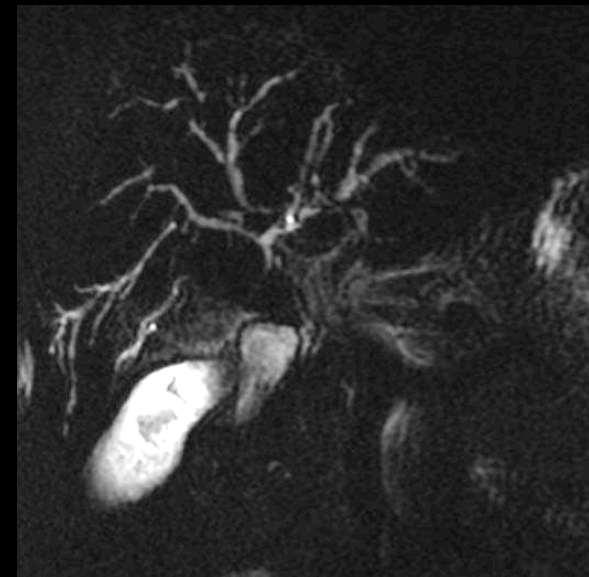
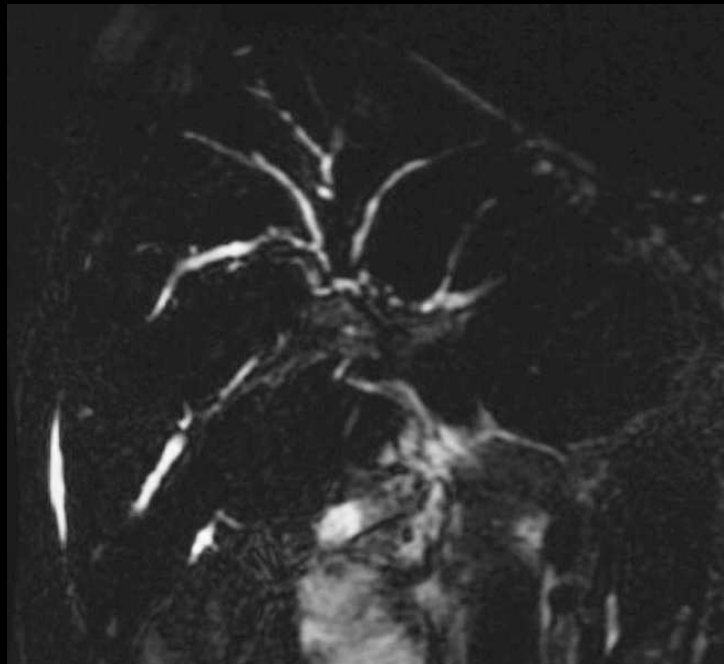
- Complications évolutives
 - Stéatose hépatique



stéatose focale hépatique

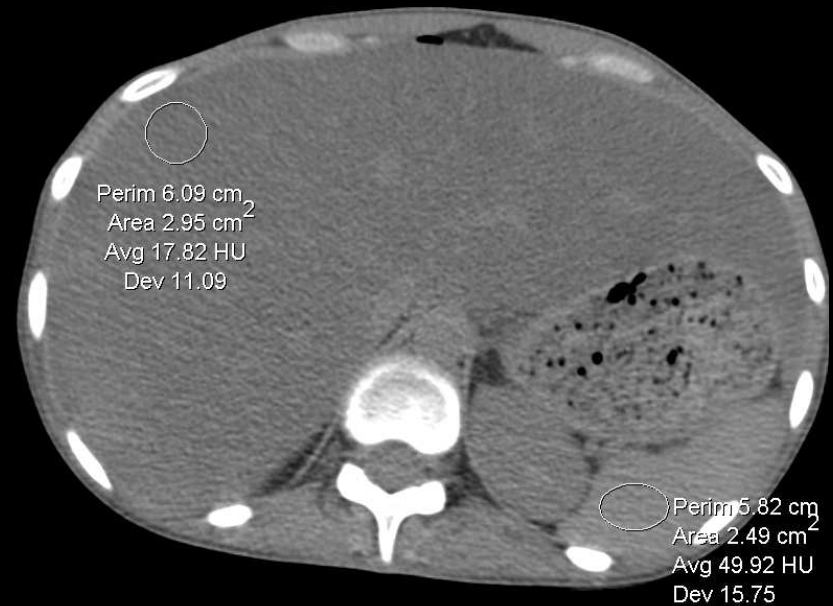
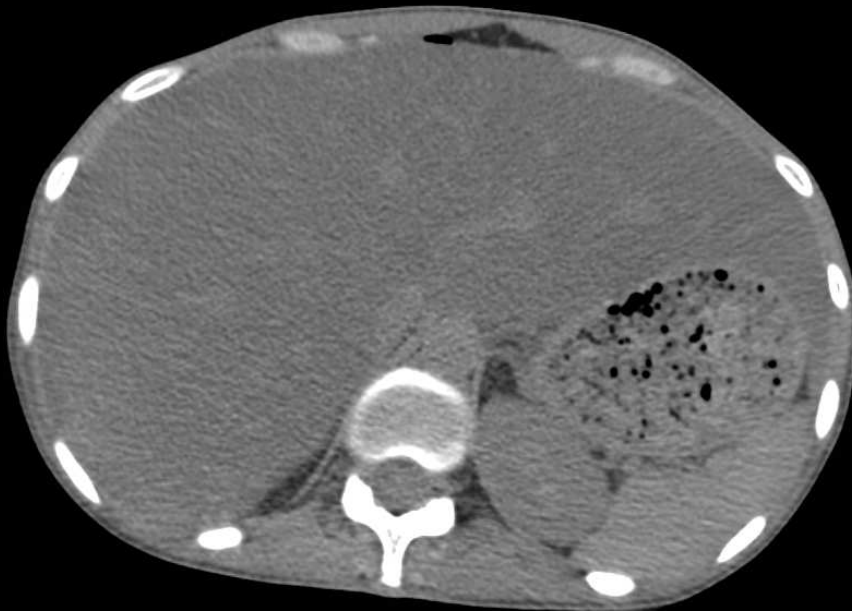
RCH

- Complications évolutives
 - Cholangite sclérosante primitive



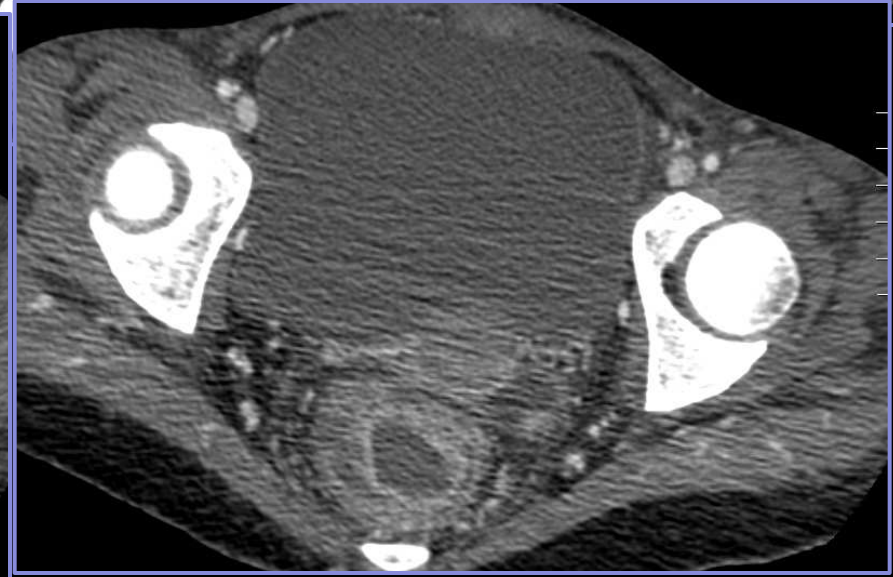
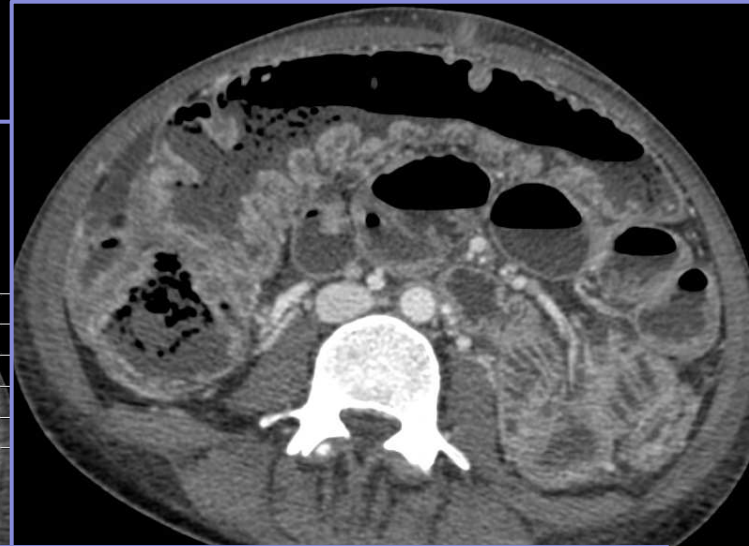
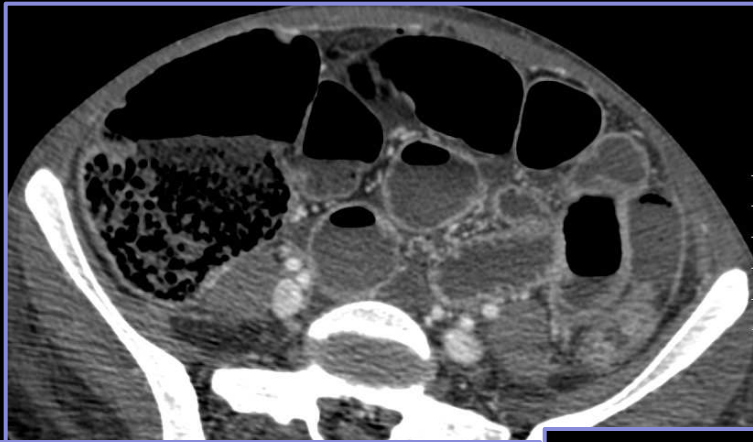
6.1 RCH

- Complications évolutives
 - Mégacolon toxique



6.1 RCH

- Complications évolutives
 - Mégacolon toxique



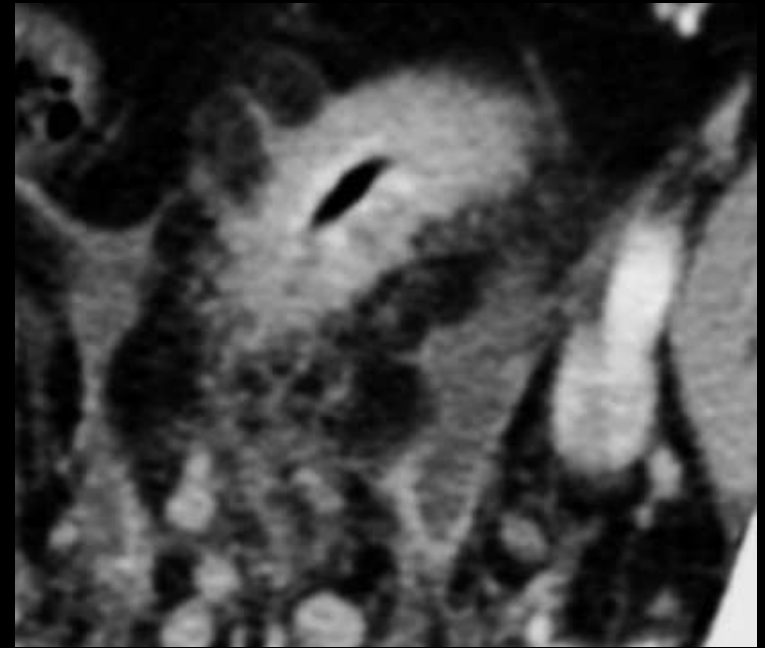
6.1 RCH

- Complications évolutives
 - Mégacolon toxique



6.1 RCH

- Complications évolutives
 - Adénocarcinome

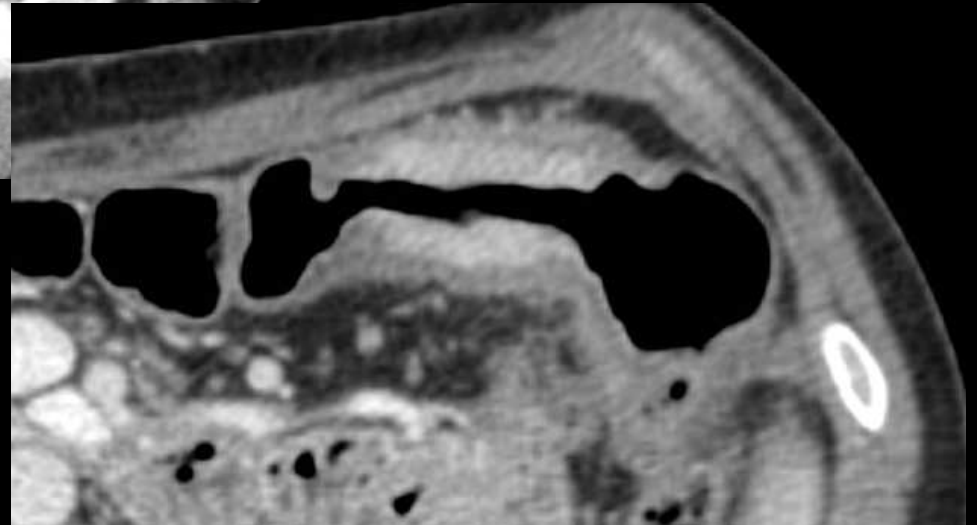
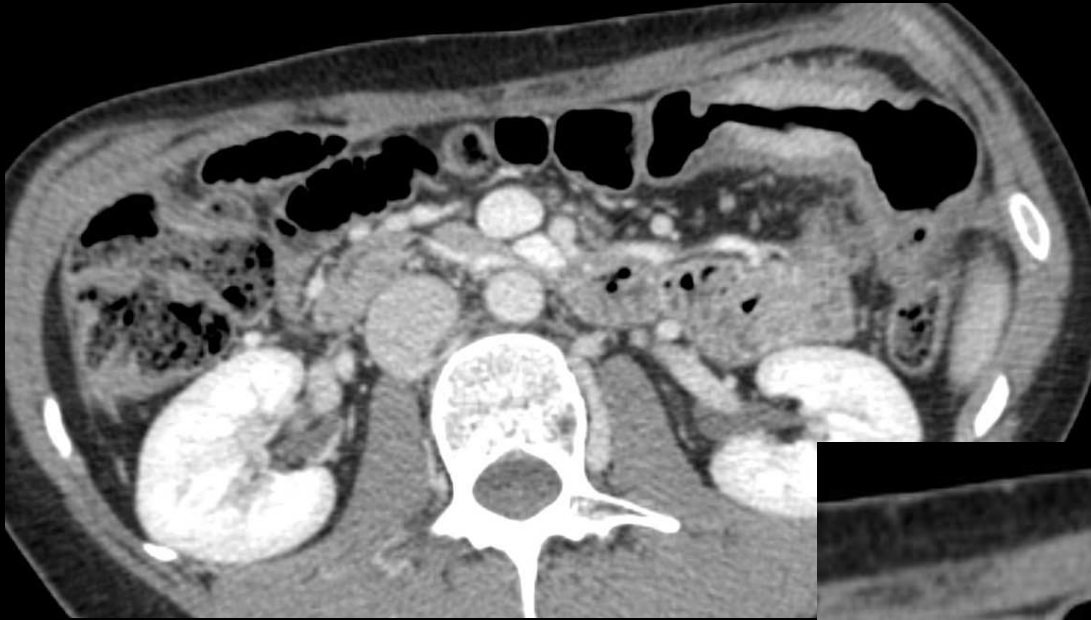


Homme 38 ans-RCH depuis 14 ans

Lésion tumorale rectale : ADK en bague à chatons

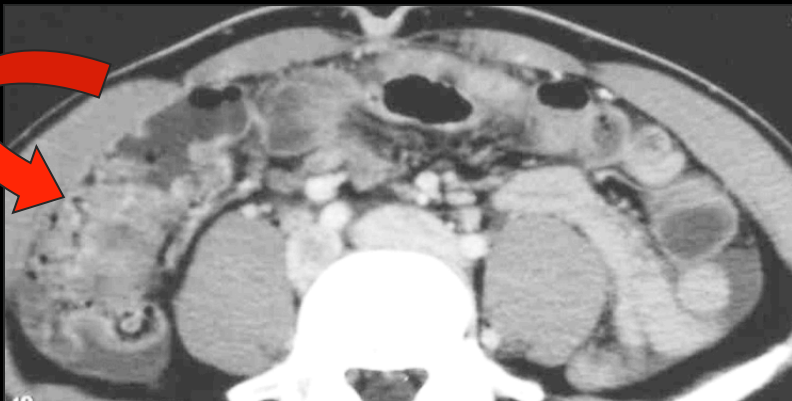
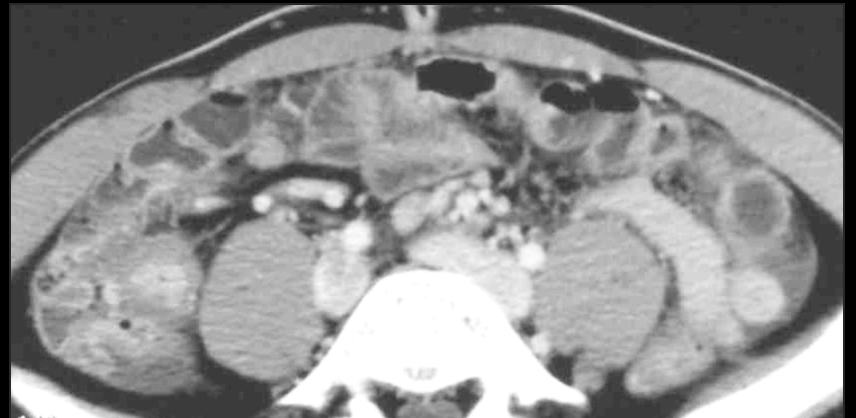
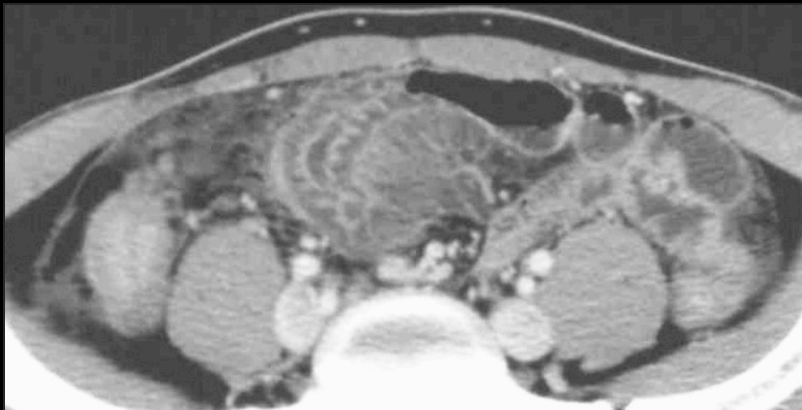
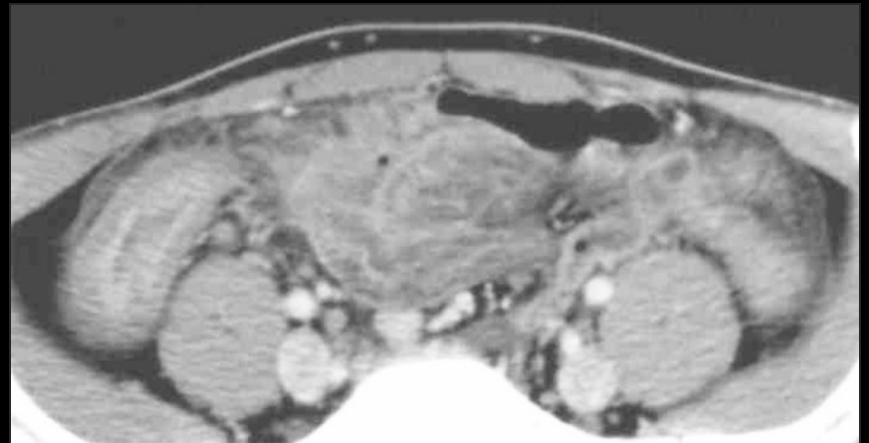
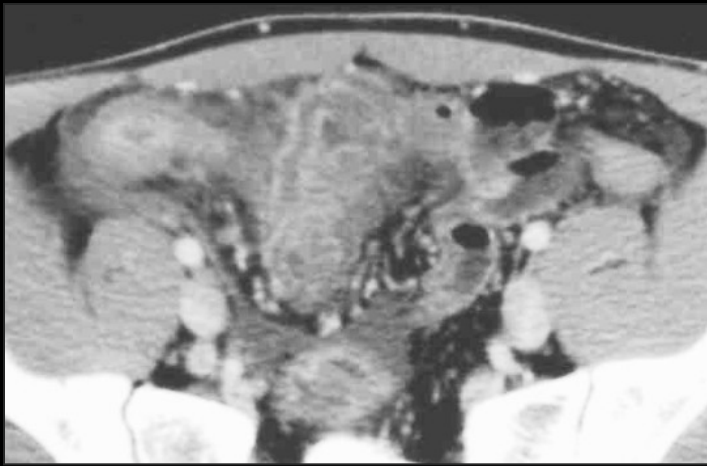
6.1 RCH

- Complications évolutives
 - Adénocarcinome

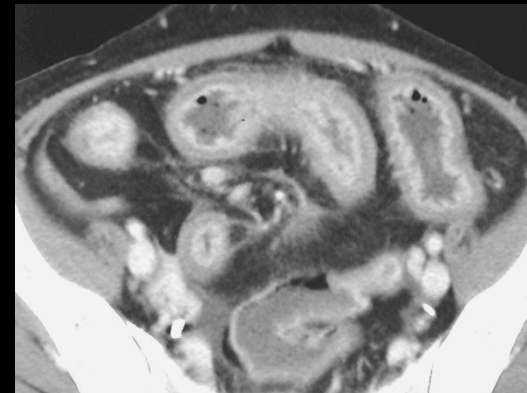
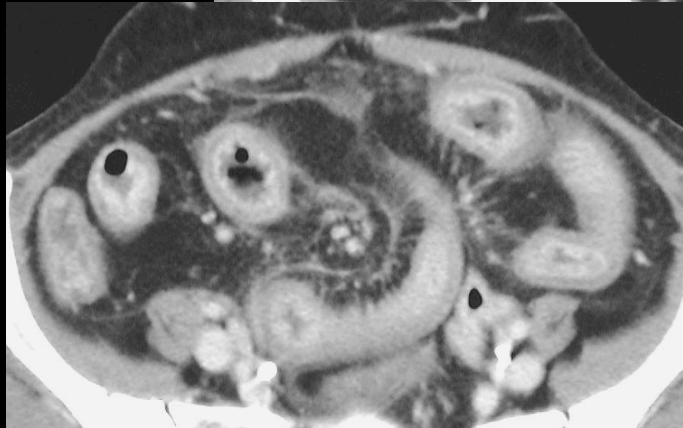
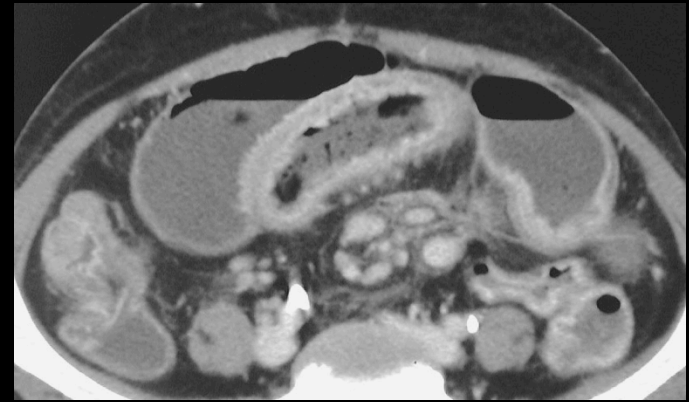
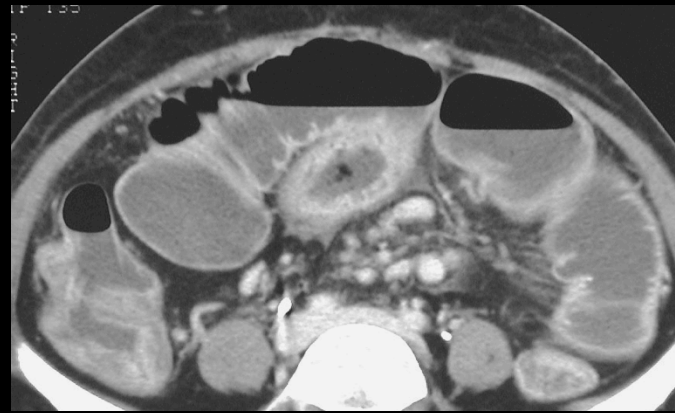


6.2 Maladie de Crohn

- Atteinte de **tout segment** du tube digestif
- **Intervalles** sains
- Atteinte histologique **transmurale**
- Stéatose focale, lithiase urinaire
- Cholangite sclérosante/CCK, SPA,...
- **Dégénérescence** : LMNH, ADK

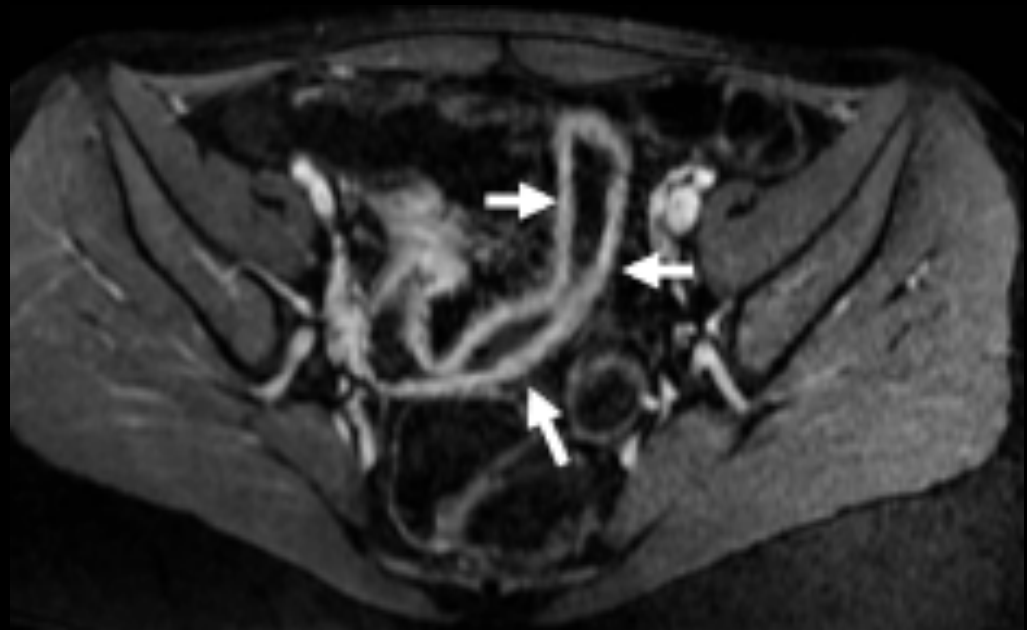
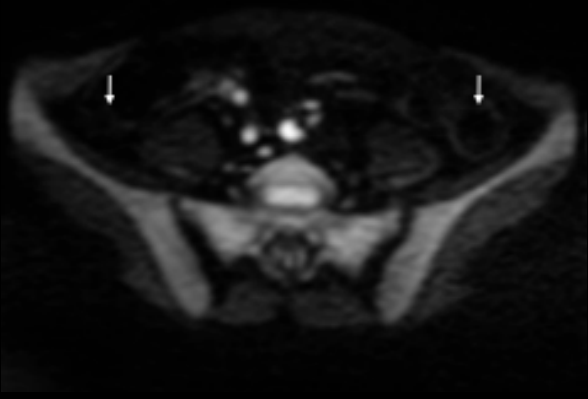
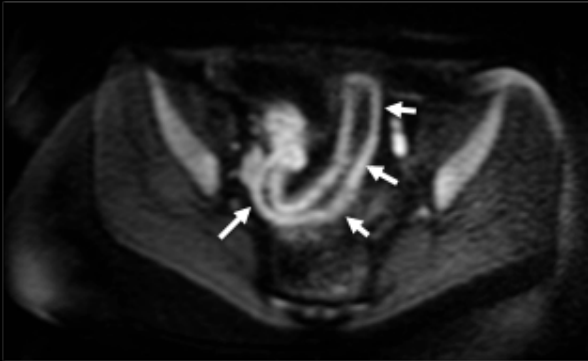


