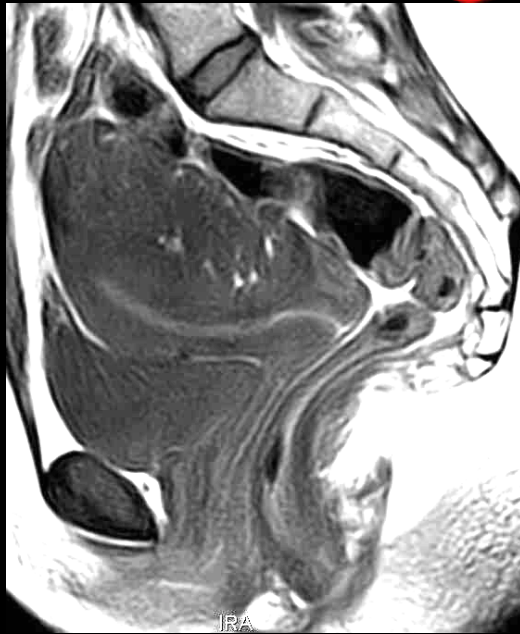


Patiente de 30 ans ; infertilité primaire; dyspareunie . Echographie pelvienne : volumineux fibrome utérin ...

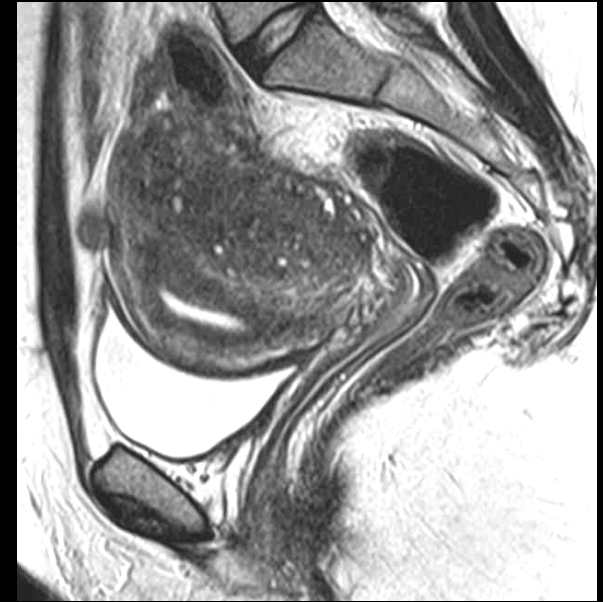
Voici les images de l'IRM pratiquée chez cette patiente ; quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir



T1



T2