MDC en poussée



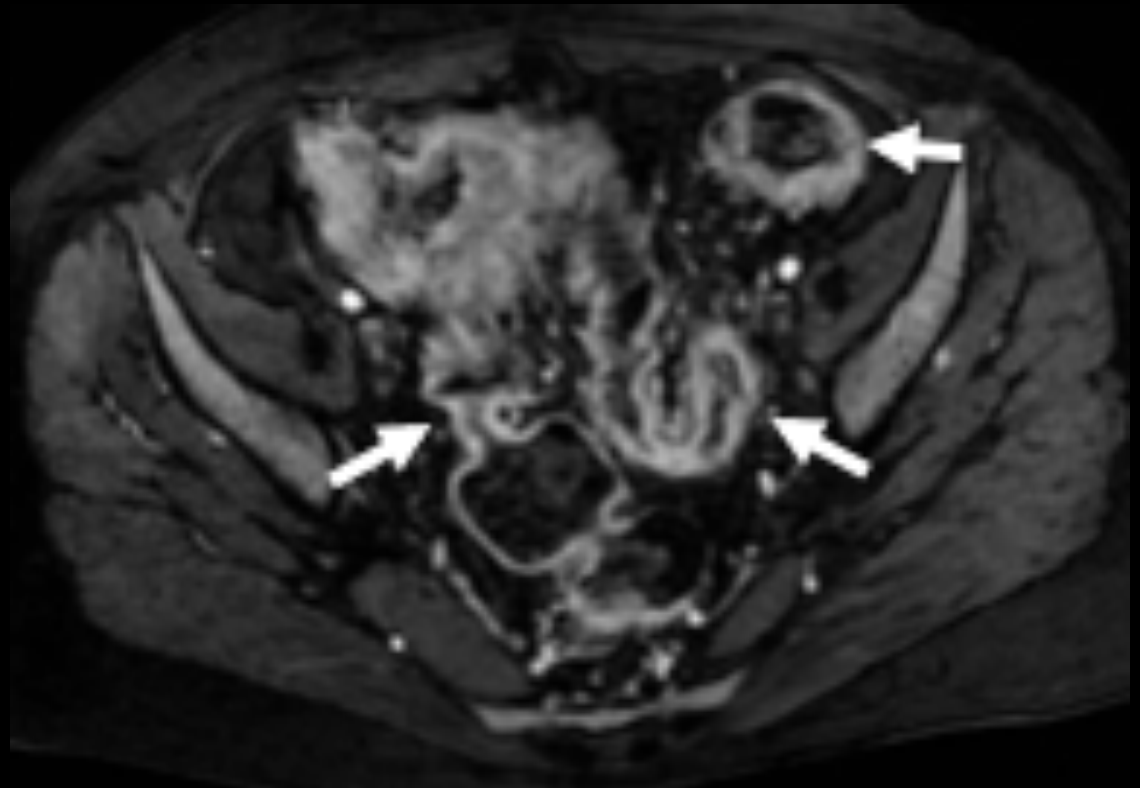
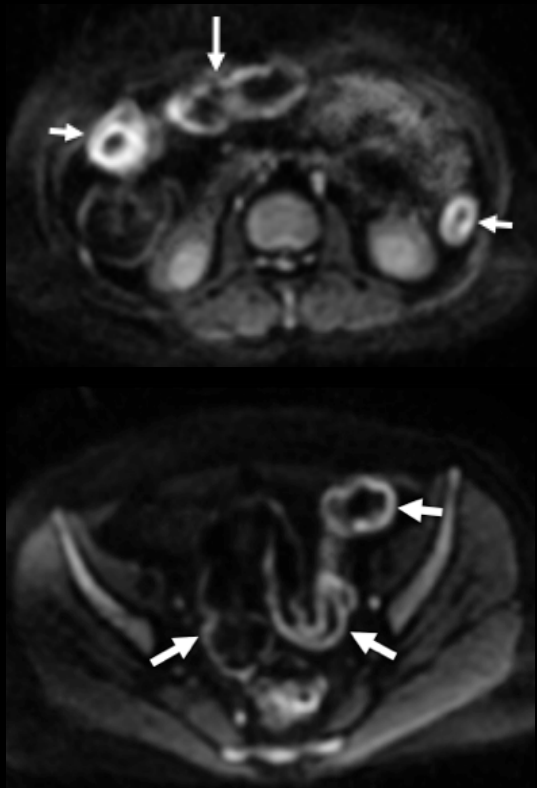
MDC en poussée + occlusion

Patient, 26 ans
Cas clinique n°1



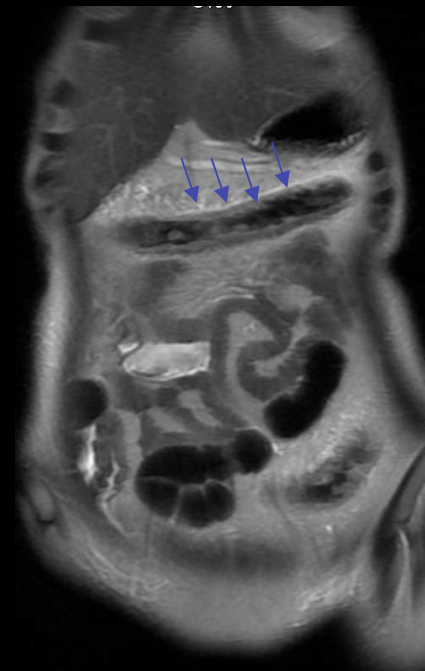
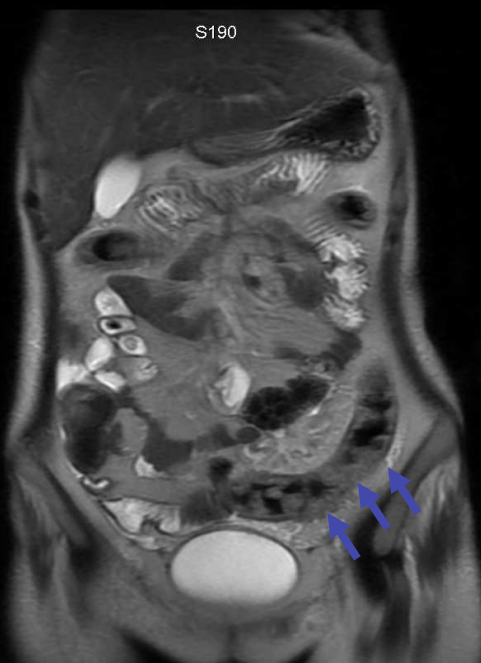
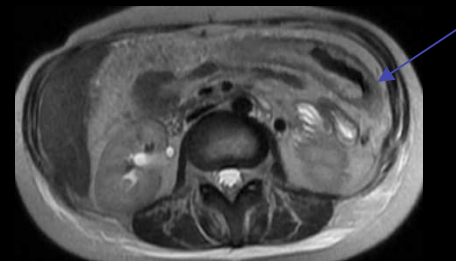
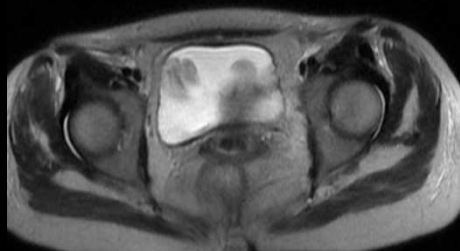
MC avec atteinte isolée de la dernière anse grêle
Score-IRM-T de 8/36.

**Patiente 35 ans
Cas clinique n°2**



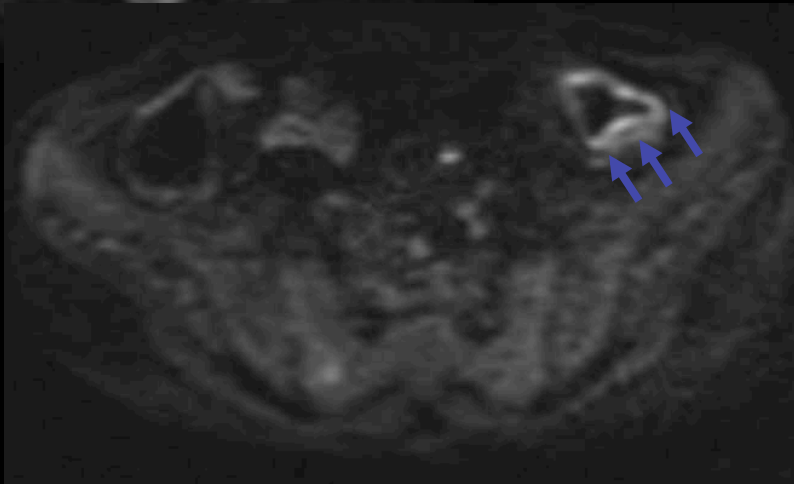
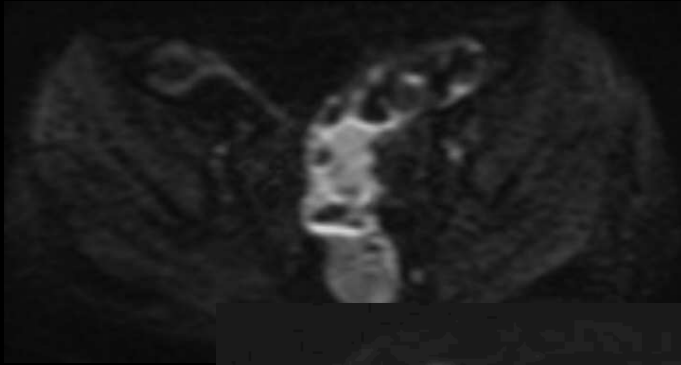
**MC avec atteinte pancolite et de la dernière anse
Score-IRM-T de 34/36**

**Patiente 24 ans
Cas clinique n°3**



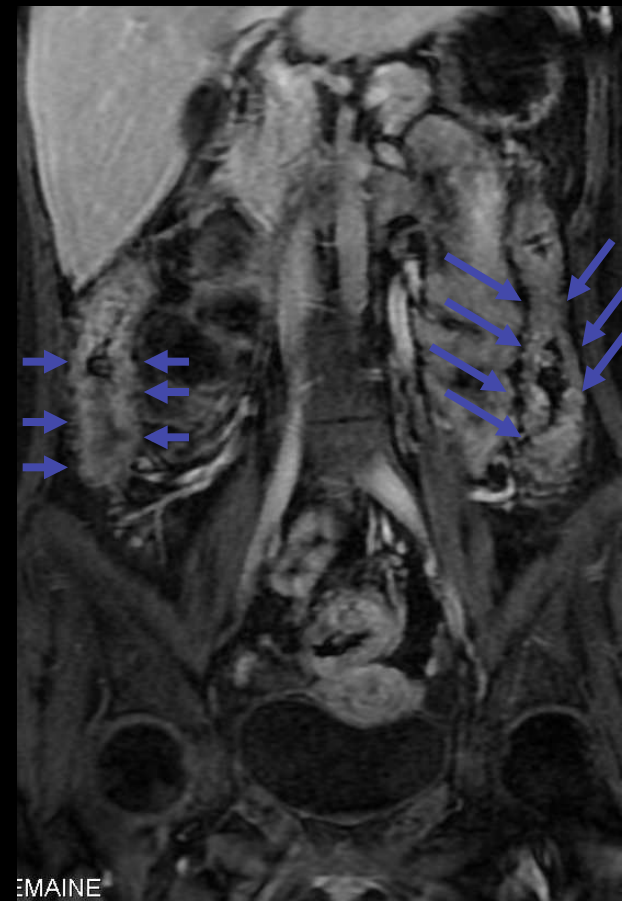
**MC avec atteinte pancolite très sévère
Score-IRM-T de 34/36**

Patiente 24 ans
Cas clinique n°3 (même patient que précédemment)



MC avec atteinte pancolite très sévère
Score-IRM-T de 34/36

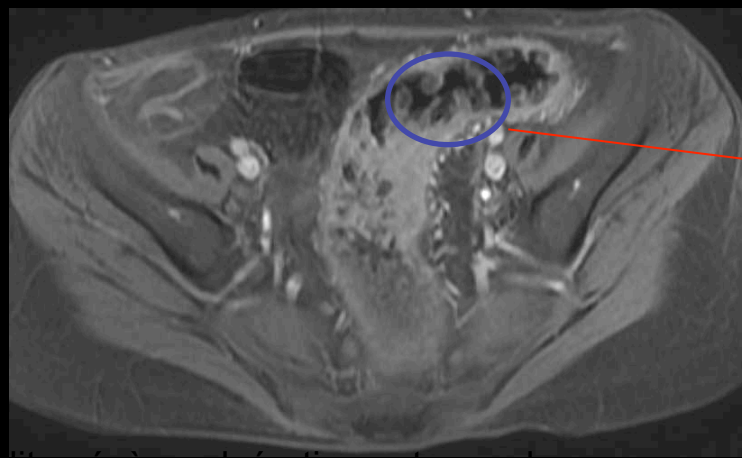
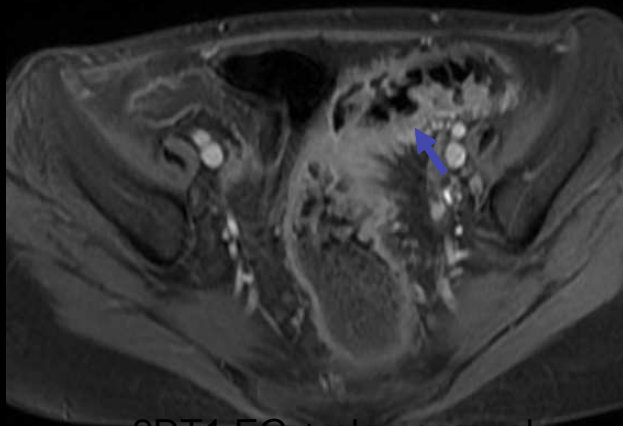
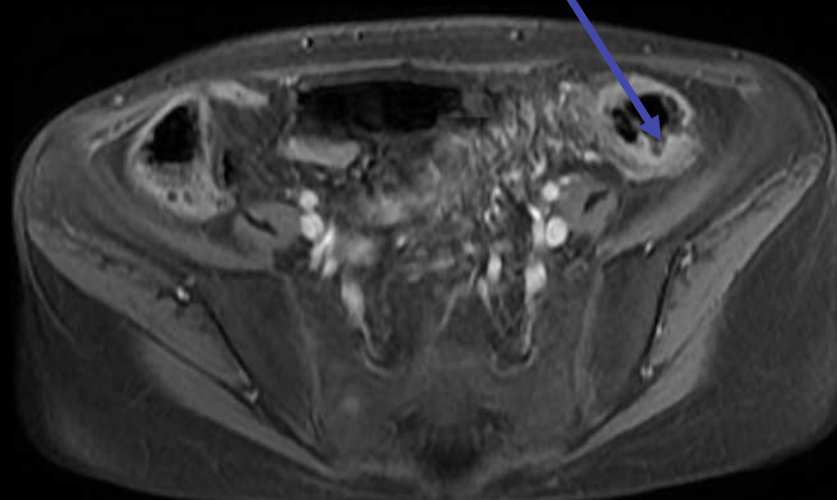
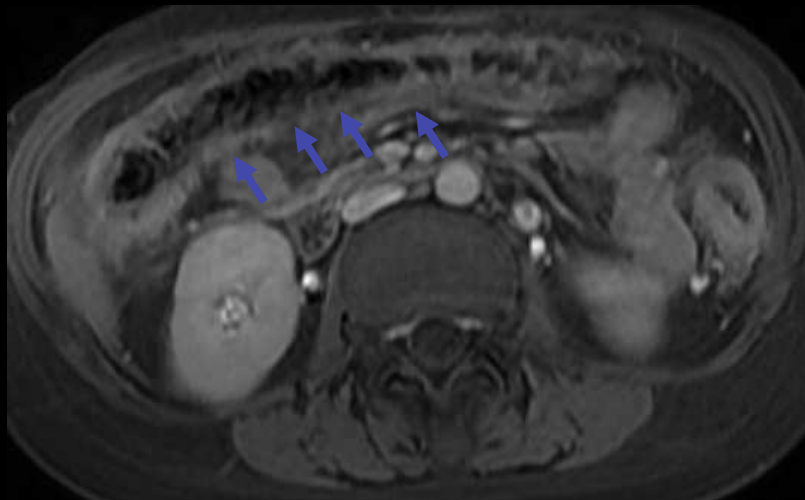
Patiente 24 ans
Cas clinique n°3 (même patient que précédemment)



MC avec atteinte pancolite très sévère
Score-IRM-T de 34/36

Patiente 24 ans
Cas clinique n°3 (même patiente que précédemment)

Ulcérations
creusantes

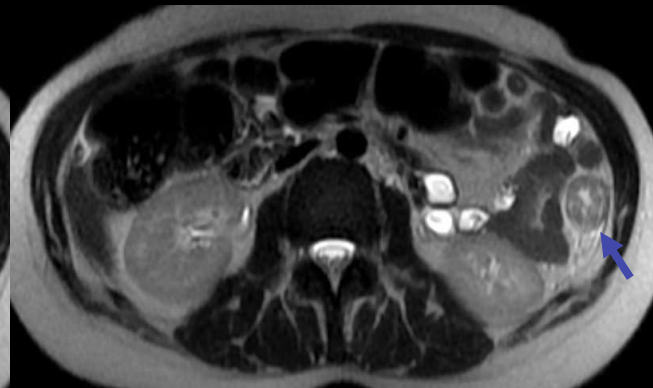
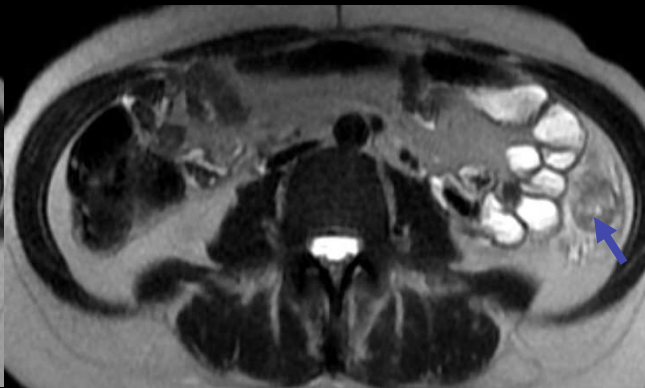
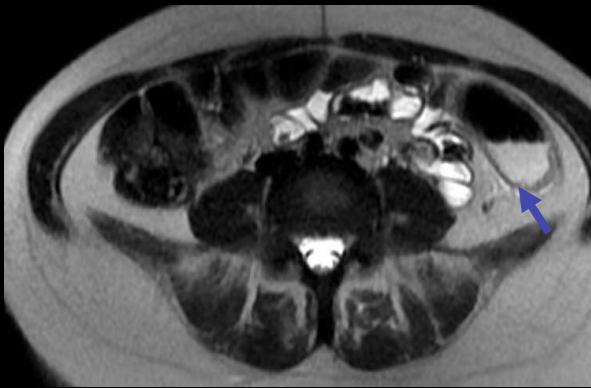
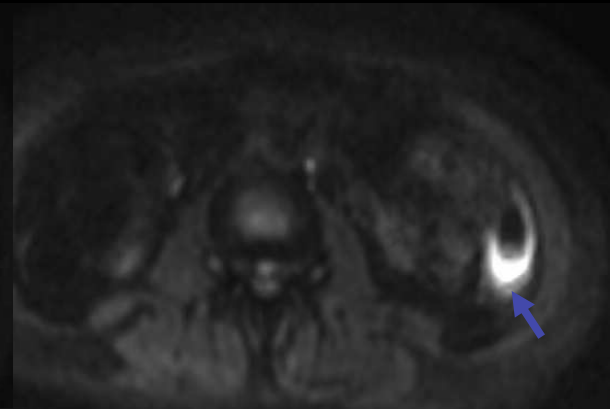
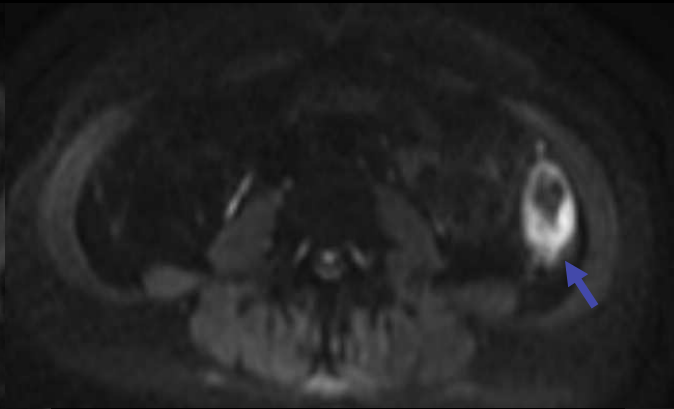
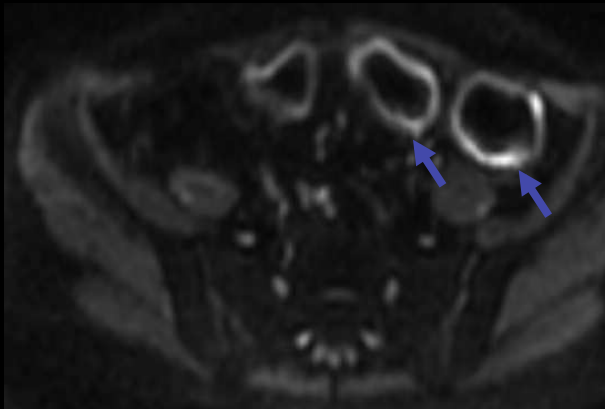


Pseudo polypes
inflammatoires

MC avec atteinte pancolite très sévère
Score-IRM-T de 34/36

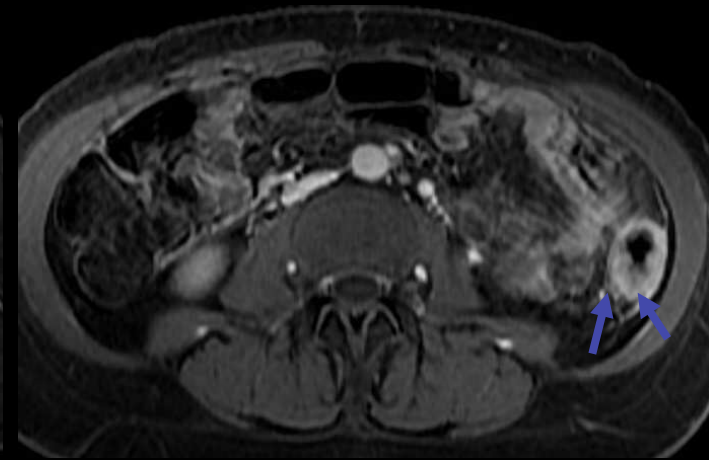
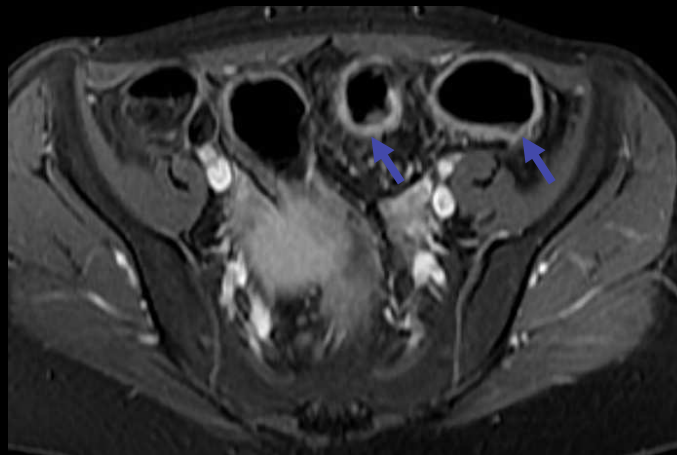
**Patiente 25 ans
Cas clinique n°4**

DWI : hypersignal limité au sigmoïde et au colon gauche



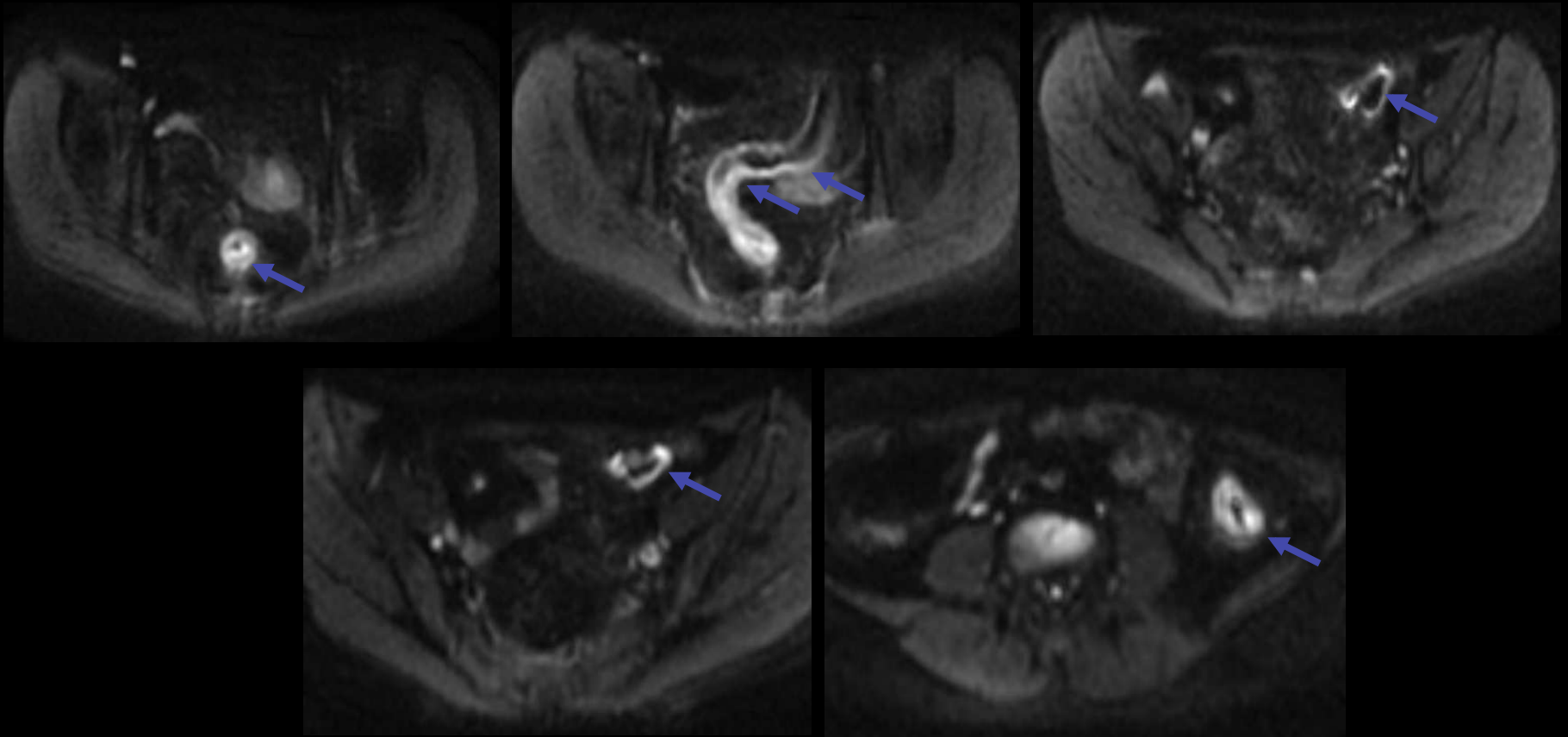
**MC active avec atteinte segmentaire sigmoïdienne et colique gauche (2 segments atteints)
Colon droit et transverse indemnes de toute lésion aiguë
Score-IRM-T de 12/36**

Patiente 25 ans
Cas clinique n°4 (même patiente que dia précédente)



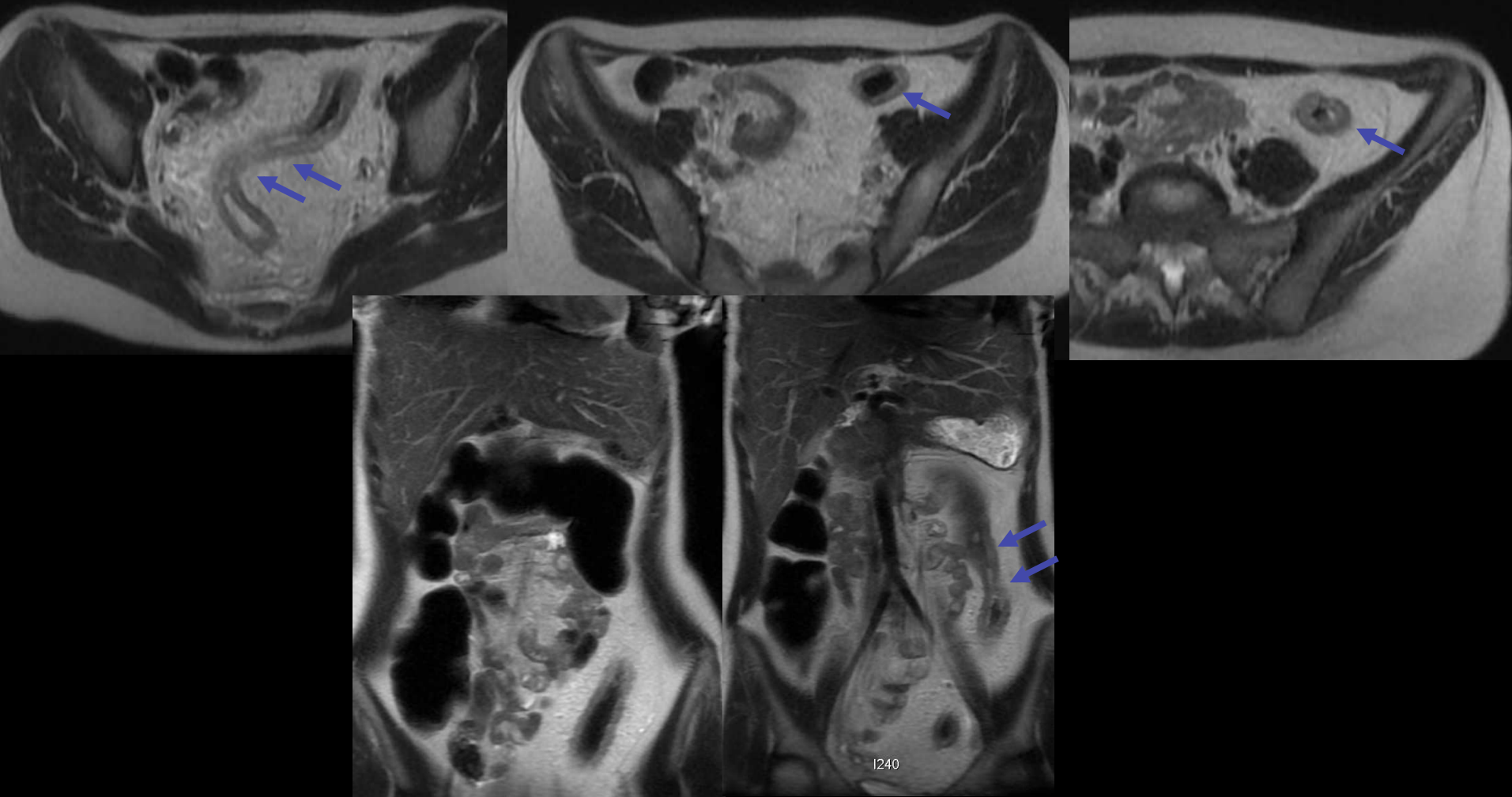
MC active avec atteinte segmentaire sigmoïdienne et colique gauche (2 segments atteints)
Colon droit et transverse indemnes de toute lésion aigue
Score-IRM-T de 12/36

**Patiente 42 ans
Cas clinique n°5**



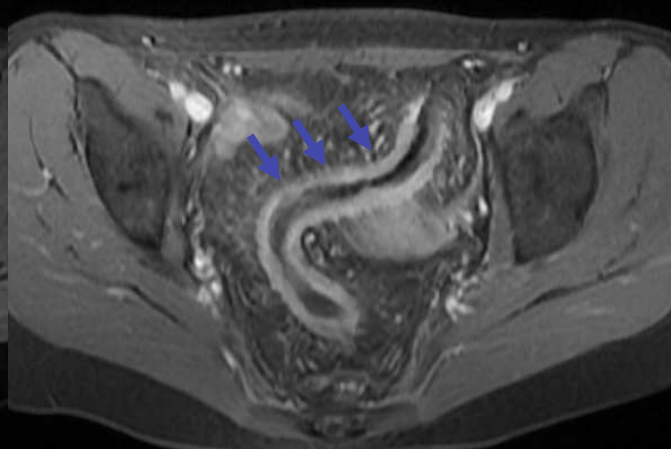
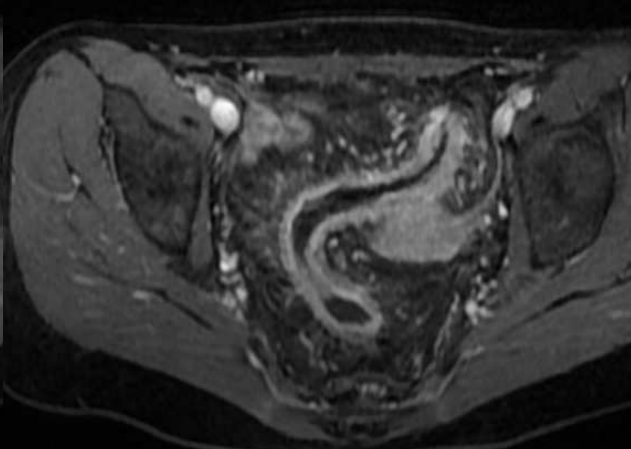
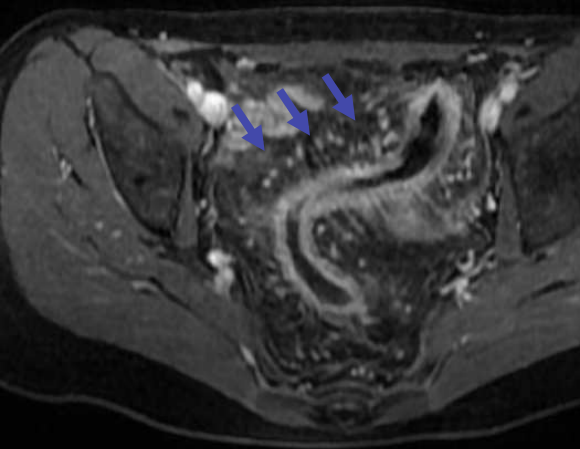
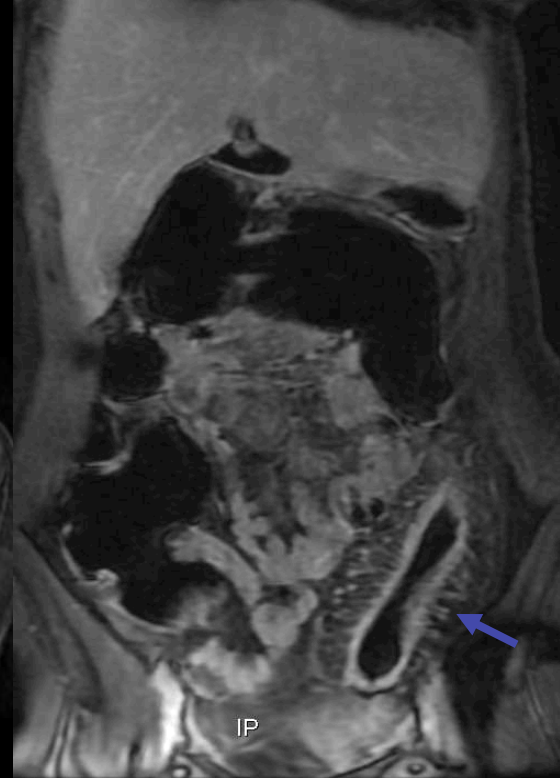
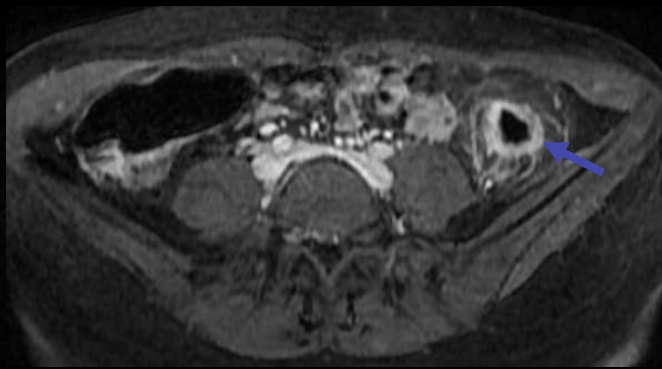
**MC active avec atteinte sigmoïdienne , colique gauche et transverse (2 segments atteints)
Colon droit indemne de toute lésion aiguë
Score-IRM-T de 18/36**

Patiente 42 ans
Cas clinique n°5 (même patiente que dia précédente)



MC active avec atteinte sigmoïdienne , colique gauche et transverse (2 segments atteints)
Colon droit indemne de toute lésion aiguë
Score-IRM-T de 18/36

Patiente 42 ans
Cas clinique n°5 (même patiente que dia précédent)



MC active avec atteinte sigmoïdienne , colique gauche et transverse (2 segments atteints)
Colon droit indemne de toute lésion aiguë
Score-IRM-T de 18/36

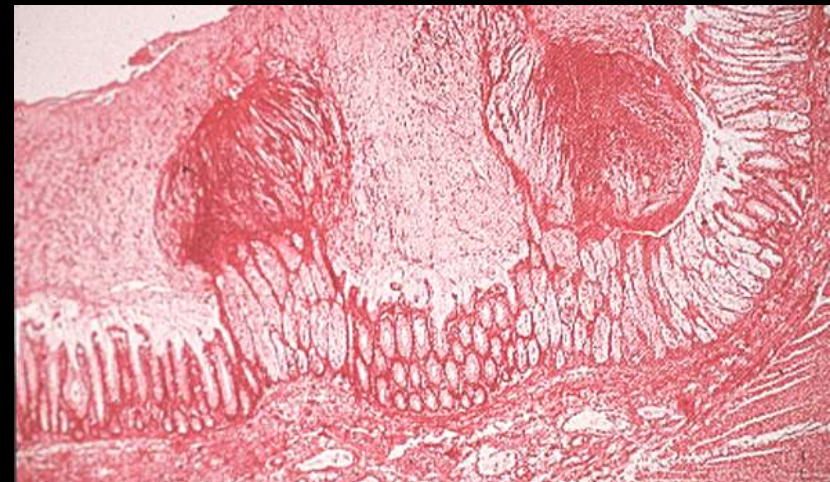
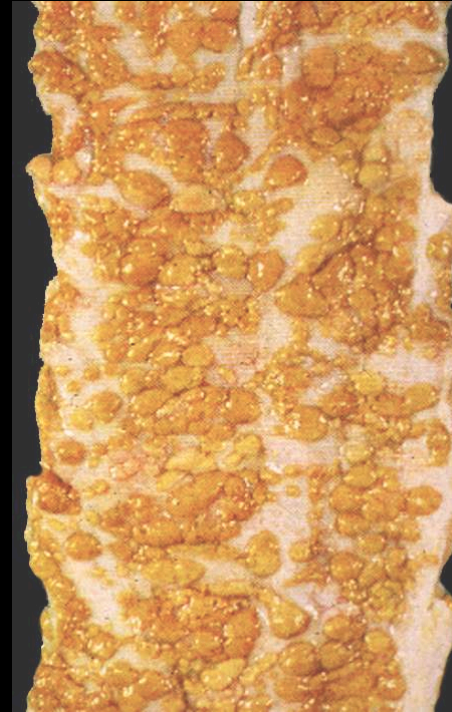
6.2 Pathologies infectieuses

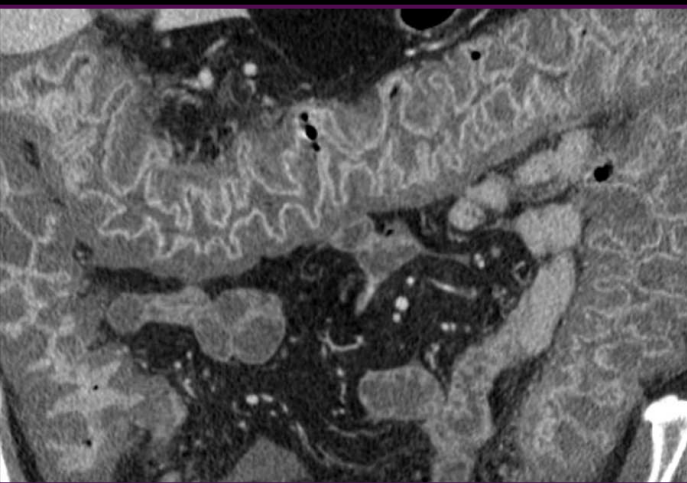
- **Diagnostic étiologique :**
 - coproculture
 - Coloscopie avec biopsies
- **Sémiologie commune :**
 - Épaississement de la paroi
 - Infiltration de la graisse
 - Epanchement intra péritonéal
- **Topographie :** aide au diagnostic étiologique

6.2 Pathologies infectieuses

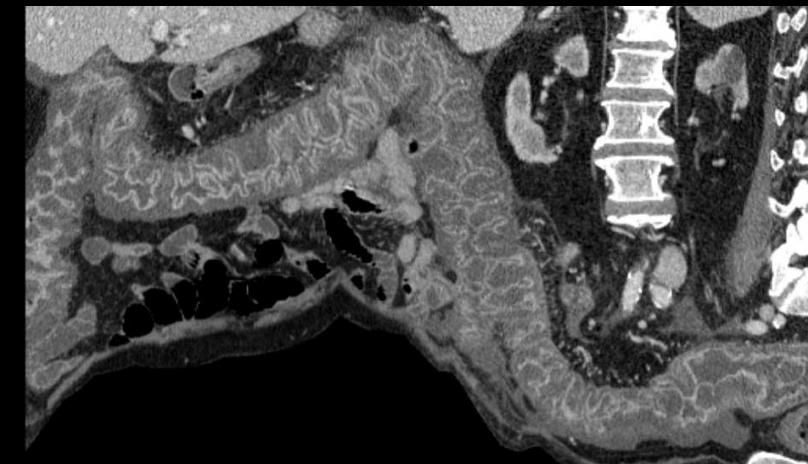
Colite pseudo-membraneuse

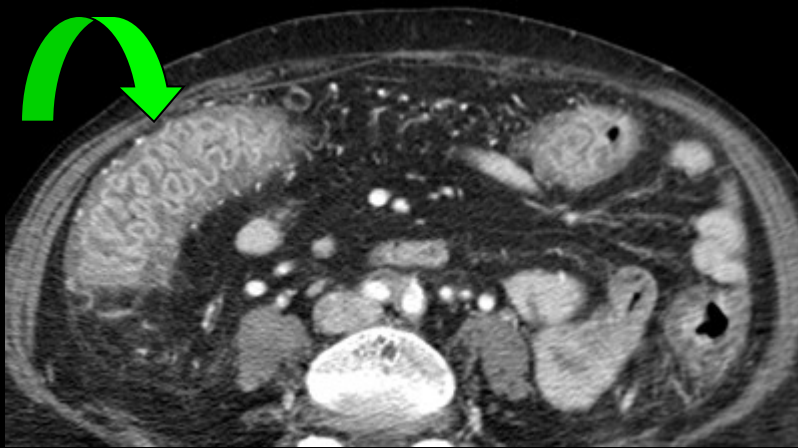
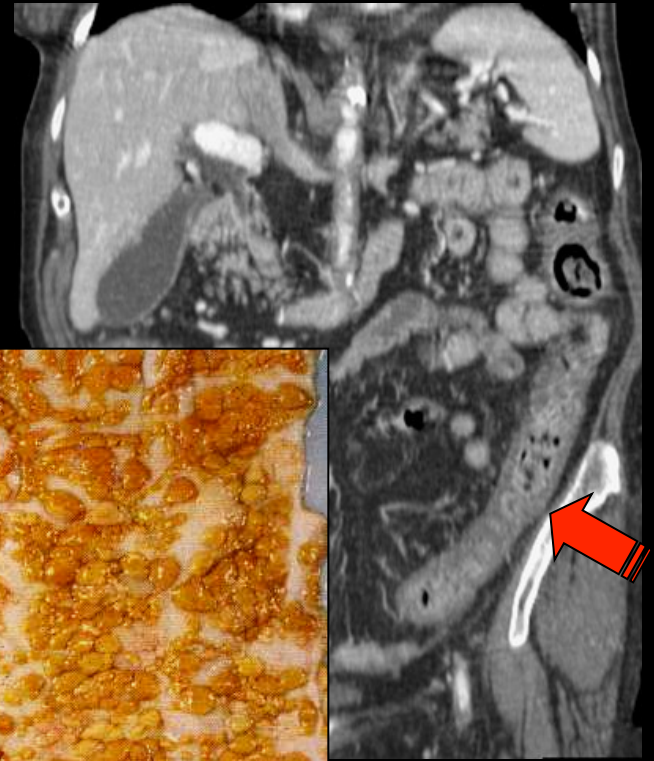
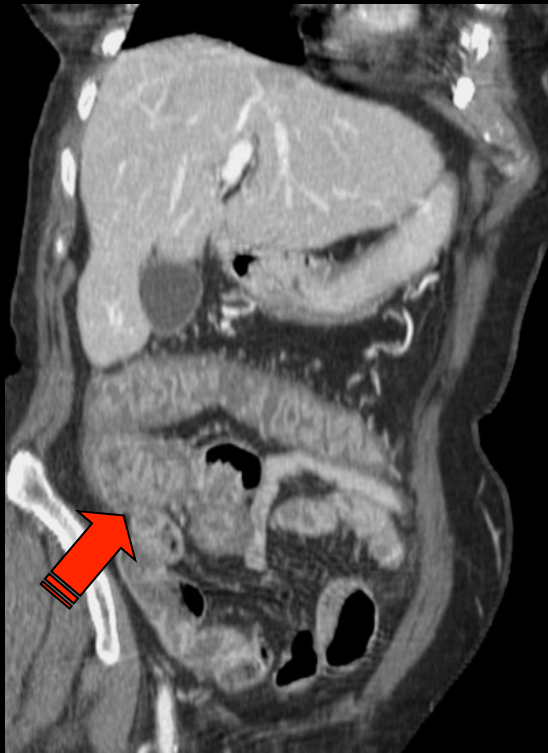
- Survient après TTT AB
- 3 à 10 jours jusqu' à 6 semaines
- Libération de substances cytotoxiques liées au Clostridium difficile
- Mise en évidence du germe dans les coprocultures ou aspect de fausses membranes à la coloscopie optique
- Rôle de l' imagerie : recherche de complications
- TDM +++
- Epaissement régulier de la paroi de l' ensemble du cadre colique



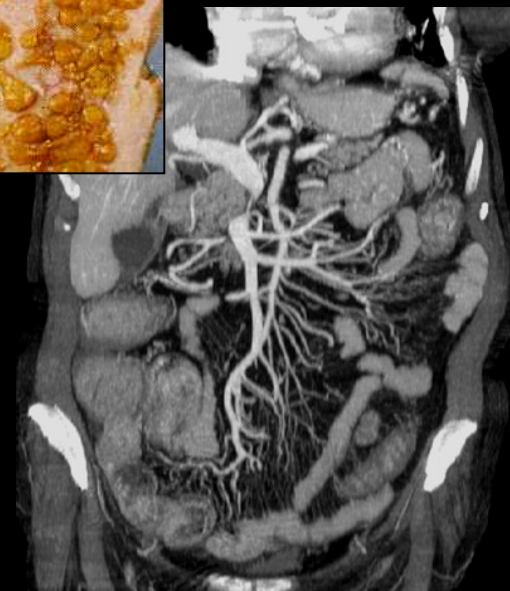


Colite pseudo-membraneuse





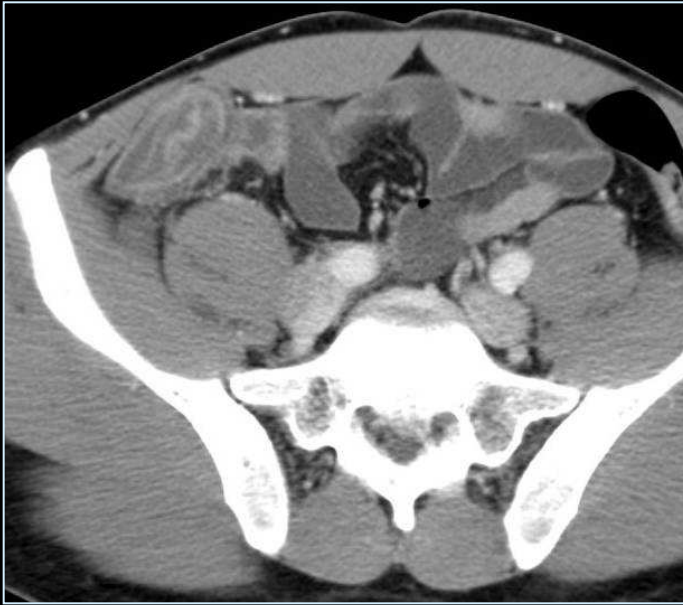
Colite pseudo-membraneuse
« concertina-like sign »



6.2 Pathologies infectieuses

Colite neutropénique ou thyphlite

- Inflammation aiguë du caecum
- Patients porteurs d'une leucémie ou sous traitement immunosuppresseur ou sous chimiothérapie
- Etiopathogénie méconnue : phénomènes ischémiques, infectieux, CMV associés



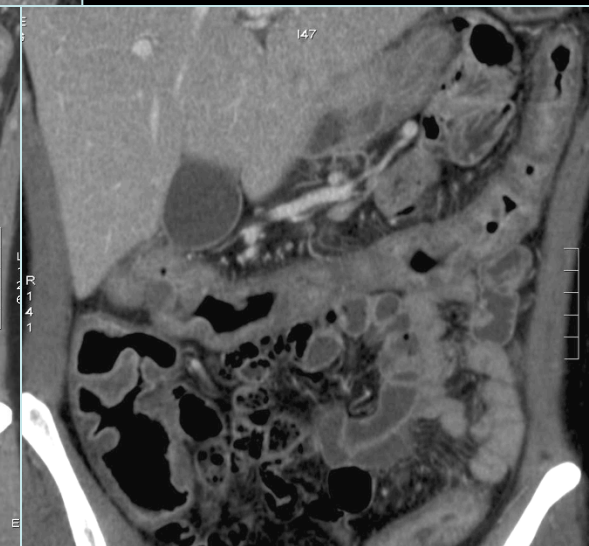
Typhlite

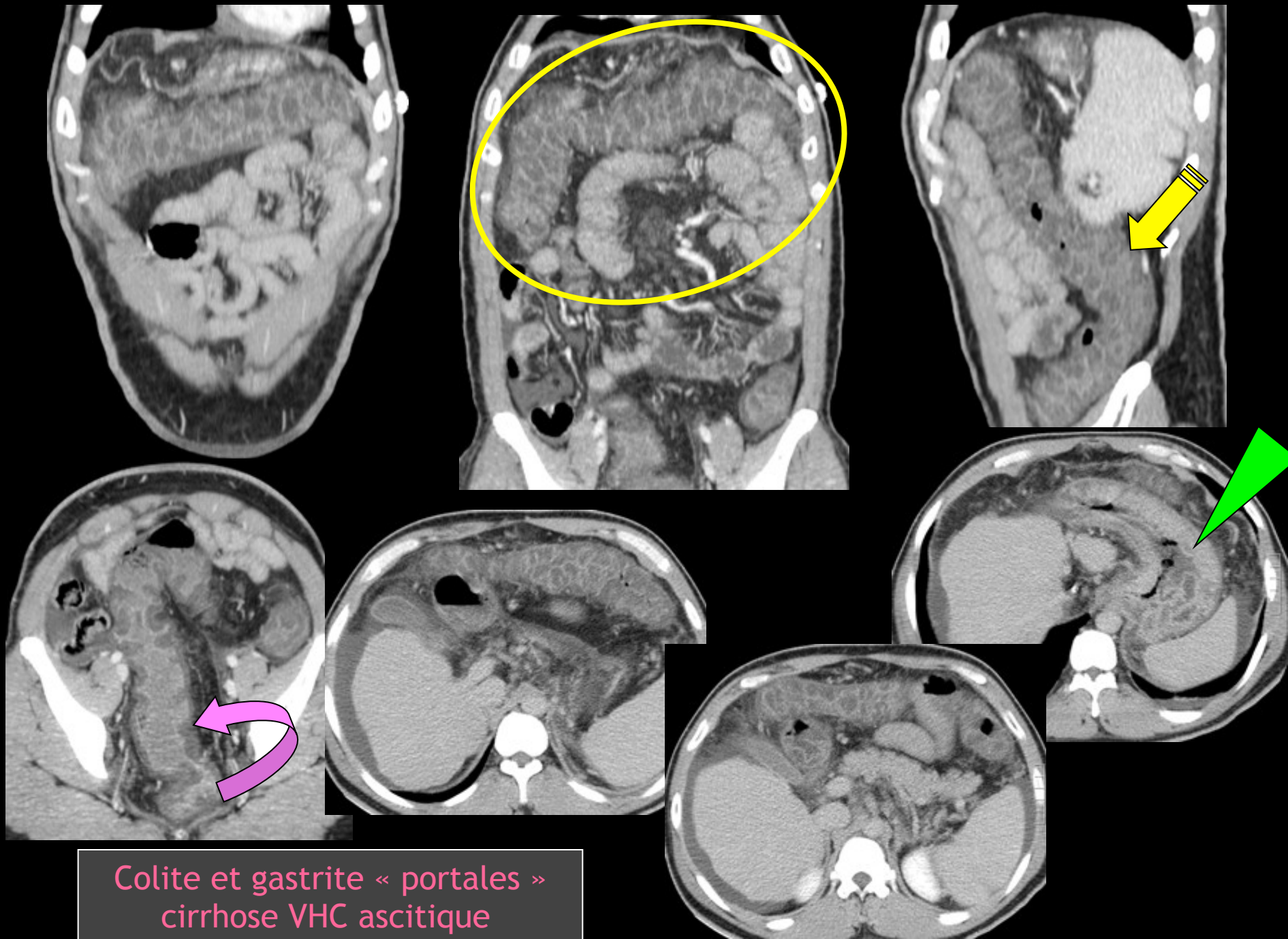
Leucémie, lymphome, anémie aplasique, post-transplantation, ischémie ou infection

6.2 Pathologies infectieuses

Colite amibienne

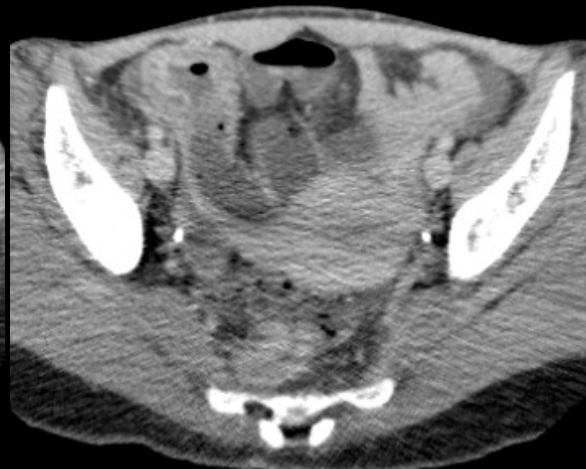
- Pancolite ou atteinte segmentaire possible à drte
- Ulcérations ++++++
- Entamoeba histolytica
- Masses denses dans la paroi colique
- Diagnostic : contexte +++ et sérologie



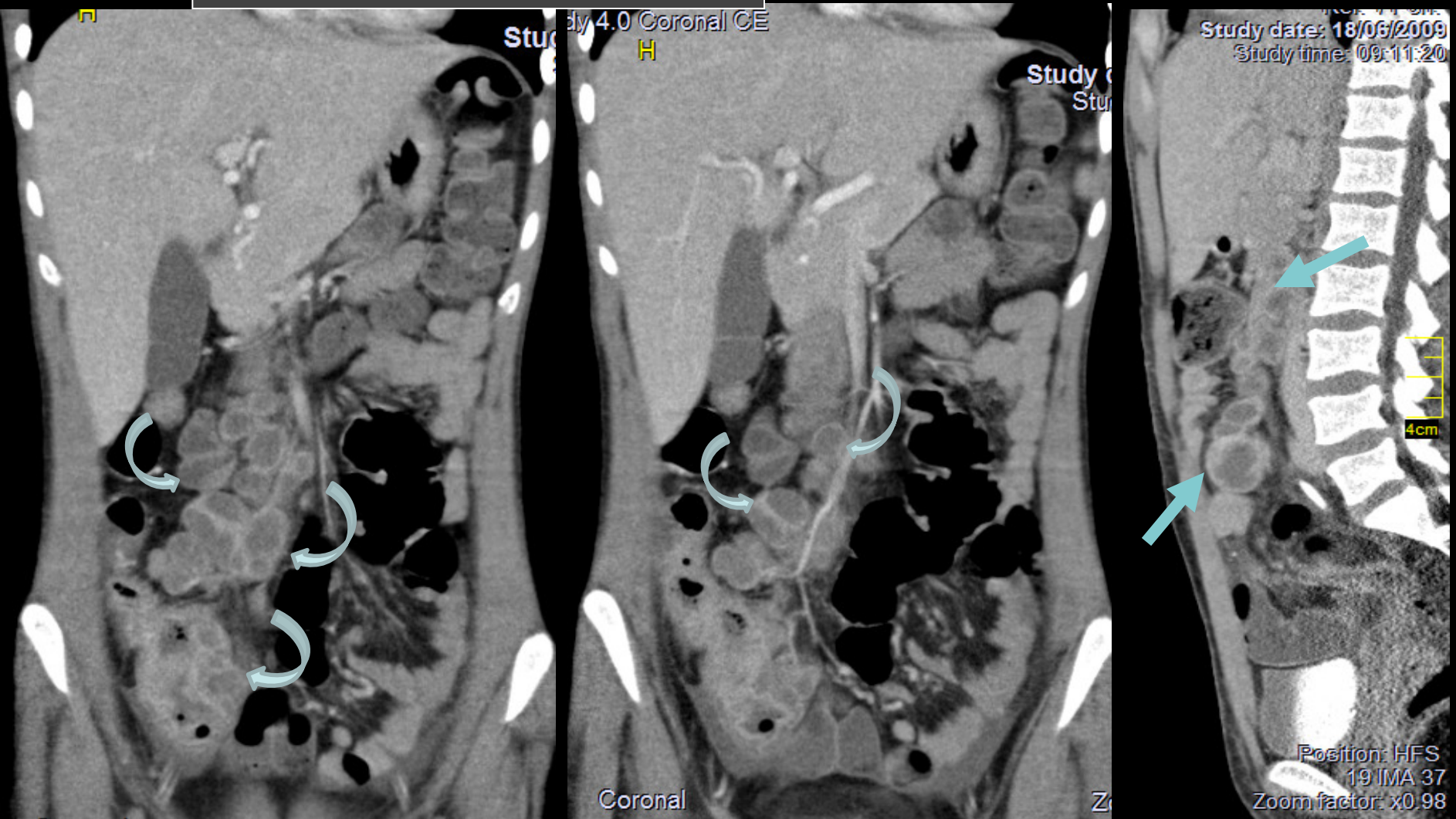


Tuberculose iléo caecale

- Rare,
- Contamination par voie digestive
- Atteinte segmentaire, caecale
- Importante réaction fibreuse de la paroi avec sténose possible
- ADP hypodenses

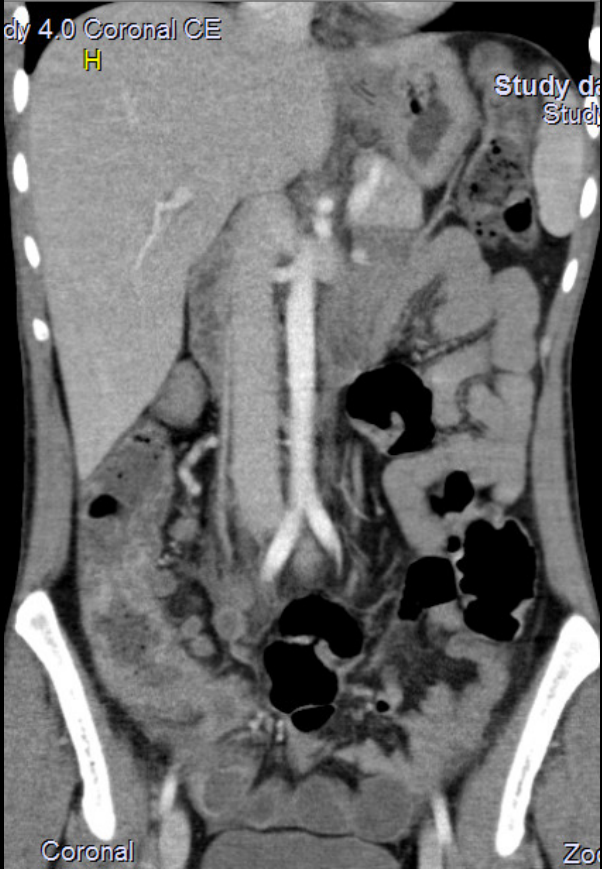


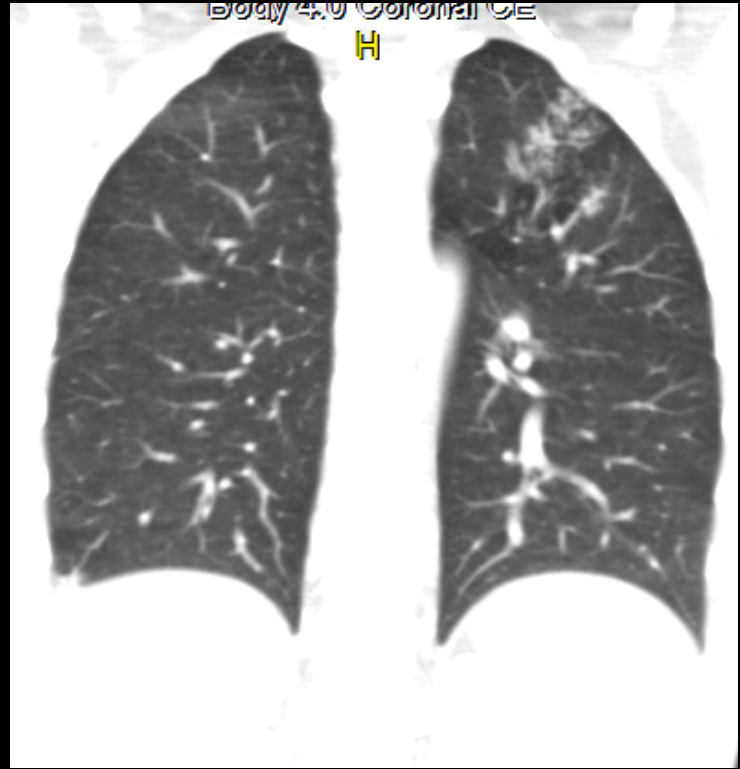
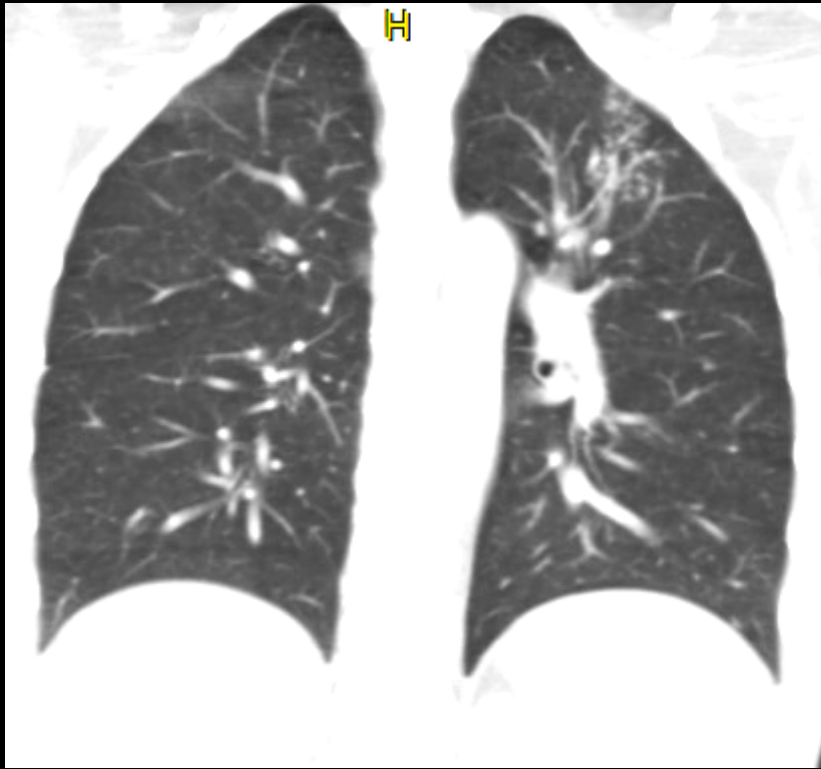
Tuberculose iléo caecale



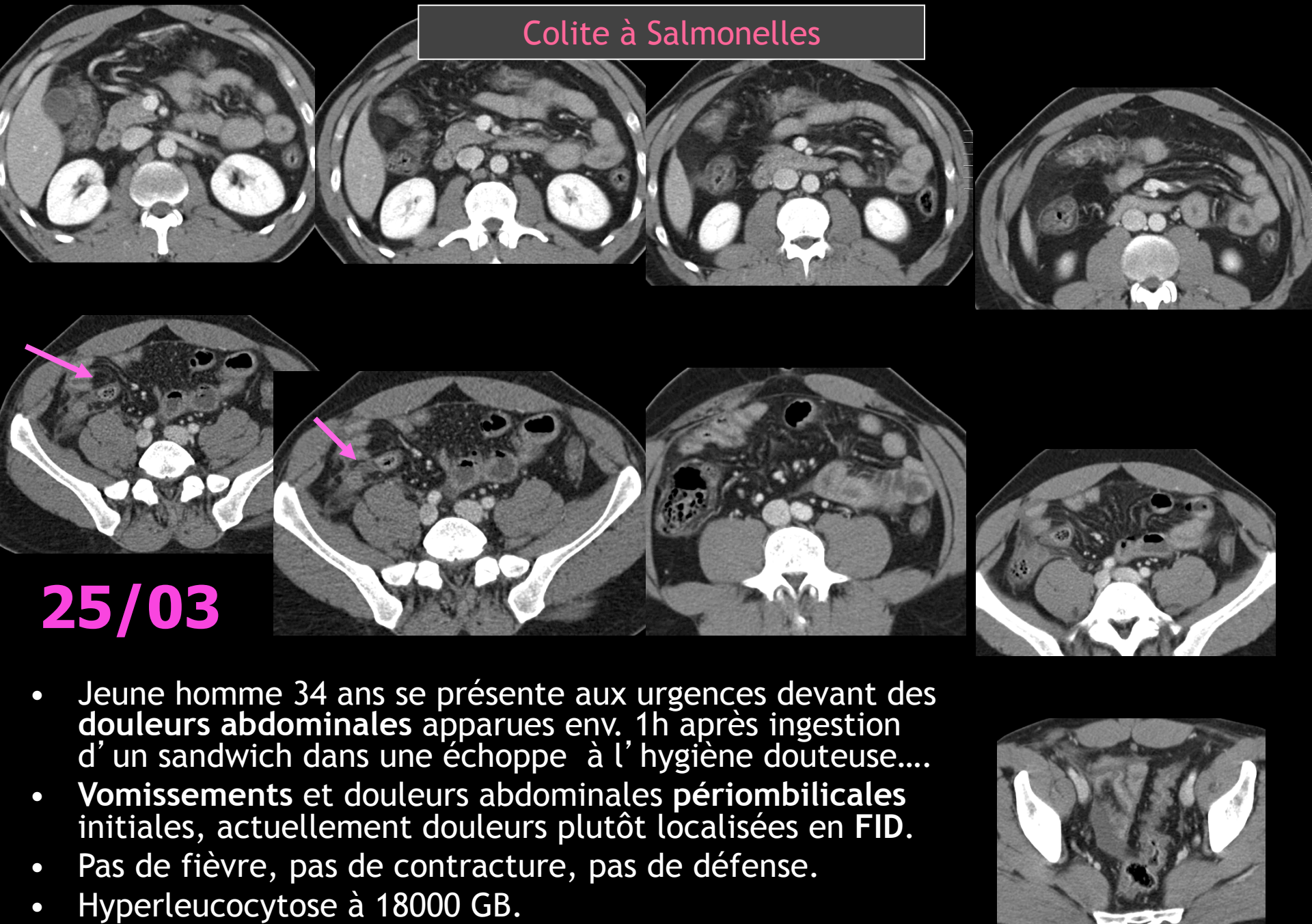
ADP mésentériques nécrotiques

Tuberculose iléo caecale





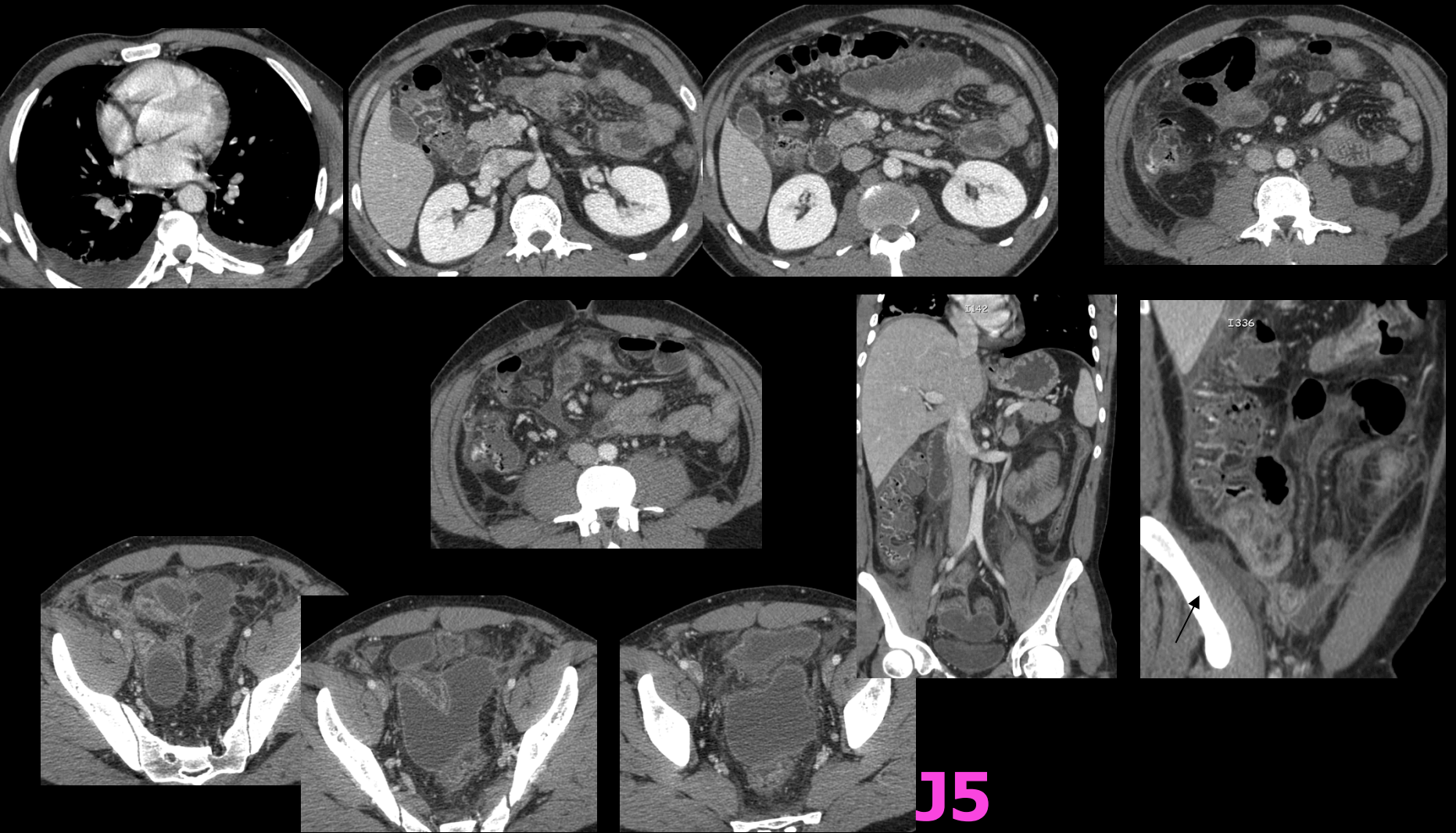
Colite à Salmonelles



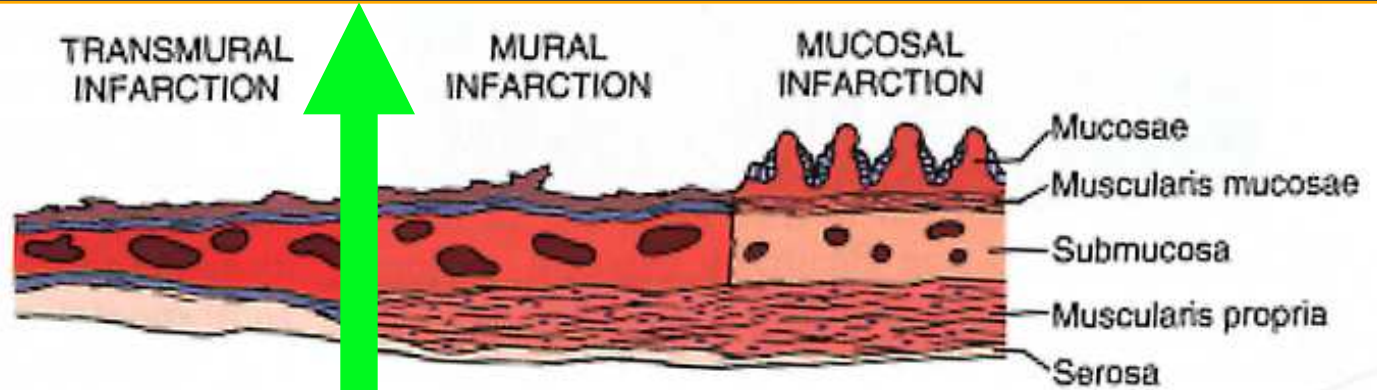
25/03

- Jeune homme 34 ans se présente aux urgences devant des douleurs abdominales apparues env. 1h après ingestion d'un sandwich dans une échoppe à l'hygiène douteuse....
- Vomissements et douleurs abdominales périombilicales initiales, actuellement douleurs plutôt localisées en FID.
- Pas de fièvre, pas de contracture, pas de défense.
- Hyperleucocytose à 18000 GB.

Colite à Salmonelles

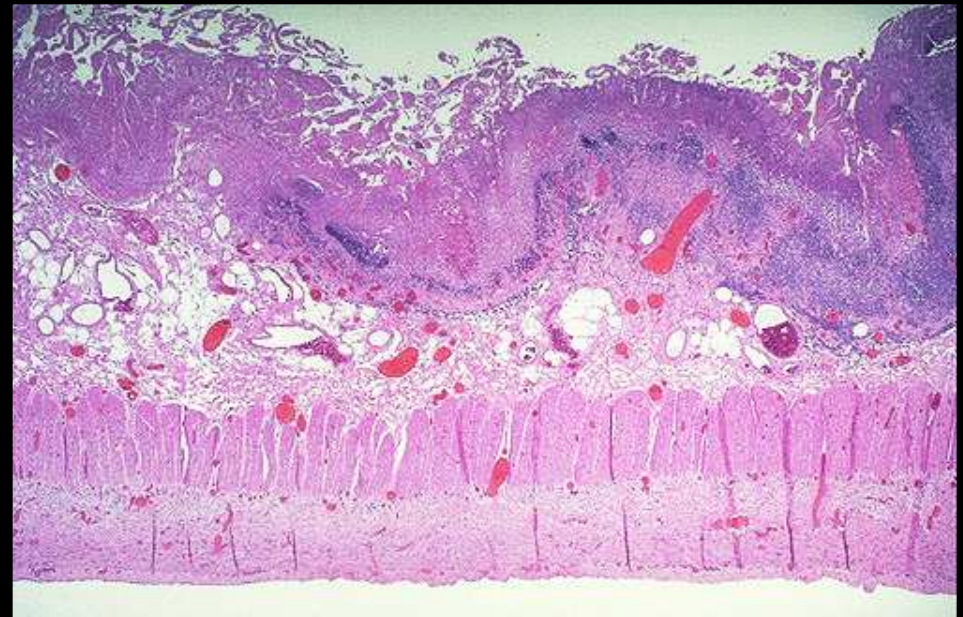
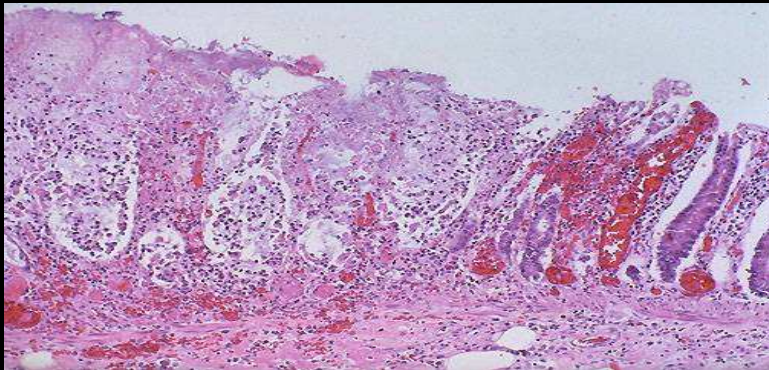


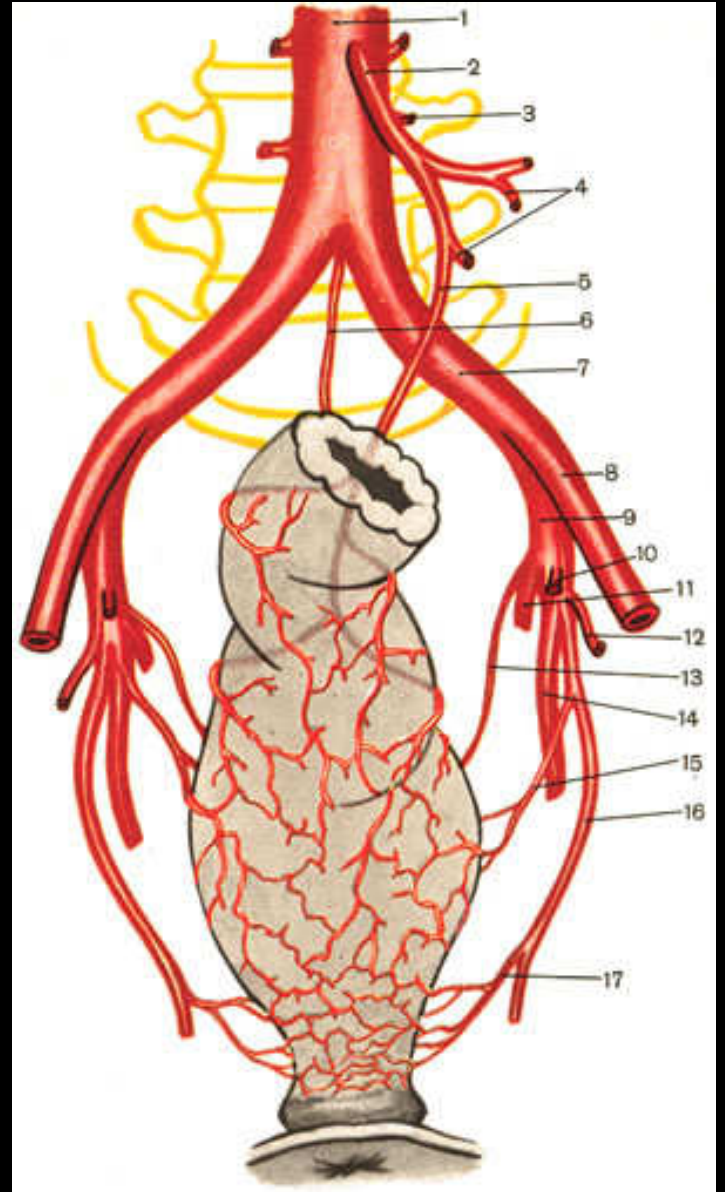
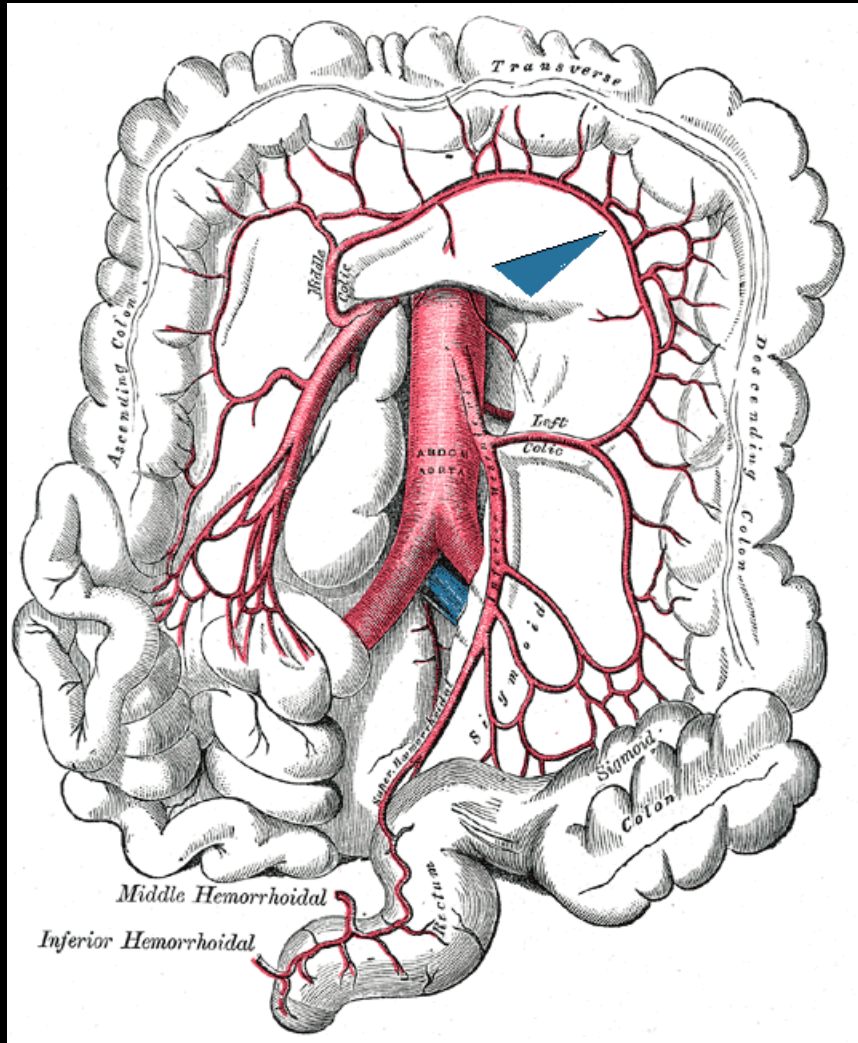
6.3 Pathologies vasculaires

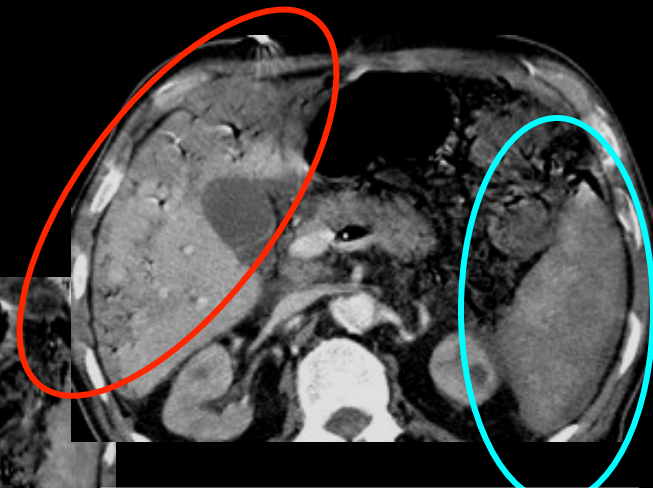
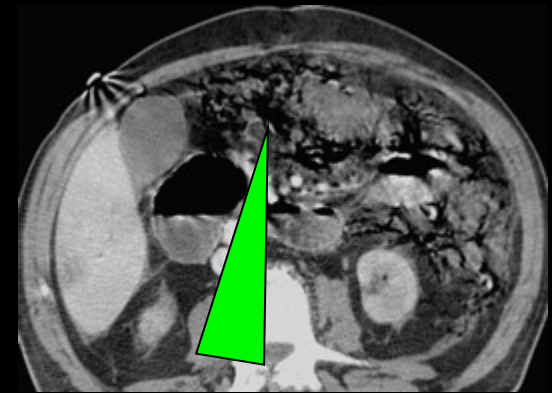
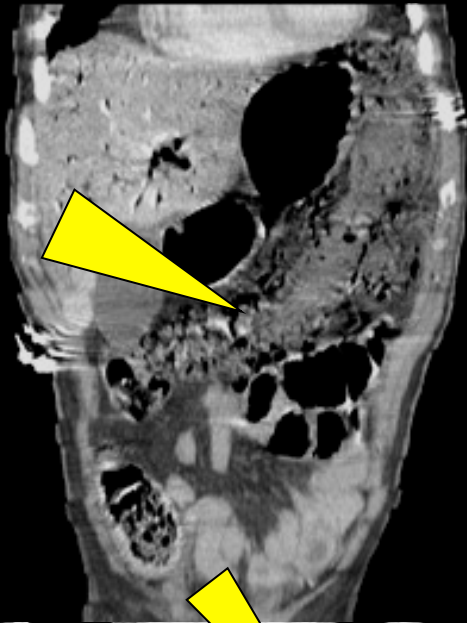


nécrose ischémique
irréversible

ischémies aiguës et subaiguës
potentiellement résolutives



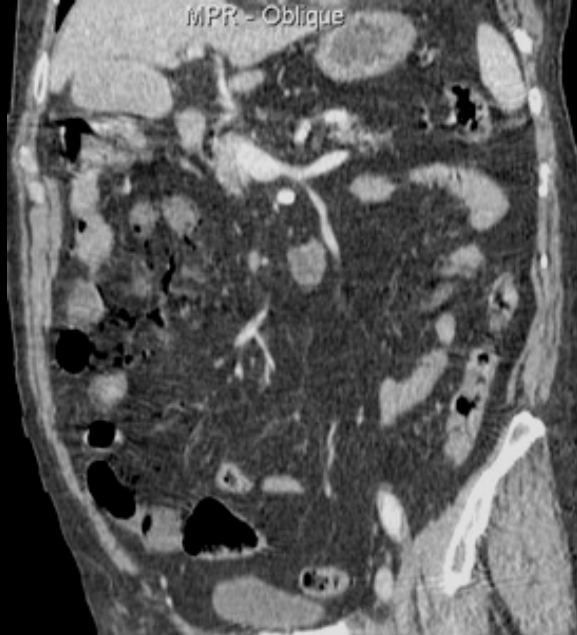
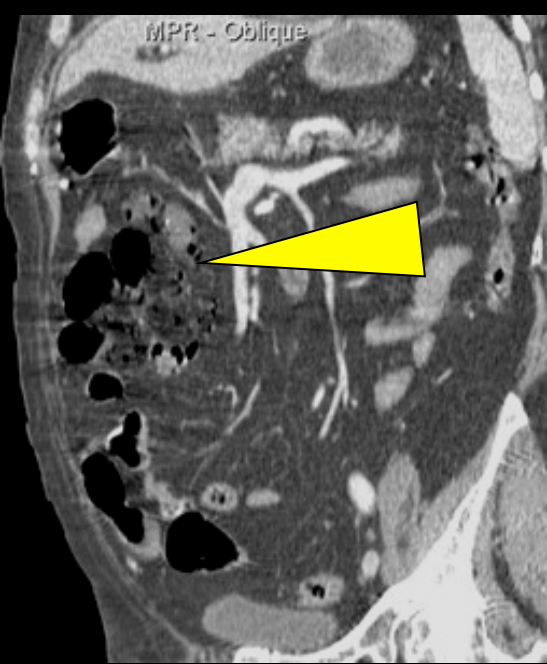
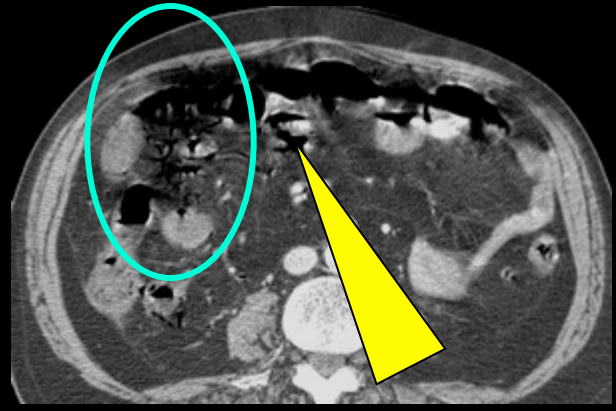
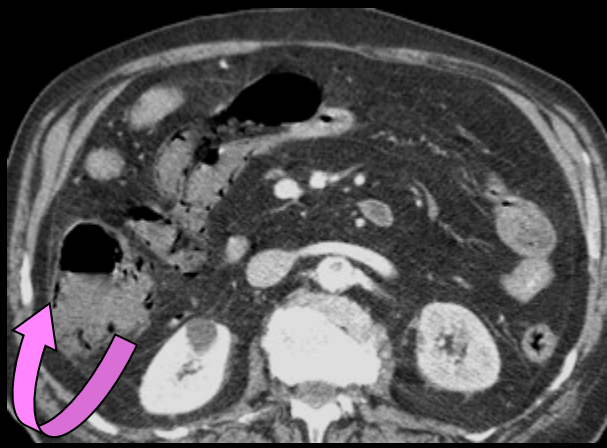




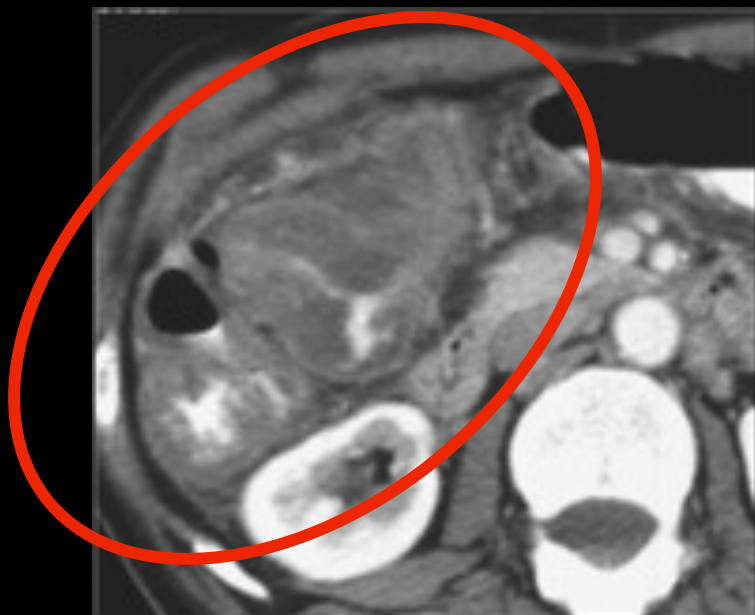
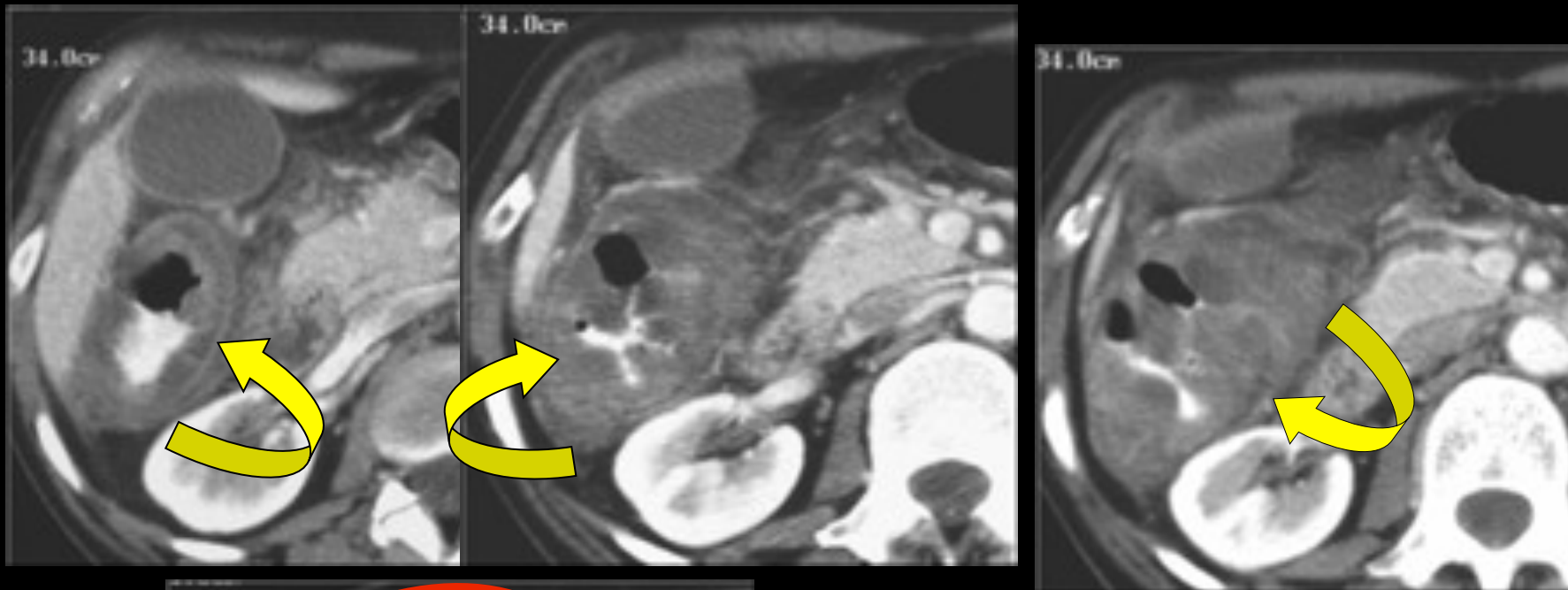
Infarctus colique
angulaire gauche et
aéroportie

Infarctus hépatique et
splénique

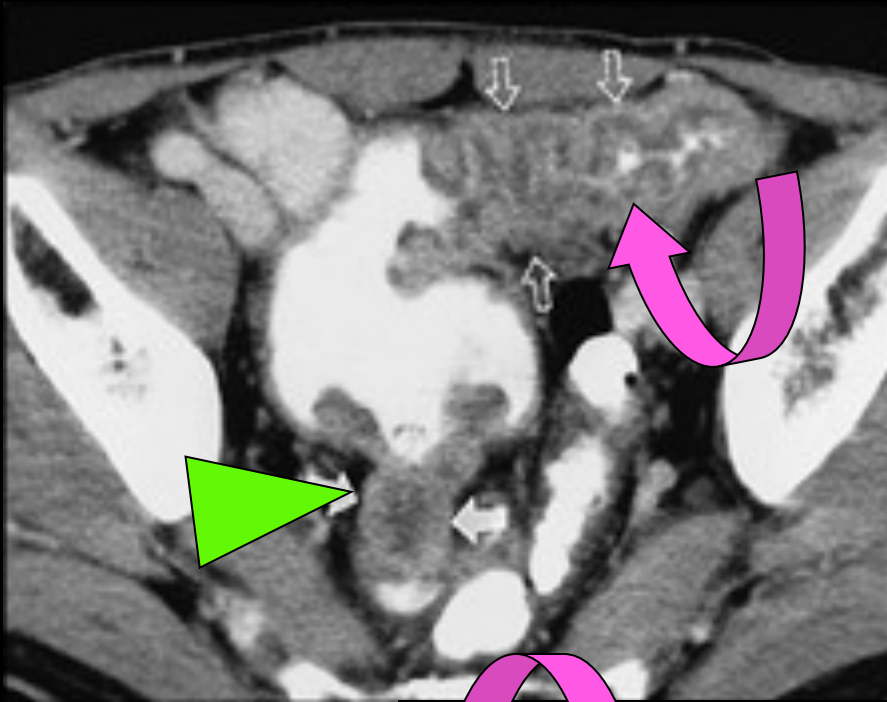
(Bas débit circulatoire)



Nécrose ischémique étendue colique droite (bas débit circulatoire)



Ischémie colique droite pseudo-tumorale

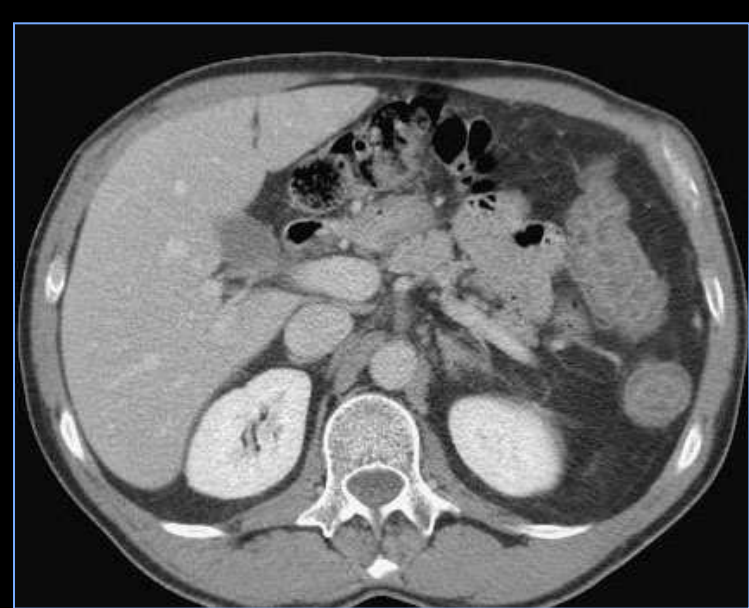


Ischémie colique
segmentaire
" symptôme "

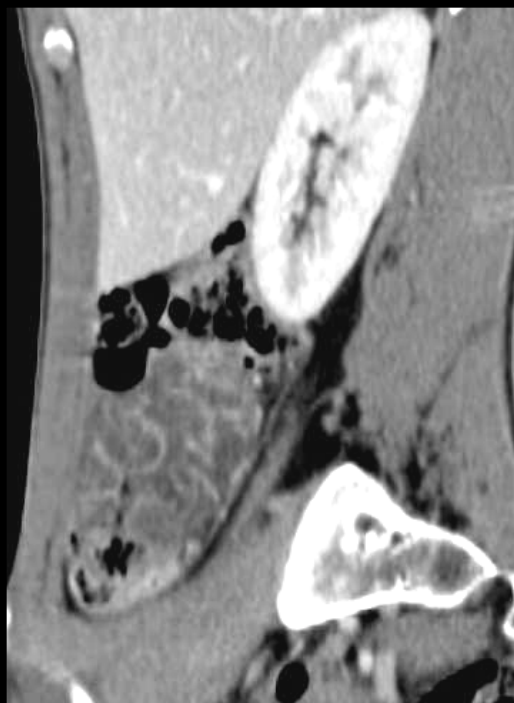
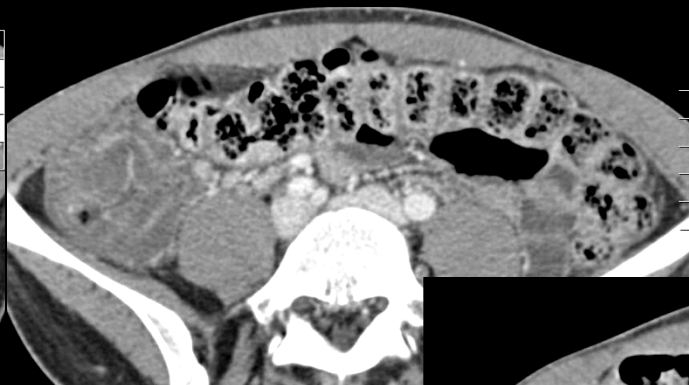


ADK sténosant
du sigmoïde

ischémie subaiguë d' amont



Colites ischémiques



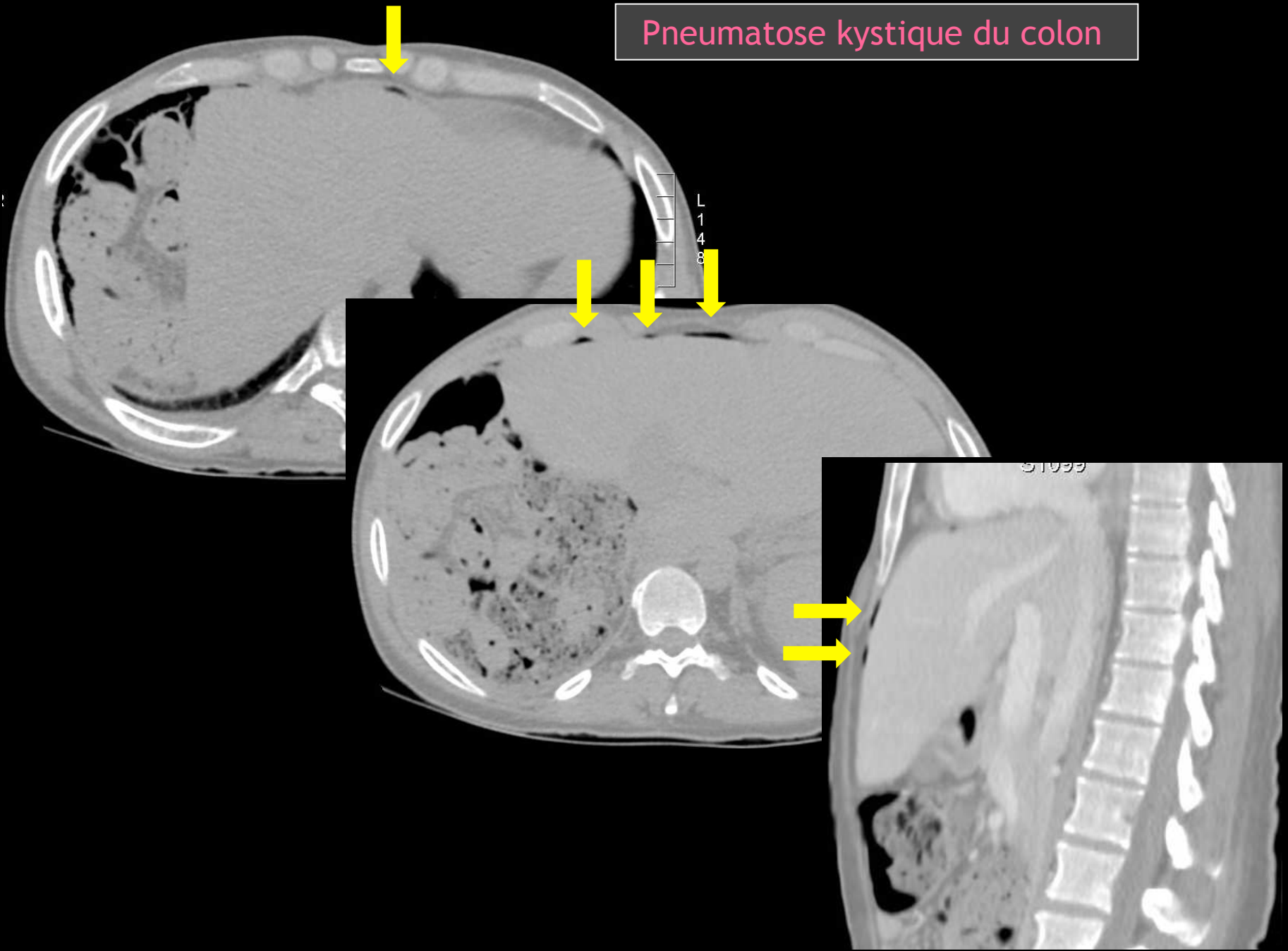
Fille 27 ans,
sportive

Colite du marathonien

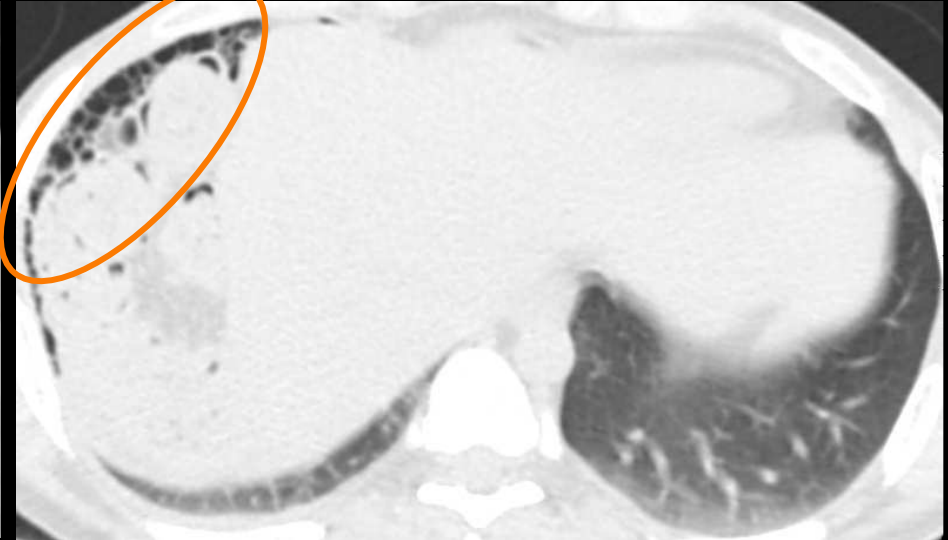
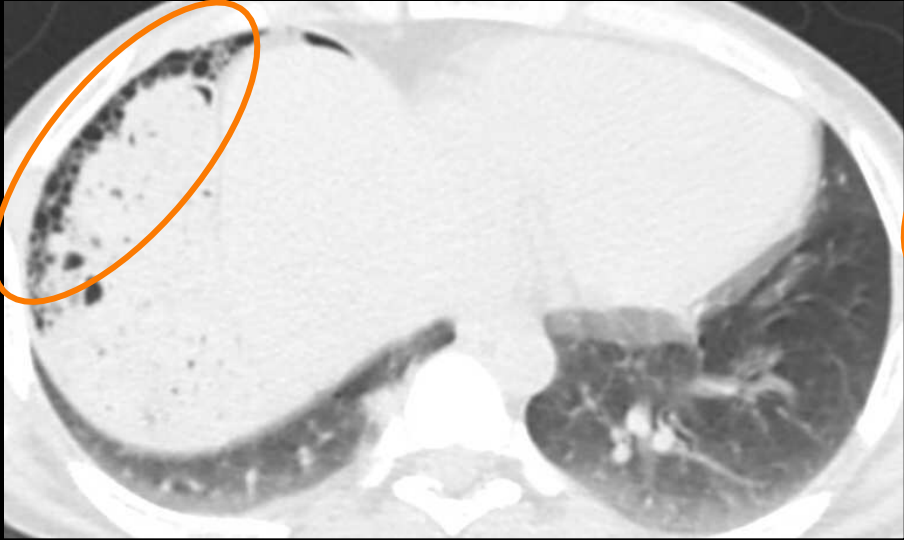
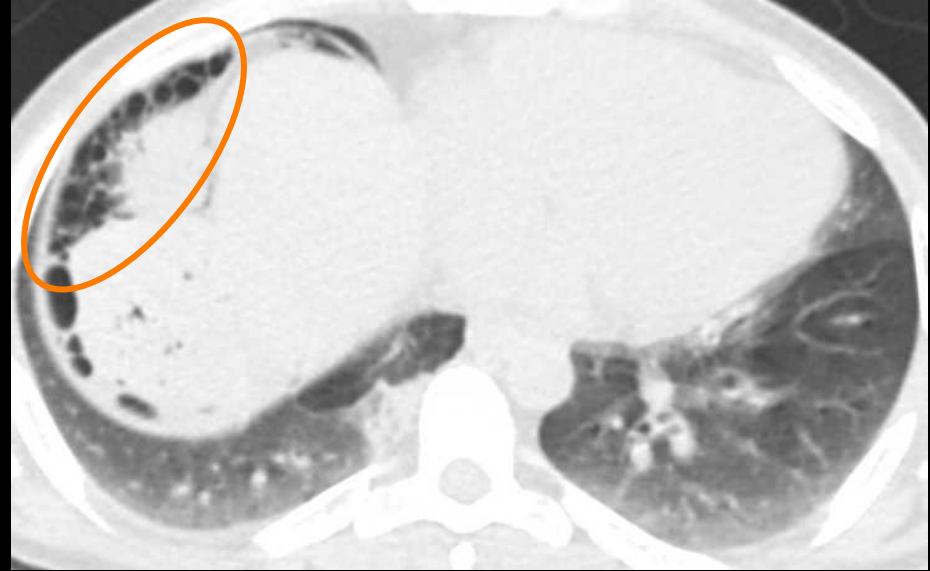
6.4 Affections diverses

- Pneumatose kystique du colon
- Endométriose digestive

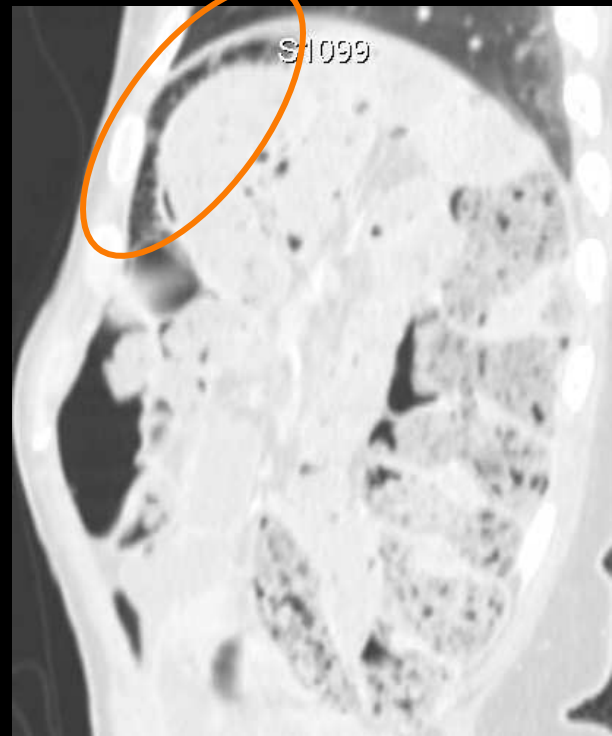
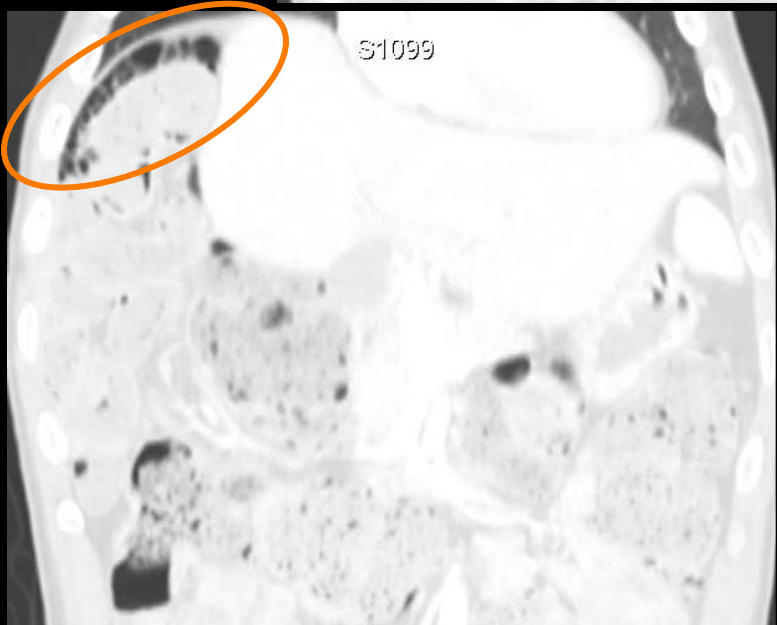
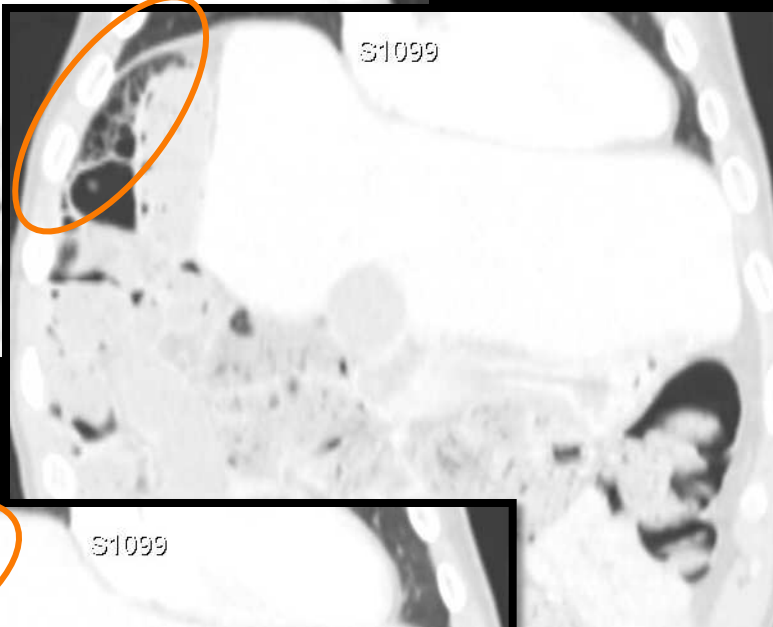
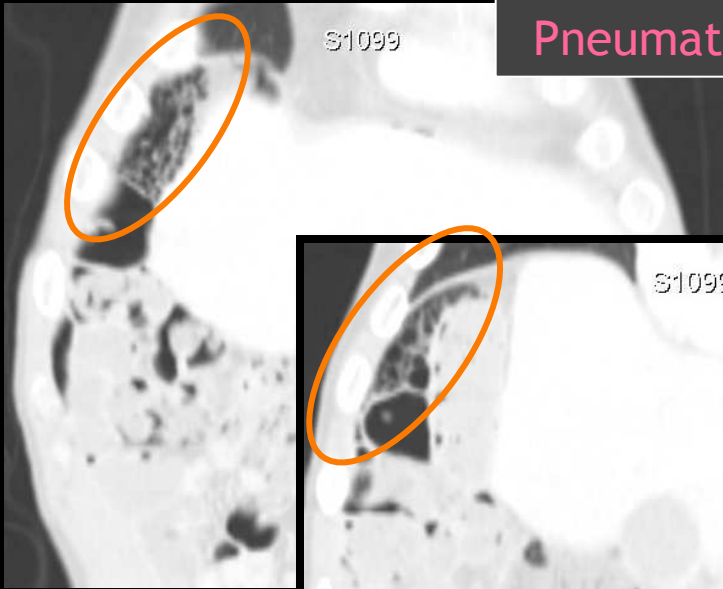
Pneumatose kystique du colon



Pneumatose kystique du colon



Pneumatose kystique du colon



□ *Définition:*

Présence de multiples kystes gazeux dans la paroi digestive (côlon/ grêle +++)

- Côlon → sous muqueux (aspect polypoïde)
- Grêle → sous séreux (grappe de raisin)

□ *Physiopathologie:* multifactorielle

- Perte de l'intégrité de la muqueuse
- Élévation de la pression endoluminale
- Modifications de la flore bactérienne
- Hyperproduction de gaz intestinaux avec perturbations de leurs mécanismes de dégradation

Pneumatose kystique du colon

Epidémiologie:

- Rare, âge au diagnostic=40/50 ans, SR=1- 3,5

□ *Etiologies:*

- Peut être secondaire à de nombreuses affections digestives ou extra-digestives mais idiopathique +
++

Affections associées à la pneumatose kystique intestinale

Affections digestives

- sténose œsophagienne [20]
 - ulcère gastroduodénal, sténose pylorique, cancer gastrique [33, 45]
 - diverticulose jéjunale [46]
 - entérocolite nécrosante [8]
 - maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin
 - pseudo-obstruction intestinale chronique [4, 71], iléus intestinal (quadriplégie) [20]
 - anastomoses intestinales [20], court-circuit jéjuno-iléal (pour obésité) [15], grêle court
 - occlusion intestinale, volvulus, strangulation
 - diverticulite colique, abcès péricolique, appendicite
 - dolichocôlon [20, 33, 51]
 - maladie de Hirschsprung, mégacôlon idiopathique [20], fécalome [42], périnée descendant [20]
 - tuberculose intestinale, mégacôlon toxique, colite pseudomembraneuse, sprue réfractaire [20]
 - maladie coeliaque [63]
 - cancer du côlon, métastase du mésentère [65]
 - traumatisme abdominal [20]
 - lithiase biliaire [20]
 - hépatopathies [42]
- Bronchopneumopathie chronique obstructive et cardiopathies** (dont mucoviscidose, dystrophie myotonique de Steinert) [6, 27, 33]
- ## Gestes invasifs
- endoscopie [26, 35, 66]
 - lavement baryté [26]
 - cathéters jéjunaux [20, 69]

Médicaments

- corticothérapie
- anti-inflammatoires non stéroïdiens [25]
- chimiothérapies : méthotrexate, daunorubicine, cytosine-arabine [67], 5-cyclophosphamide, mercaptopurine
- ciclosporine [1]
- lactulose, monoxyde d'azote [70], practolol

Toxiques

- trichloréthylène [3, 17, 64]

Transplantations d'organes [20]

- moelle osseuse [12, 72, 78], rein [1, 73], foie [34], cœur [2], poumon [49]

Hémodialyse au long cours [9]

Maladies de système

- polyartérite noueuse [26]
- sclérodémie [26, 33, 57]
- dermatomyosite [16, 52, 54]
- lupus érythémateux disséminé [26]
- connectivites mixtes [75]
- syndrome néphrotique [32]

Infections

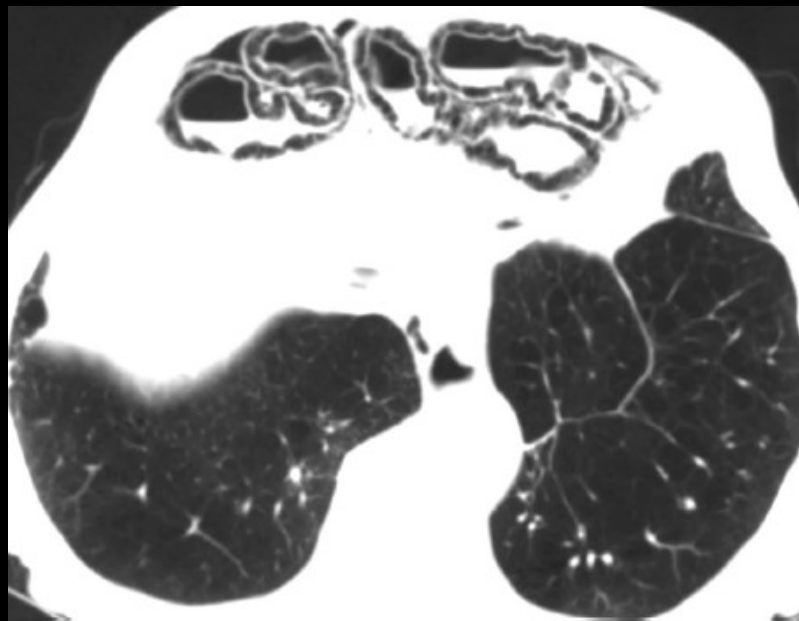
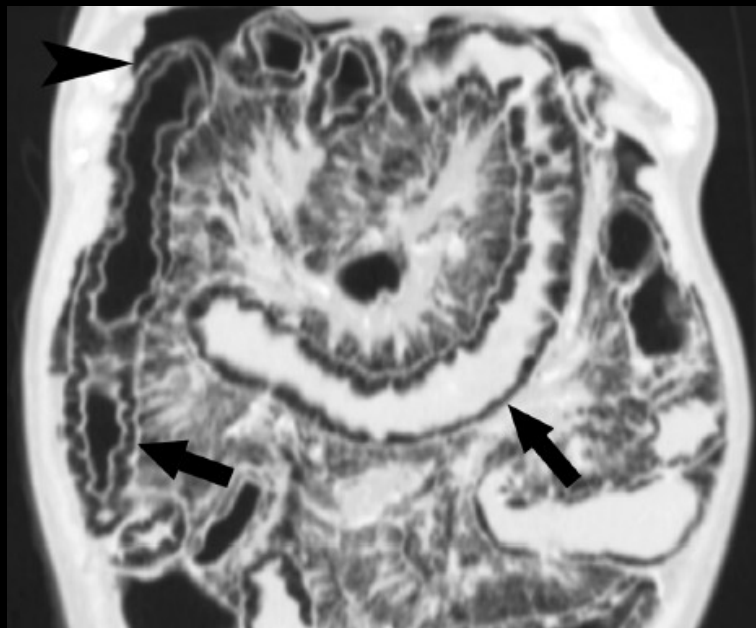
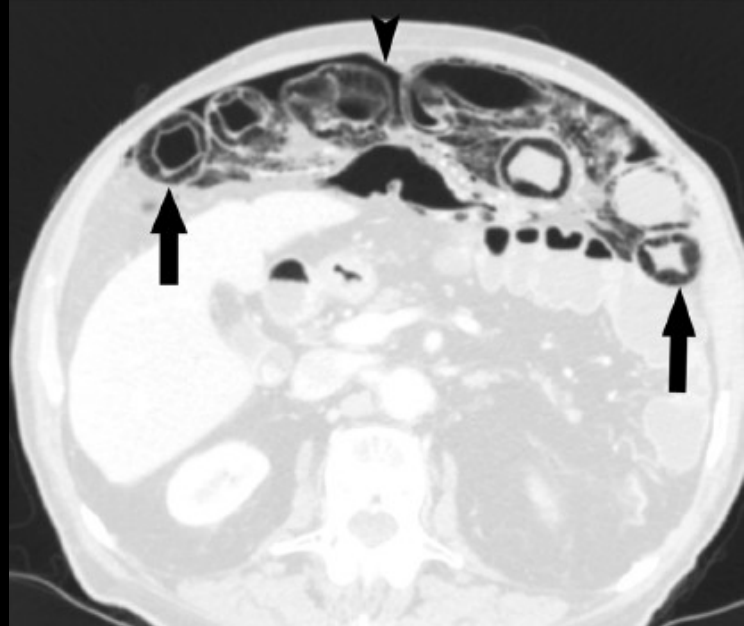
- *clostridium perfringens* [26]
- cytomégalovirus, sida [20, 26]
- cryptosporidiose [26]
- autres : *candida albicans*, Staphylocoques à coagulase négative, *Lactobacillus*, virus varicellozoteux, rotavirus [26]

□ *Clinique:*

- Asymptomatique +++, symptômes aspécifiques
- Complications:
 - Volvulus
 - Pneumopéritoine/rétropneumopéritoine (grêle++)
 - Occlusion, invagination, hémorragie, perforation...

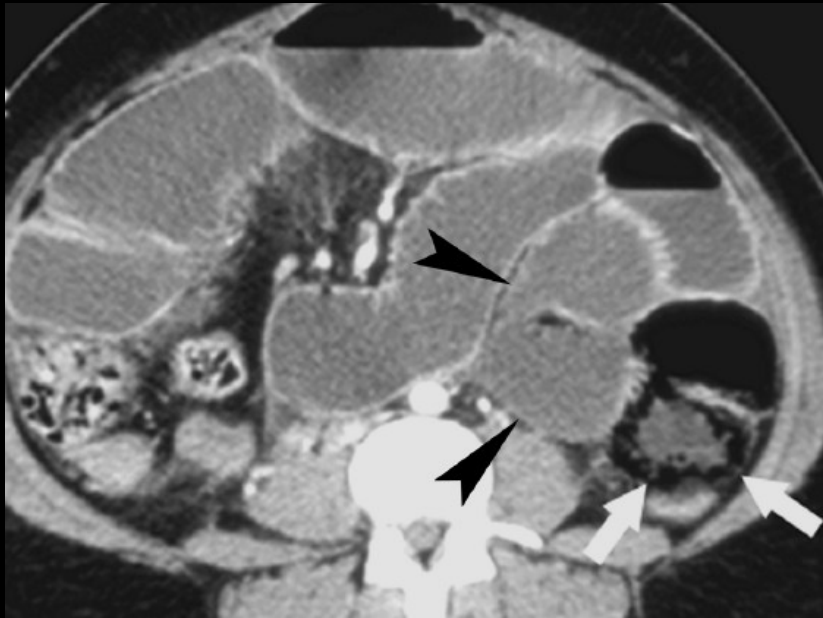
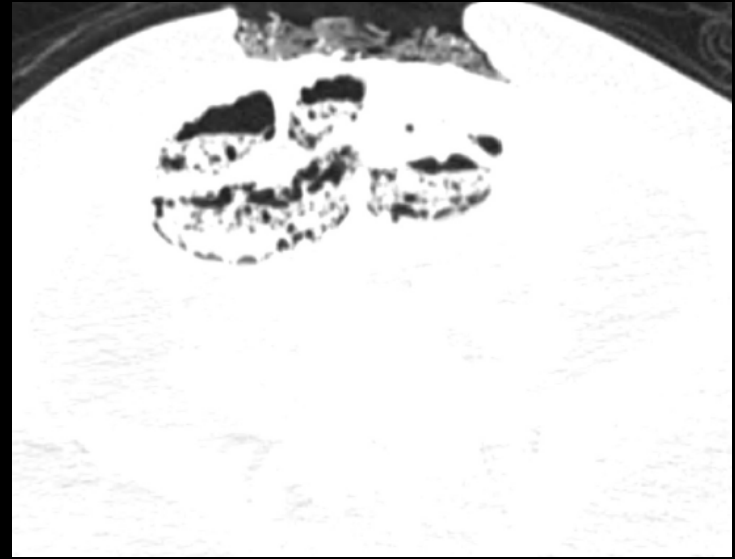
□ *Imagerie:*

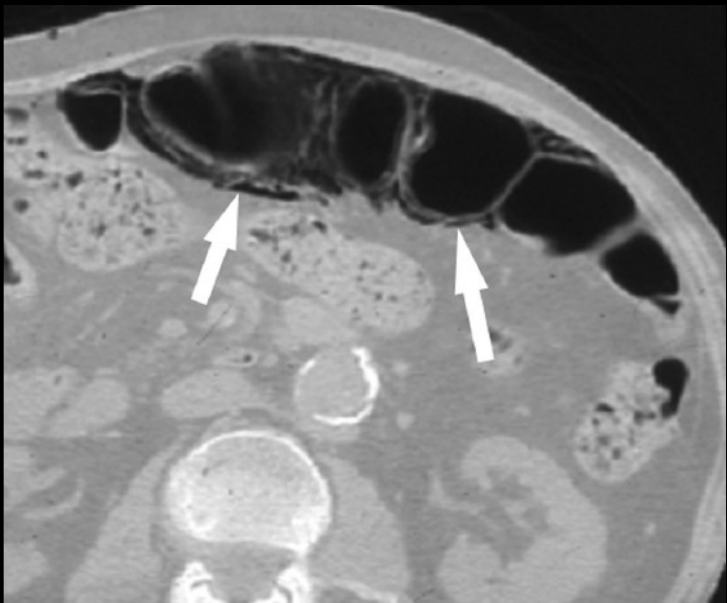
- ASP: bulles gazeuses « en grappes de raisin »
- Scanner: examen de choix
 - kystes gazeux pariétaux
 - Pneumopéritoine/rétropneumopéritoine?
 - Elimine diagnostics différentiels



□ *Diagnostics différentiels:*

- Pneumatose intestinale aiguë = emphysème intestinal +++
 - Ischémie mésentérique +++, occlusion intestinale, colite grave, mégacôlon toxique
 - Tableau abdominal aigu
 - Images gazeuses linéaires +++, signes associés (épaississement pariétal, absence de prise de contraste pariétale, aéroportie...)





Pneumatose kystique du colon

□ *Traitement:*

- Régression spontanée ++
- Antibiothérapie
- Diététique: régime sans résidus
- Oxygénothérapie
- Chirurgie rare: échec ttt médical, complications graves

Endométriose digestive

Définition

Endomètre fonctionnel ectopique

Localisé en dehors de l'utérus =
endométriose externe

Localisé dans le myomètre
endométriose interne = adénomyose

De l'implant microscopique
au volumineux kyste (endométriome)



endométriose du cul de sac de Douglas

Épidémiologie

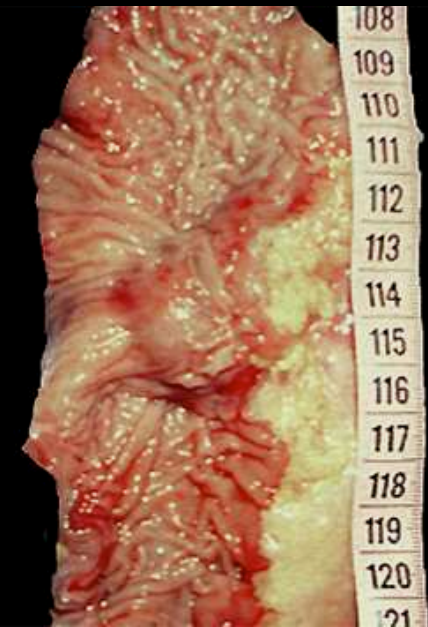
- femme en âge de procréer **pic 25-29 ans**
mais peut exister chez l'adolescente
- 50 % des algies pelviennes et des dyspareunies chez moins de 20 ans
- 5% post ménopausiques (estrogènes)
- rarement homme sous estrogénothérapie (ttt adk prostate)

séries laparoscopiques :

- **4% d'atteinte chez patientes asymptomatiques**
- 24% dans douleurs pelviennes chroniques
- 20% bilans d'infertilité

prévalence population générale **5-10 %**

facteur favorisant : cycles longs supérieurs à 28 jours?



Pathogénie (1)

multifactorielle

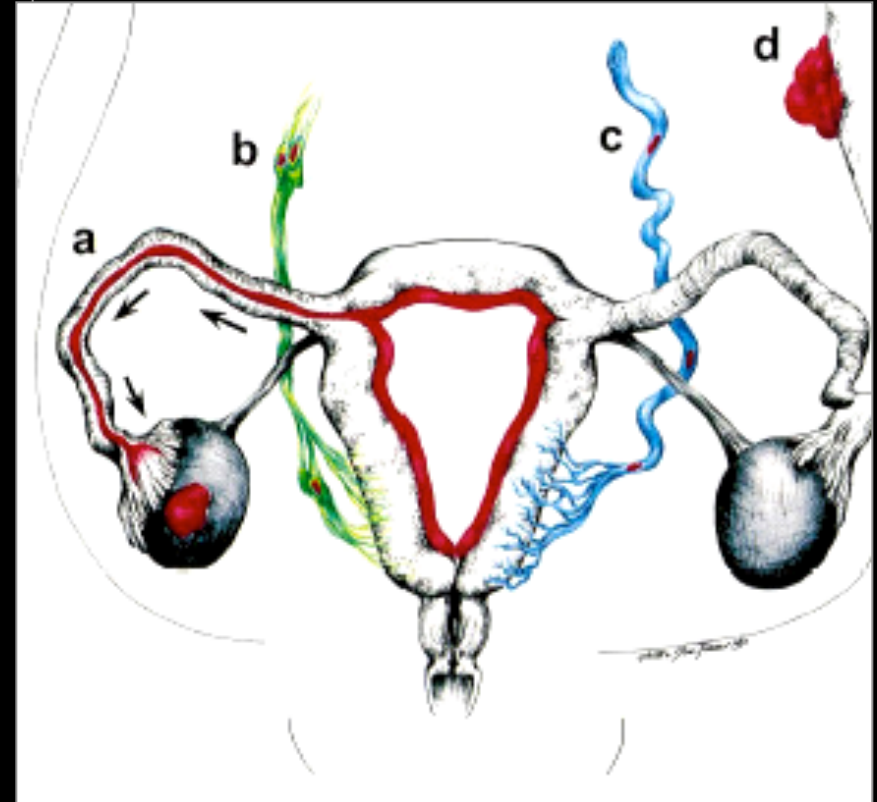
trois théories

1/ métastatique (implantation menstruelle rétrograde dissémination lymphatique et vasculaire) ++++

2/ métaplasique (tissu séreux coelomique différencié en cellules endométriales)

3/ induction (mésenchyme indifférencié stimulé /substances endométriales)

Autres facteurs : facteurs de croissance ? /
déficit des défenses immunitaires ?



Pathogénie (2)

l'évolution ultérieure dépend

- de la taille des lésions
- de l'implantation profonde ou superficielle

macro lésion blanches jaunes début
bleues-brunes matures

réaction inflammatoire /zones hémorragiques /
fibrose / adhérences

endométriome localisation profonde ++
siège de saignements cycliques

localisation la plus commune : ovaire ,
bilatéral dans 30%

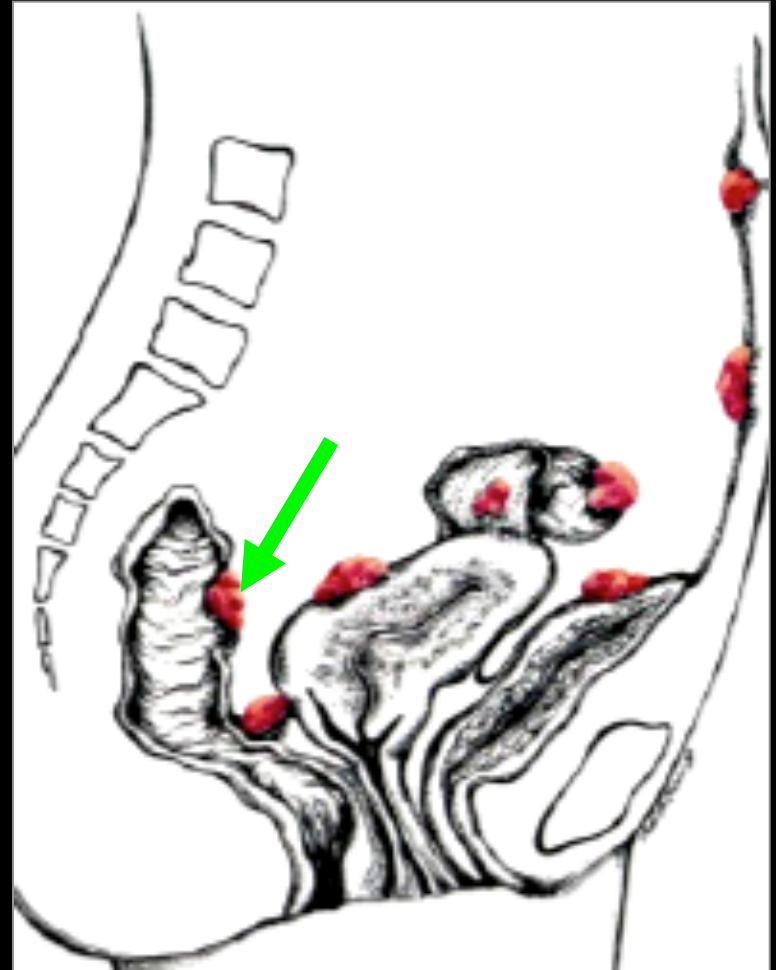
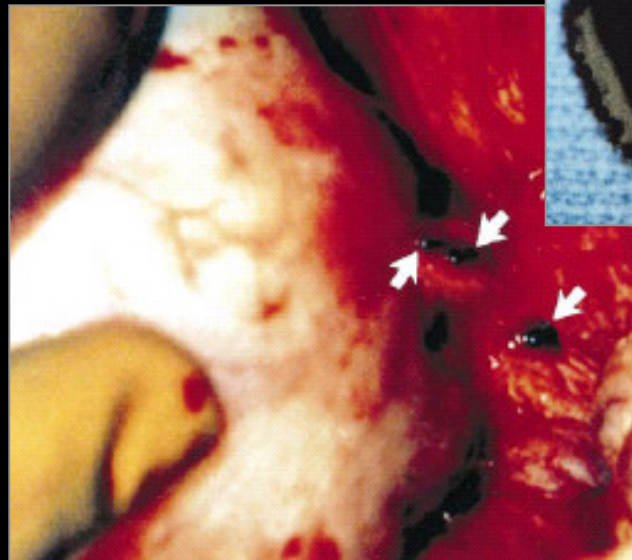
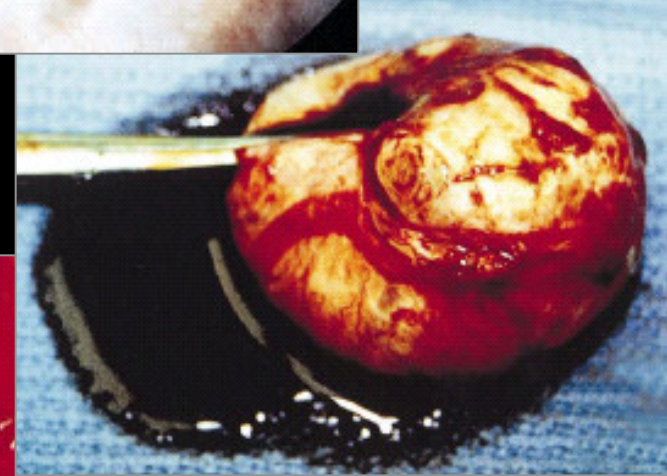


Table 1
Most Common Sites for Endometriotic Implants and Adhesions

Location	Implants (%)	Adhesions (%)
Ovaries	76	39
Anterior and posterior cul-de-sac	69	13
Posterior broad ligament	47	43
Uterosacral ligament	36	7
Uterus	11	3
Fallopian tubes	6	26
Sigmoid colon	4	12
Ureter	3	2
Small intestine	0.5	3



Paula J Woodward, Roya Sohaey, Thomas P. Mezzetti,

Endometriosis: Radiologic-Pathologic Correlation

RadioGraphics 2001; 21:193-216

Anatomie pathologique

Glandes endométriales

Stroma

Rarement fibres musculaires lisses

Répond aux stimulations hormonales

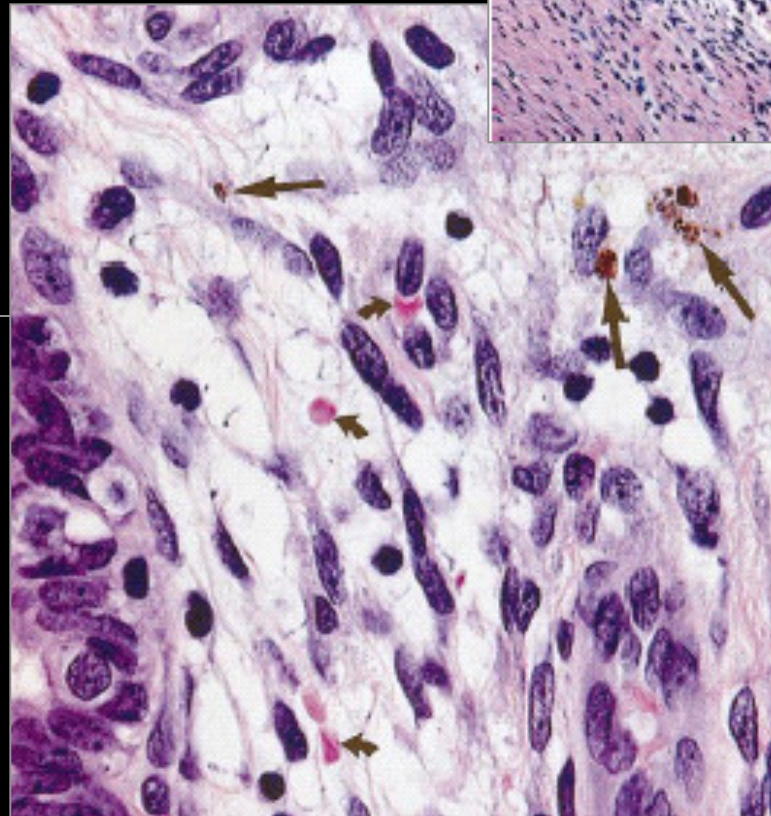
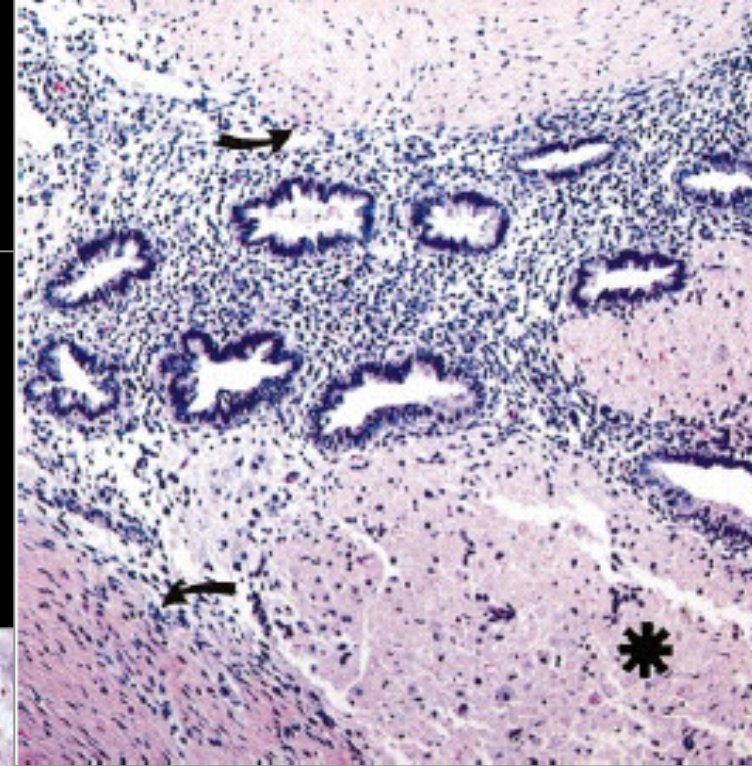
Décidualisation mensuelle

Réaction inflammatoire

infiltration d'histiocytes

pigmentés hémossidérine

et hémofuscine



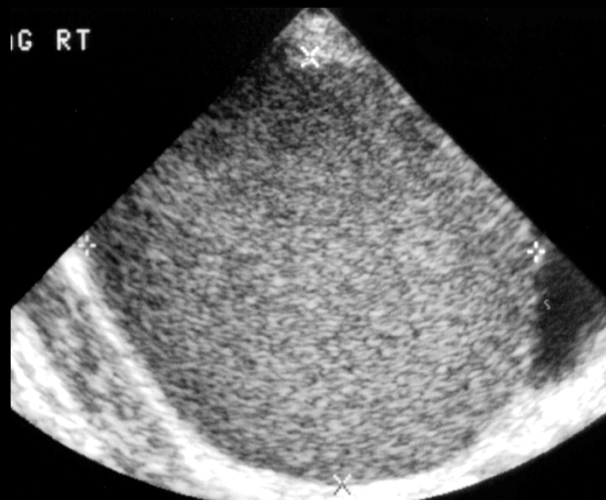
échographie

Sus pubienne et endo vaginale
apparences variées **endométriomes
ovariens coexistent en général avec
endométriose pelvienne profonde**

classique lésion ovarienne
hypoéchogène homogène uni ou
multiloculée

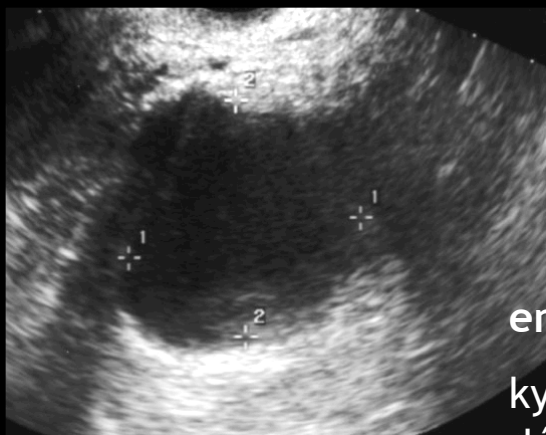
septas fins ou épais possibles

pas de nodulations pariétales



endométriome jeune

kyste à paroi fine , arrondi ,
finement échogène



endométriome "vieilli "

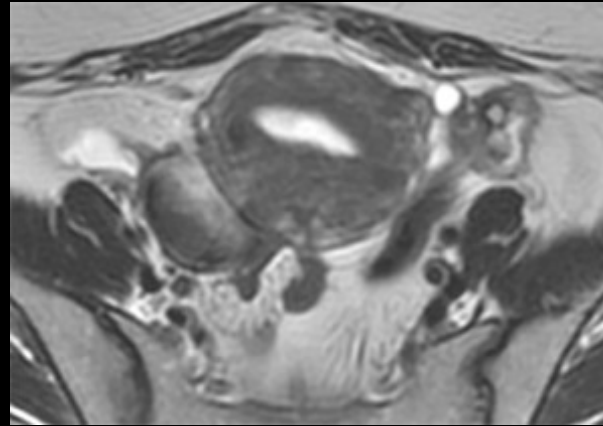
kyste à paroi plus épaisse ;échos
déclives,cloisons....



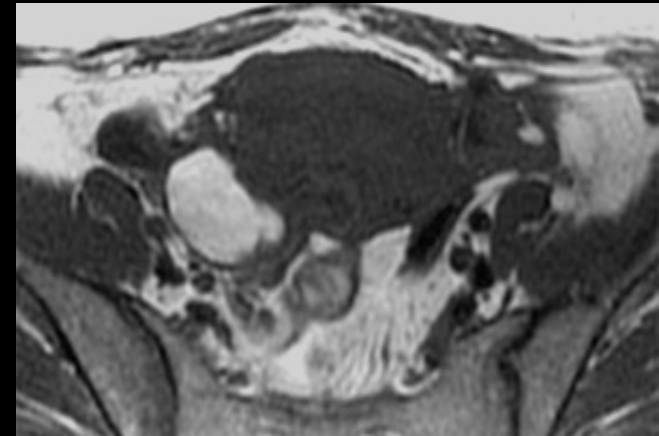
IRM pelvienne

Examen réalisé en :

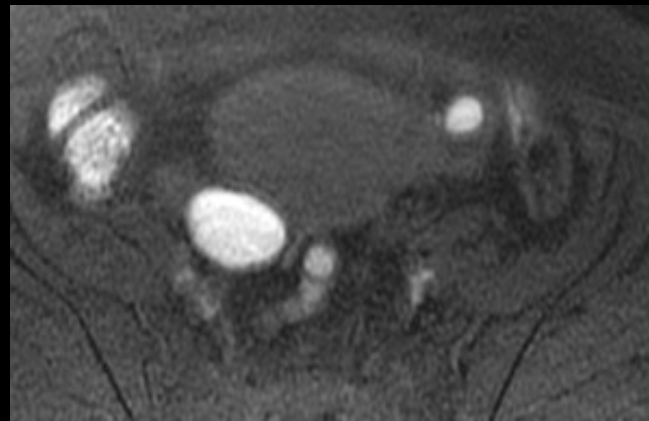
- axial
 - frontal
 - sagittal
- FSE T2
- axial FSPGR T1 avant injection sans et avec saturation du signal de la graisse
 - après injection Gd avec saturation de la graisse moins utile



T2 sans Fat sat

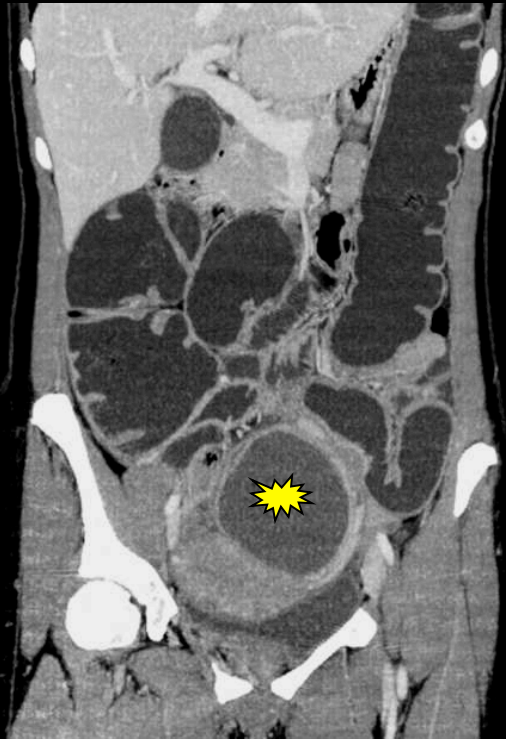
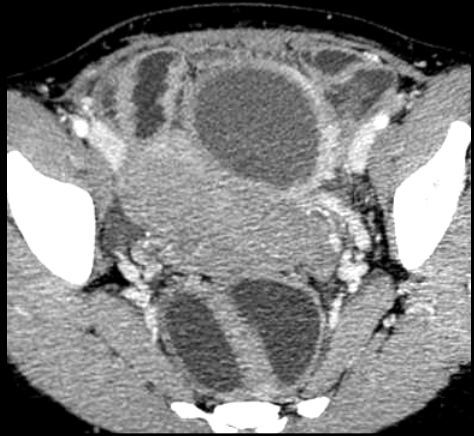
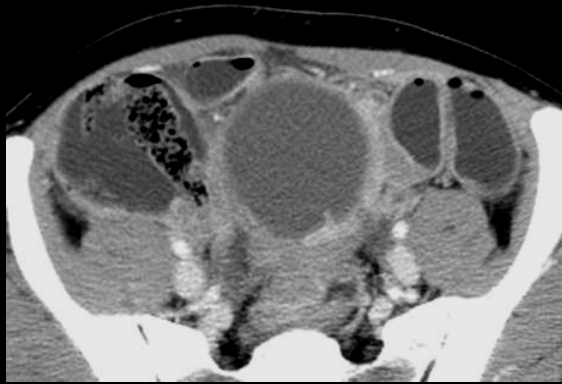
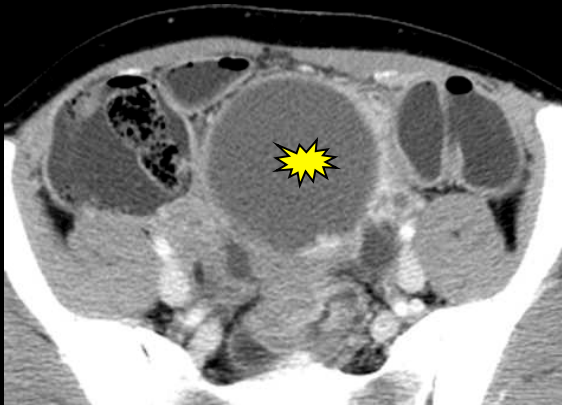


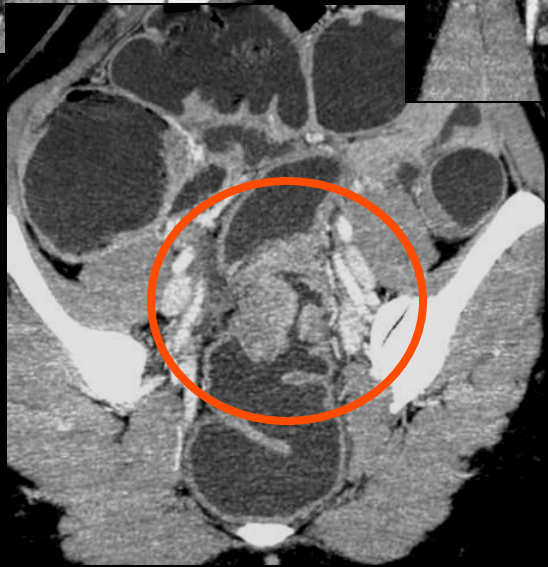
T1 sans Fat sat

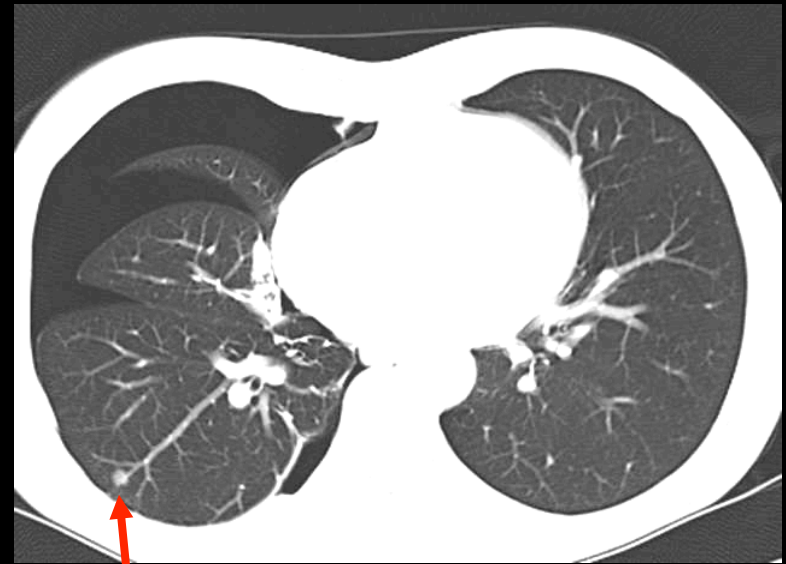
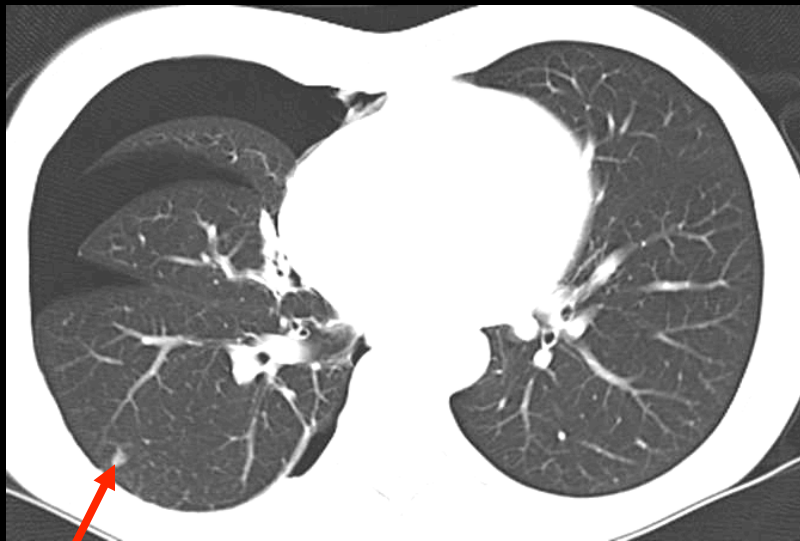


T1 avec Fat sat

femme 38 ans , antécédent de pneumothorax spontané , douleurs hypogastriques chroniques ; coloscanner à l'eau pour sténose sigmoïdienne à muqueuse saine

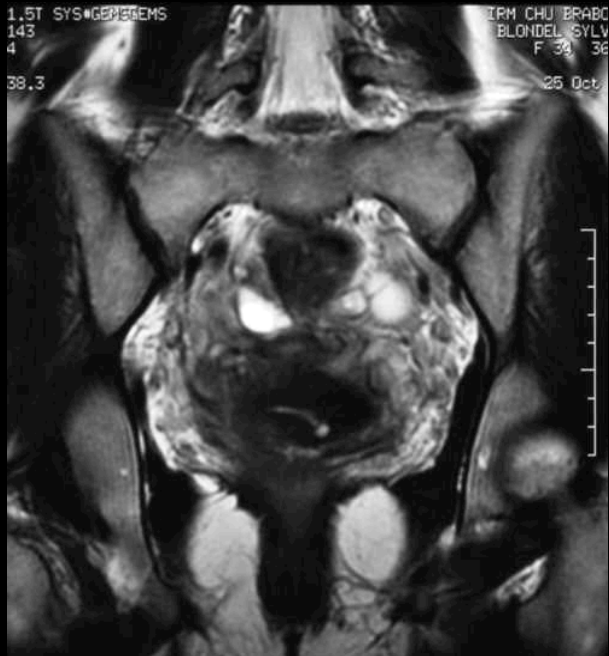






scanner du thorax le même jour
que le coloscanner à l'eau !

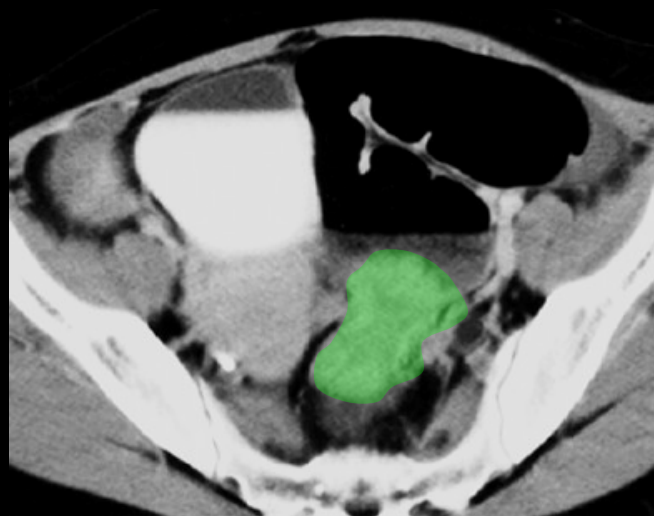
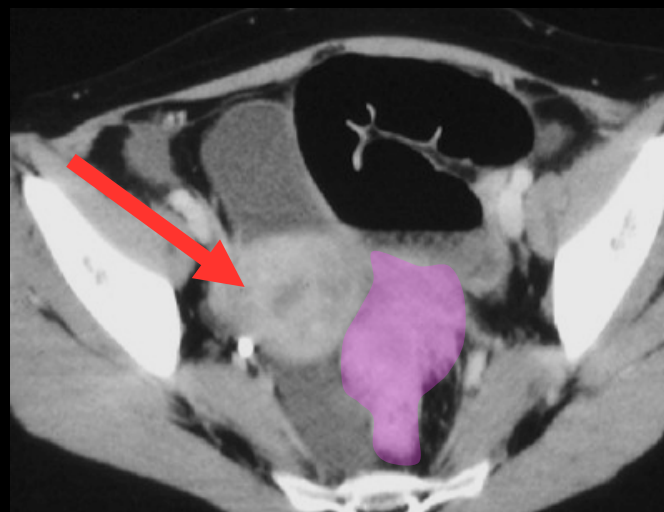
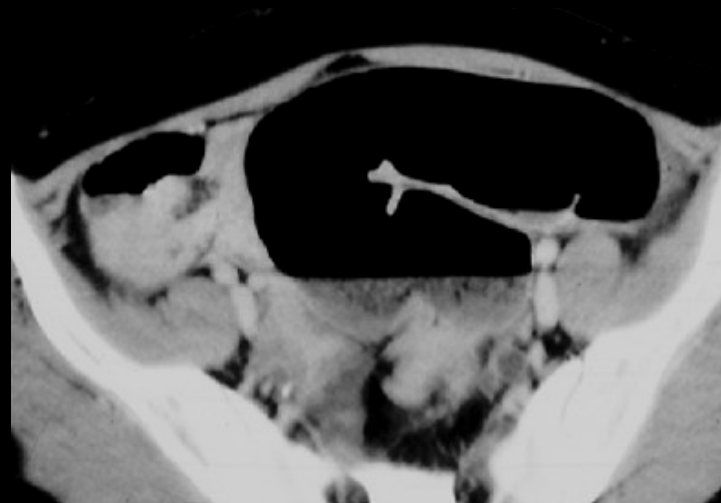
endométriose pelvienne profonde
avec endométriome ovarien et
pneumothorax spontanés
récurrents par endométriose justa
pleurale



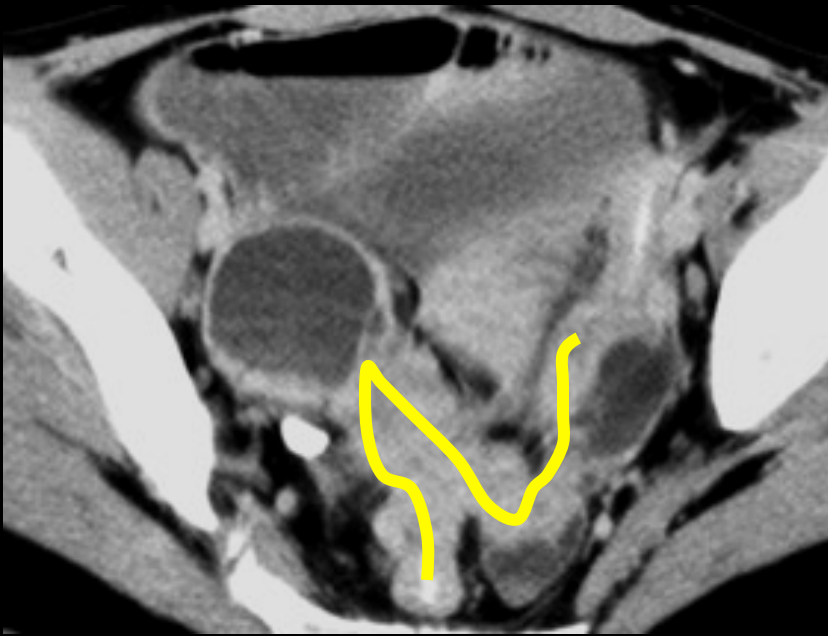
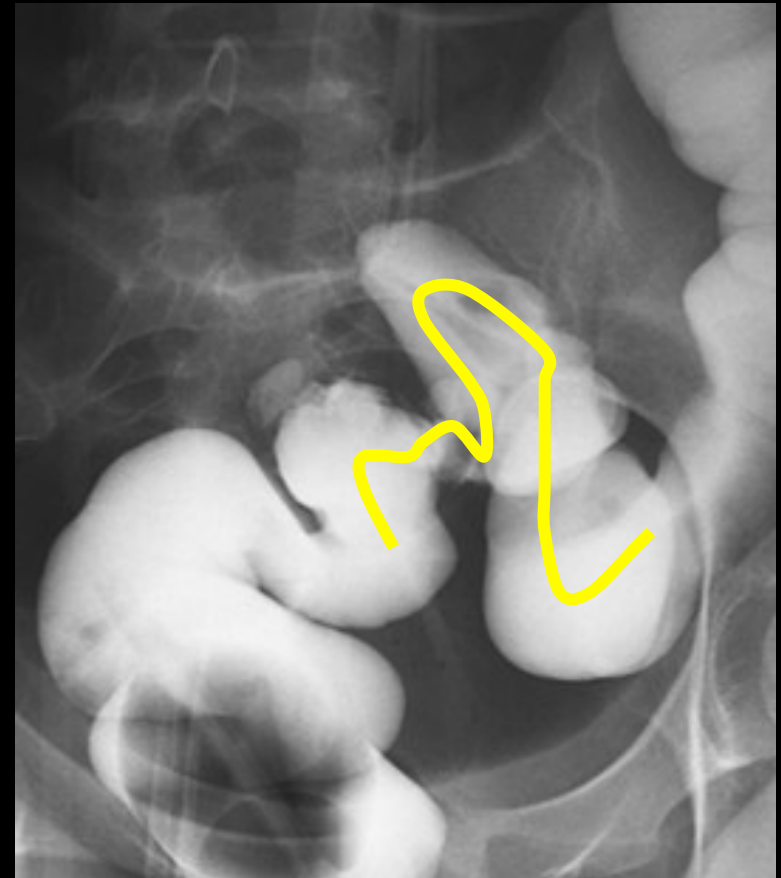
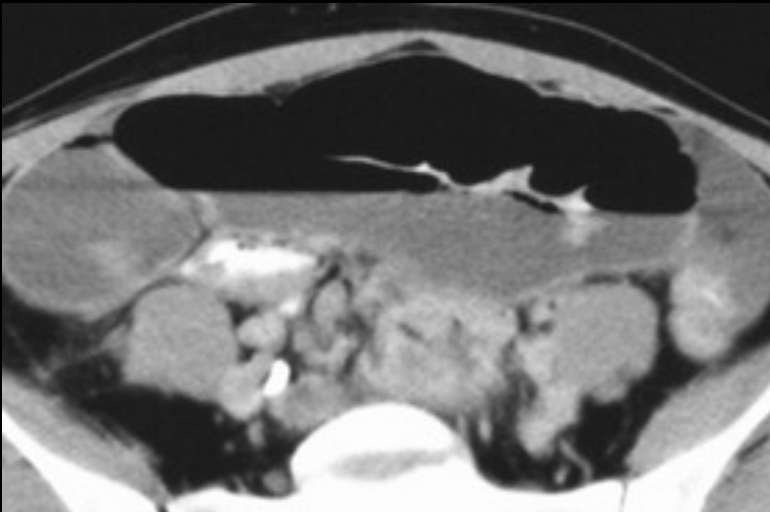
T2



endométriose pelvienne profonde avec
endométriome ovarien et atteinte sigmoïdienne

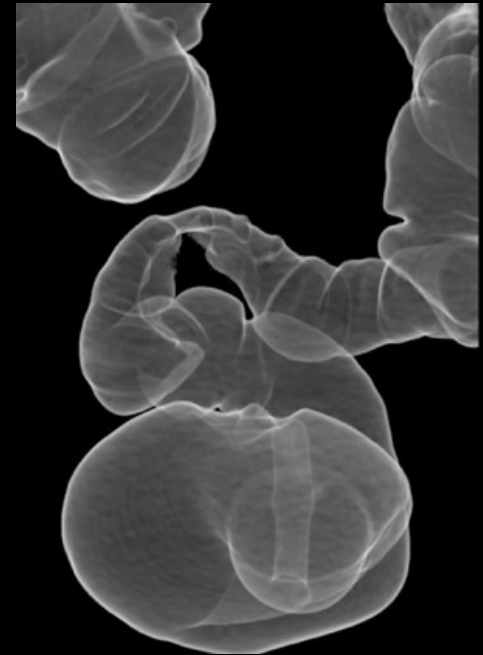
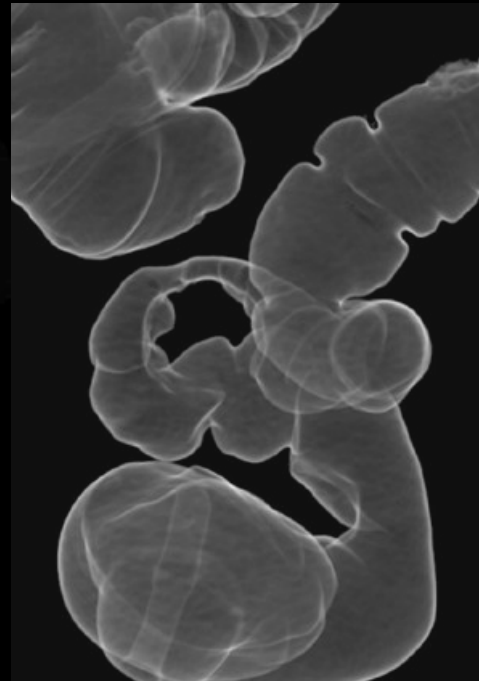


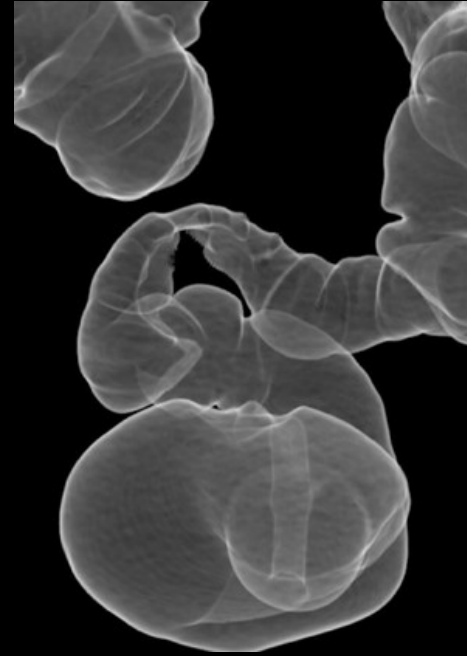
endométriose pelvienne profonde ,responsable d'une subocclusion chronique



douleurs pelviennes depuis plus de 10 ans résistantes à une prise en charge psychiatrique ...

jeune femme 31 ans ; 2 enfants , douleurs pelviennes depuis plusieurs mois d'intensité et de durée variables, résistantes aux traitements

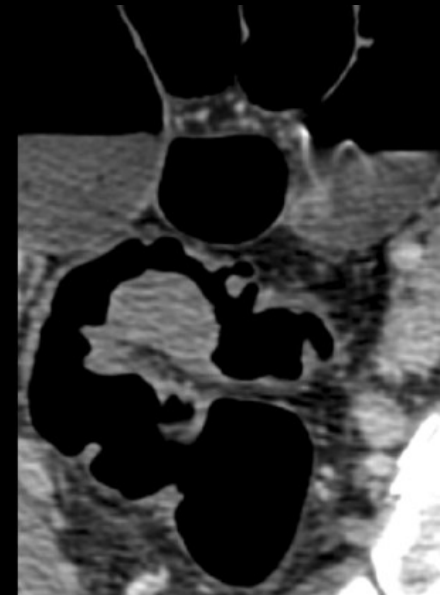


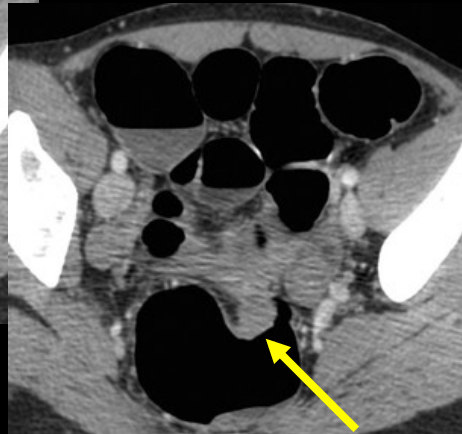
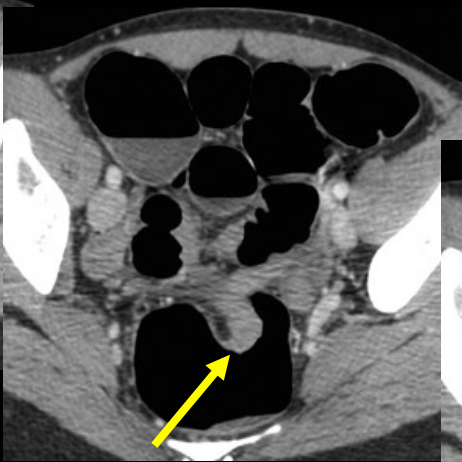
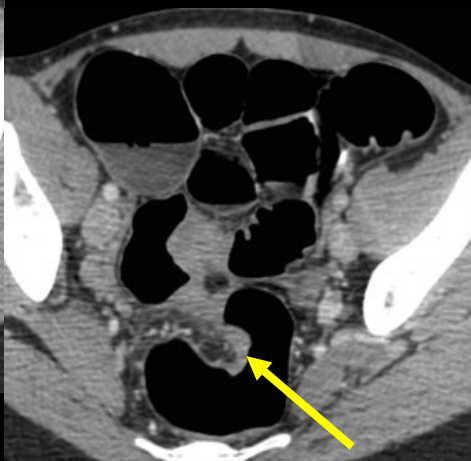
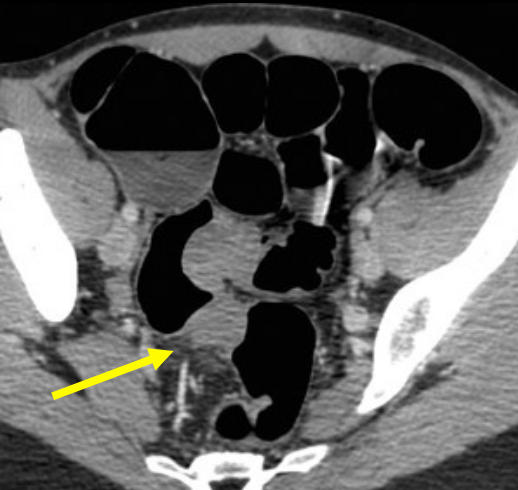
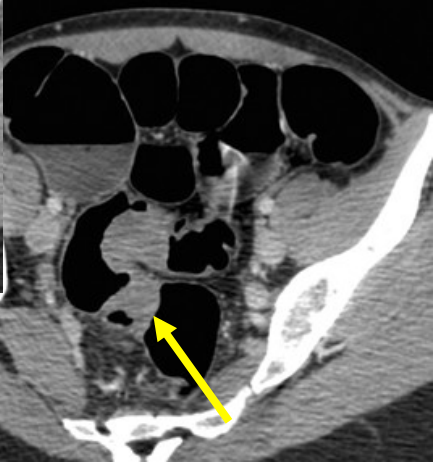
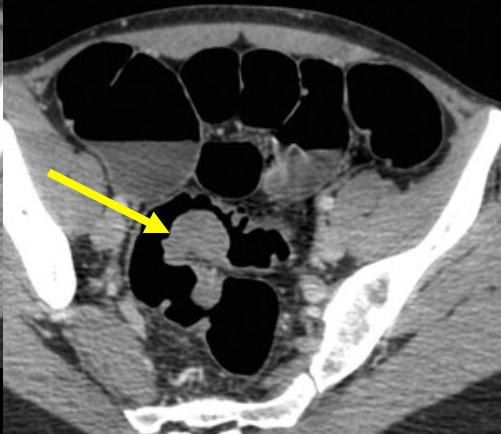
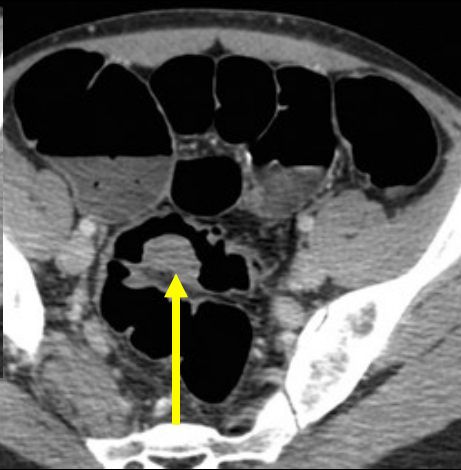


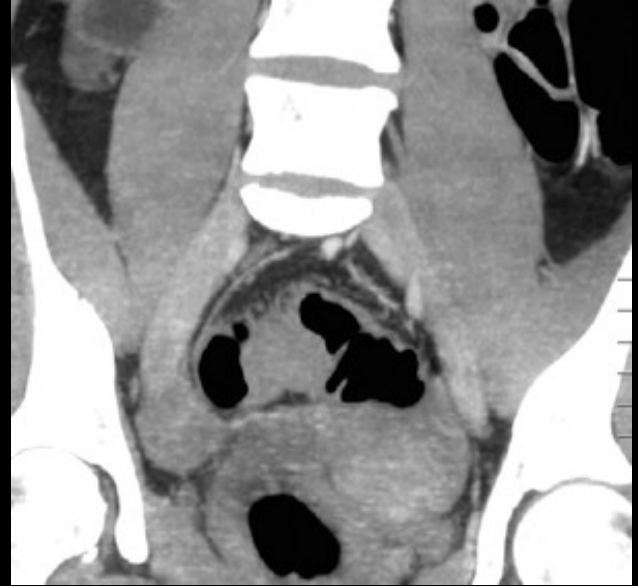
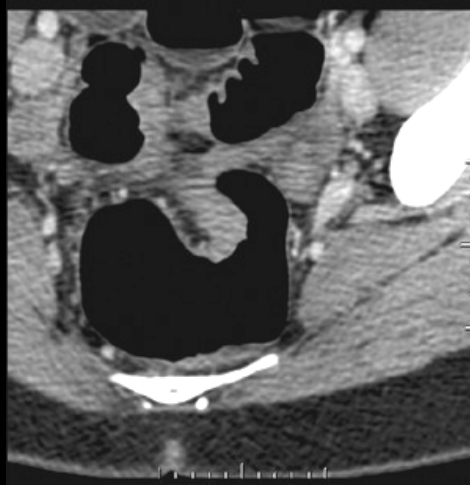
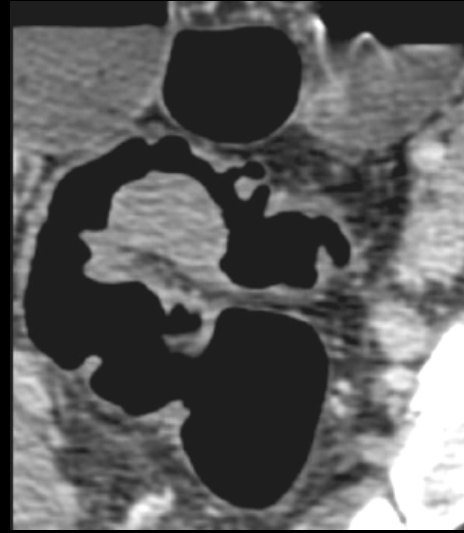
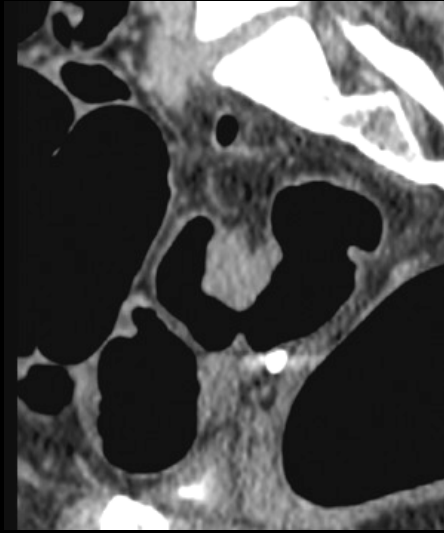
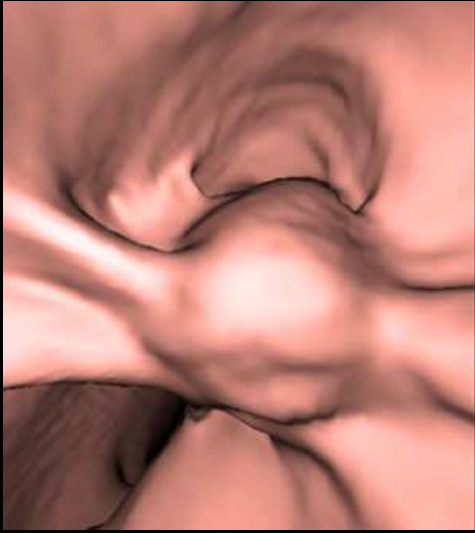
1.2sp

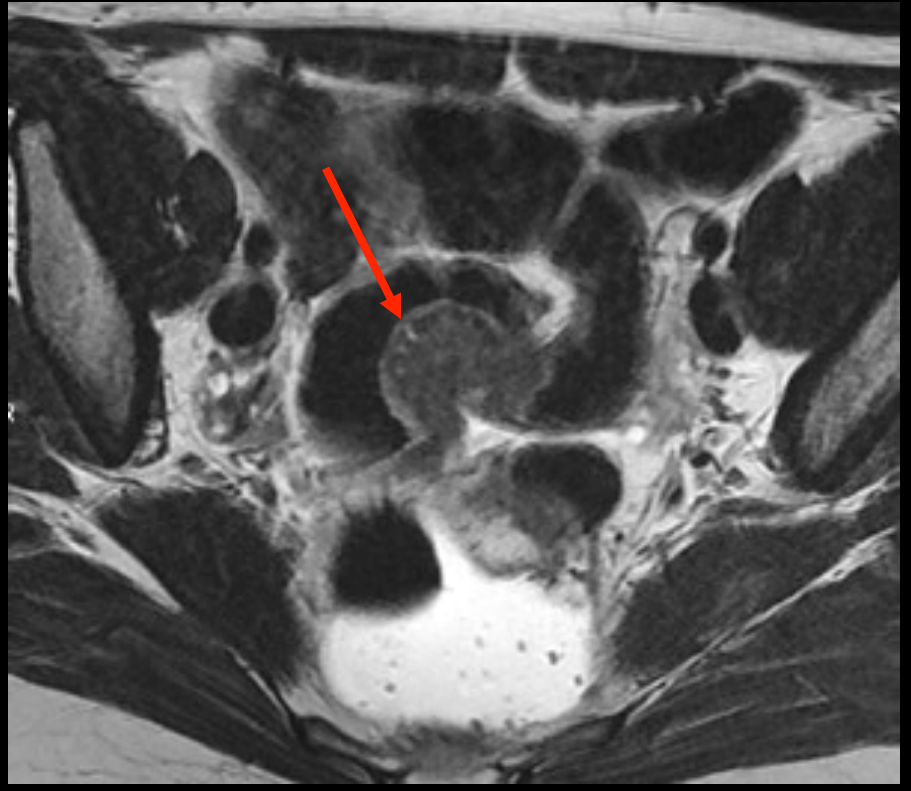
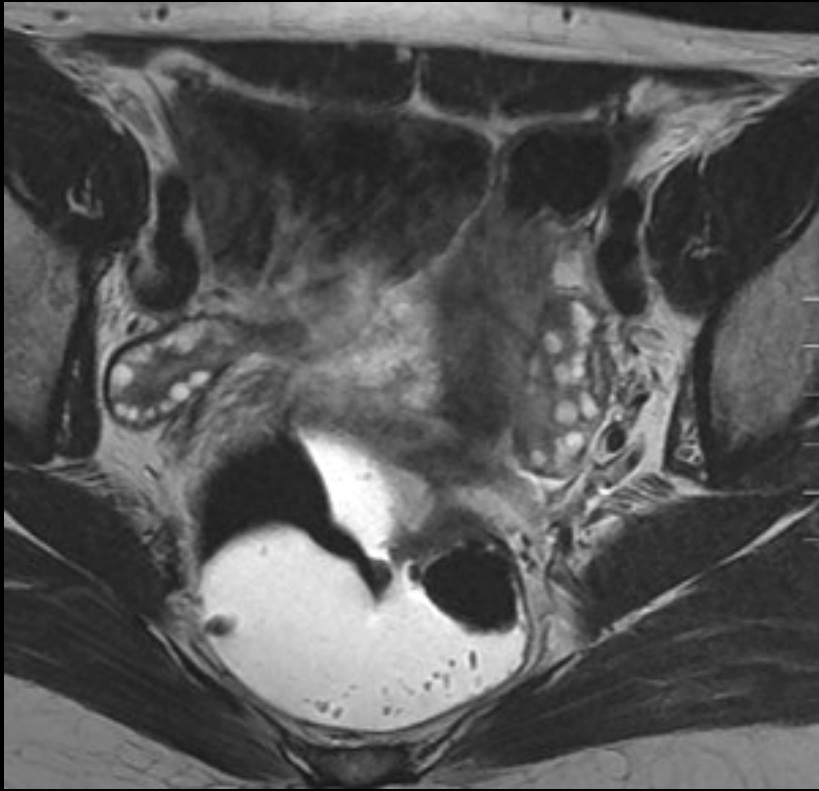
nodule pariétal sigmoïdien sans ulcération muqueuse ;
sténose courte à muqueuse saine (défaut d'expansion
permanent et enraidissement des contours

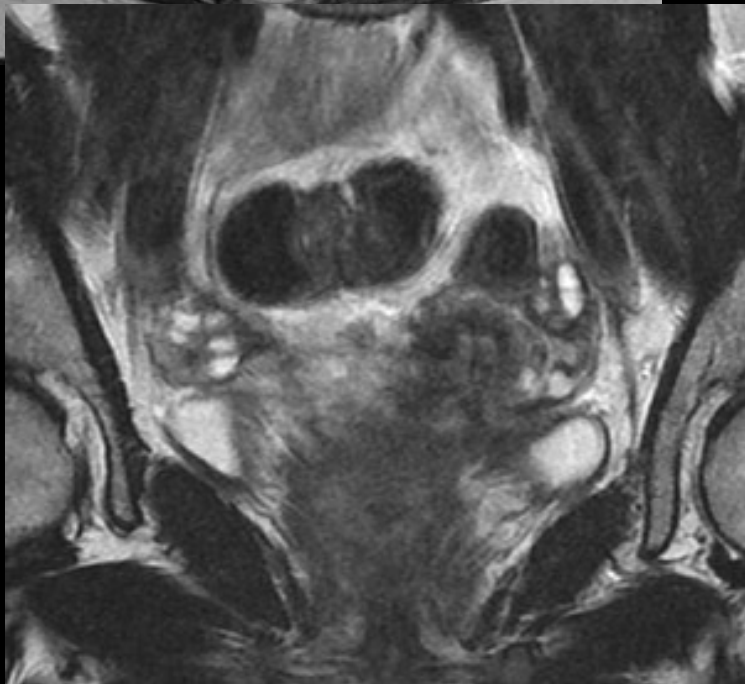
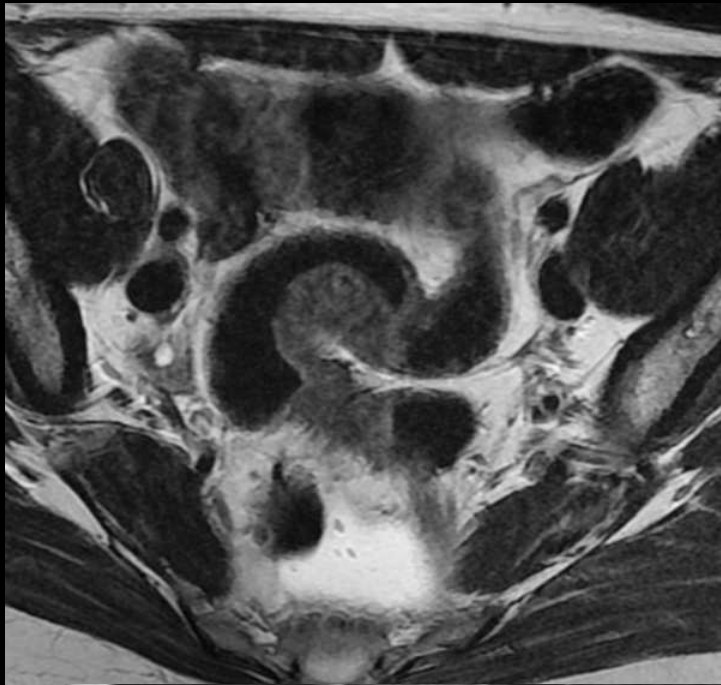
spiculations des bords = atteinte "extrinsèque" à
composante fibreuse rétractile

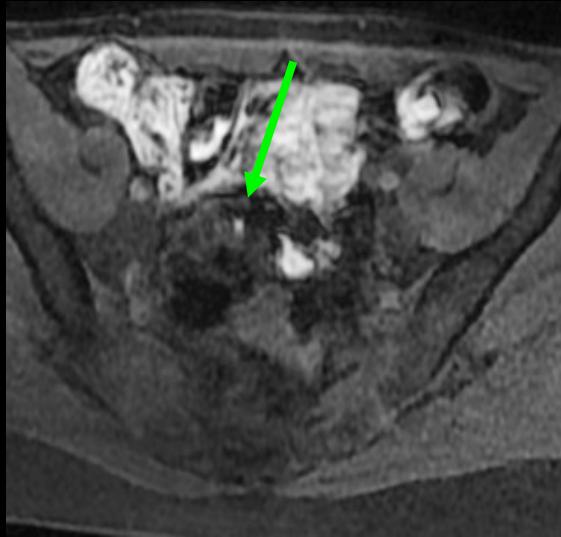
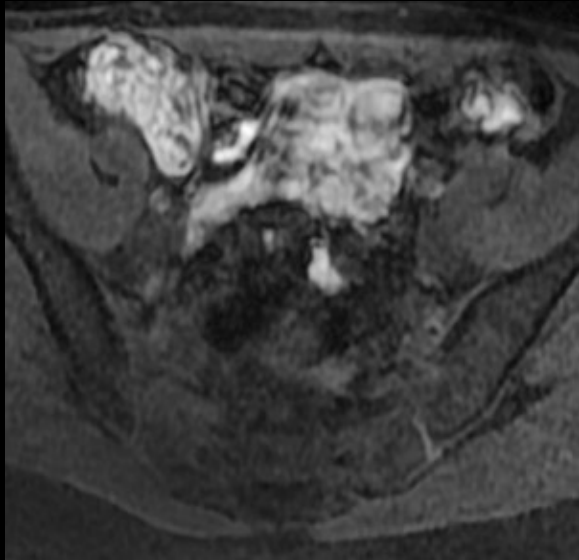


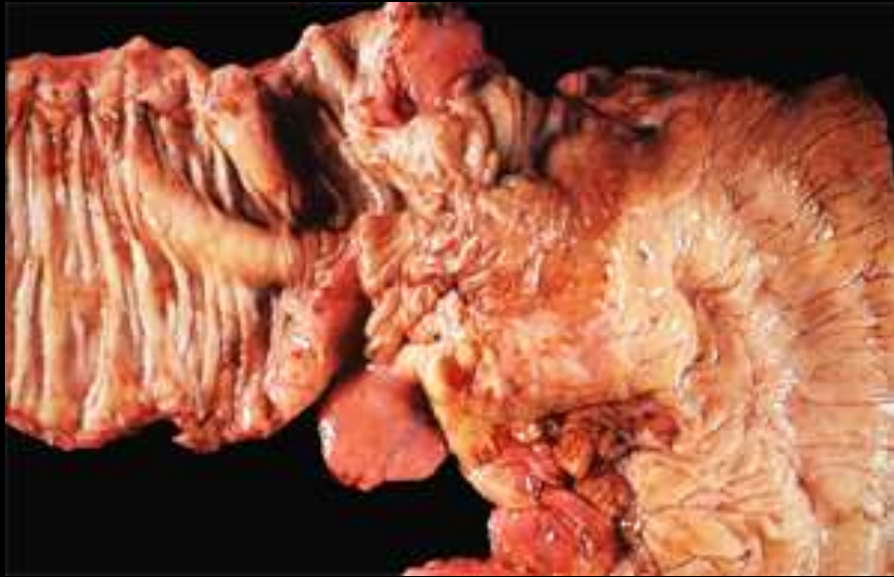










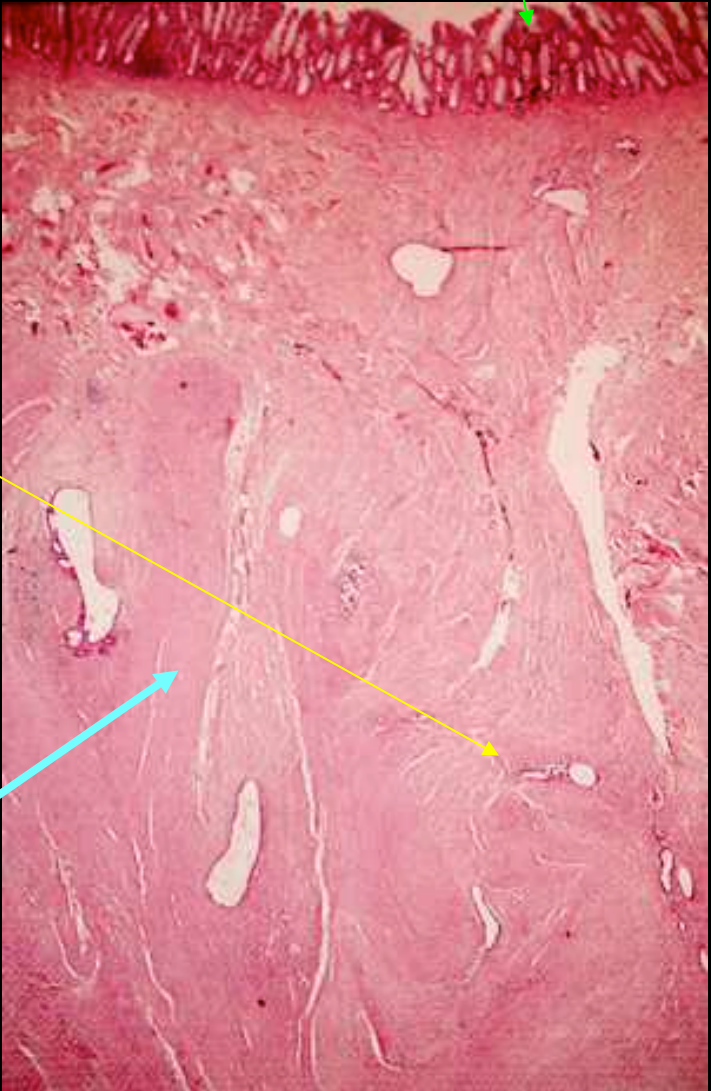


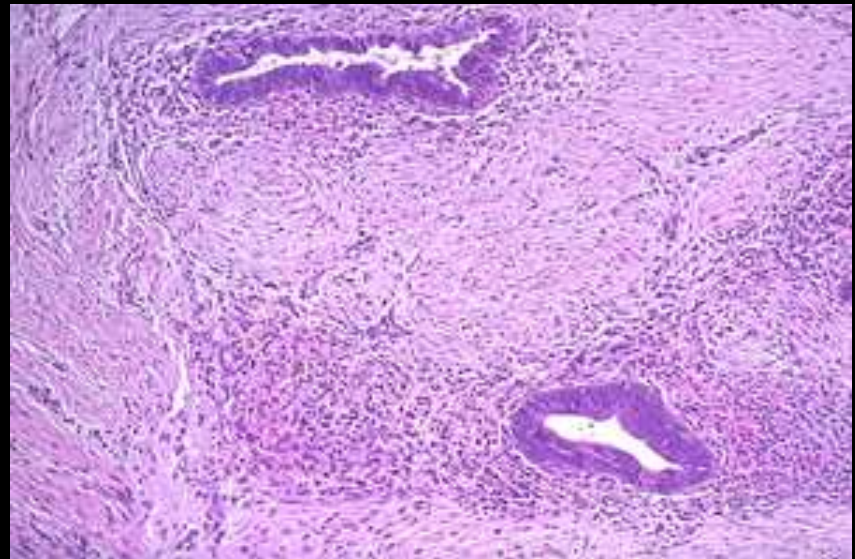
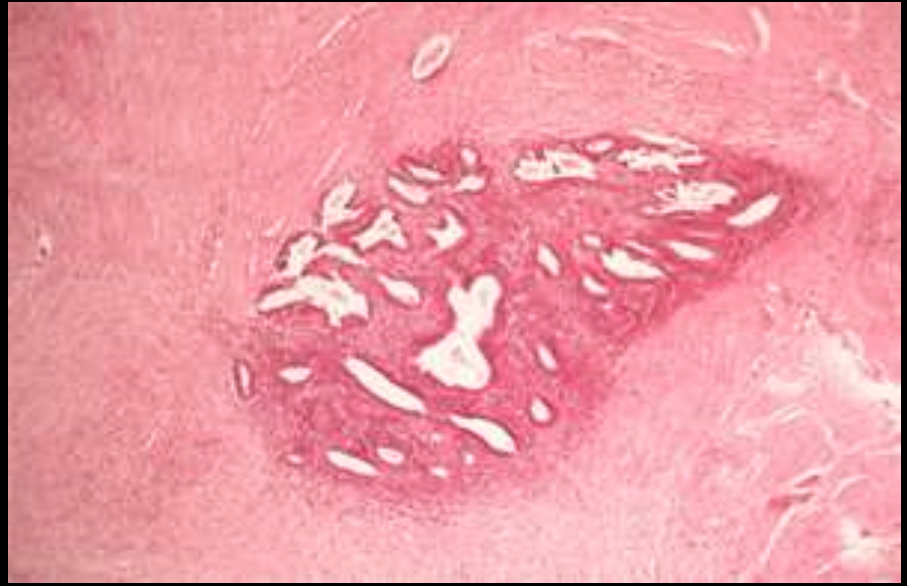
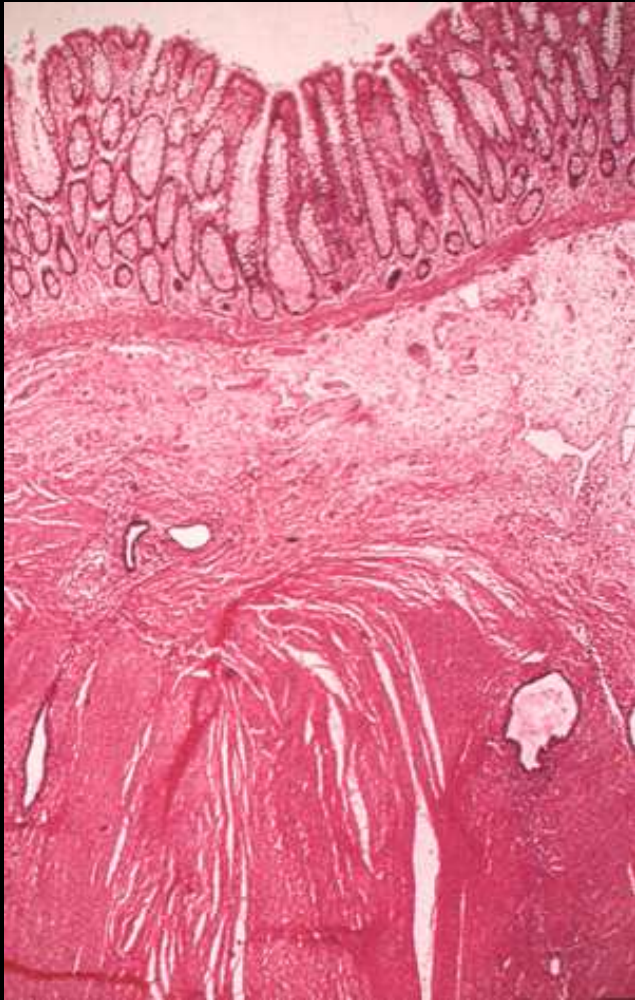
muqueuse normale ++

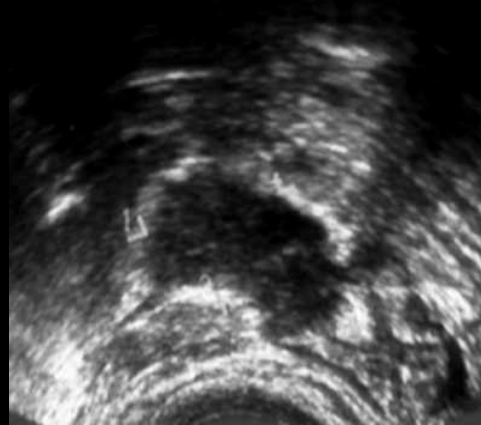
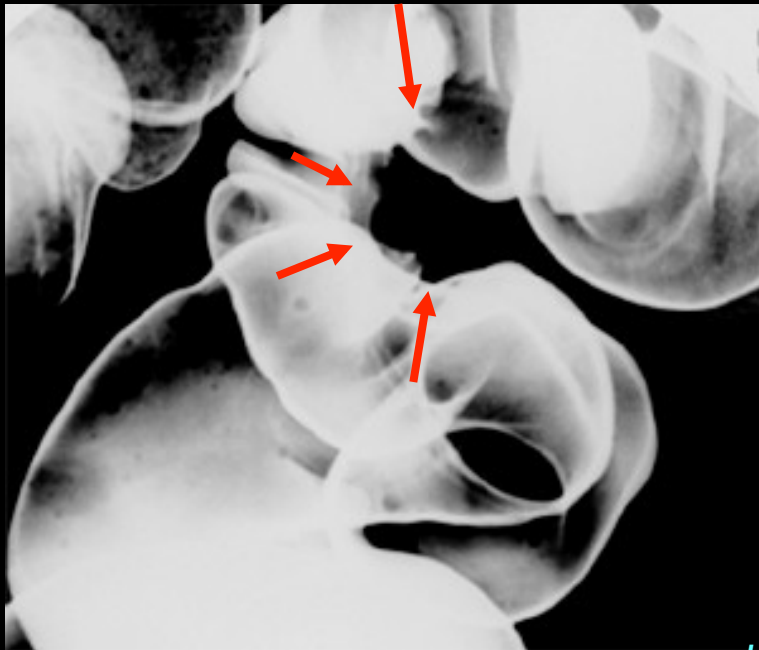
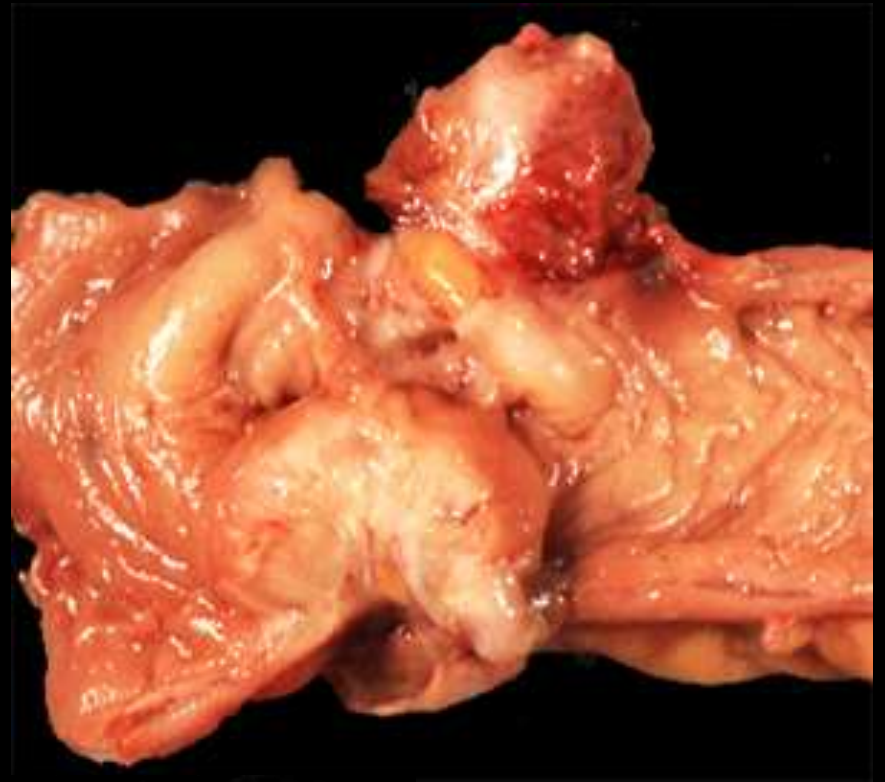
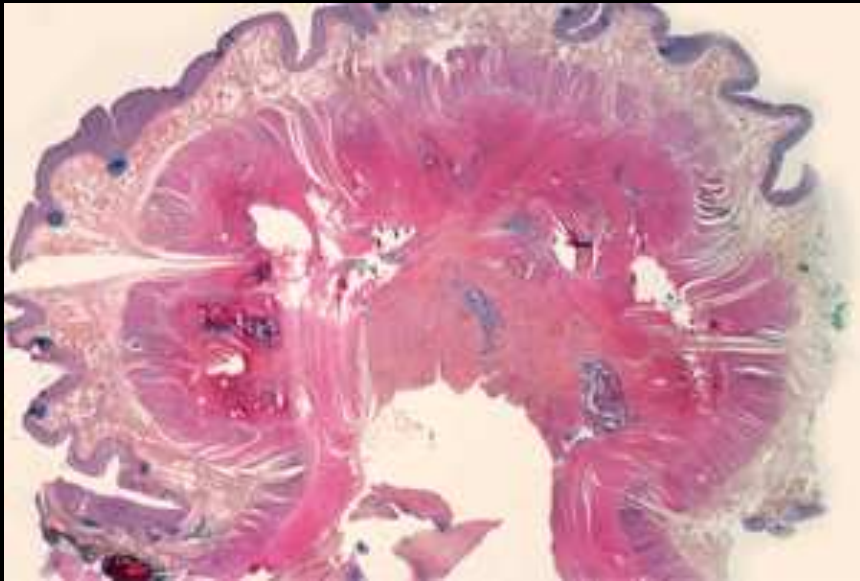
++

glandes endométriales et chorion cytogène

fibrose collagène massive +++







obs. JM Barc Vannes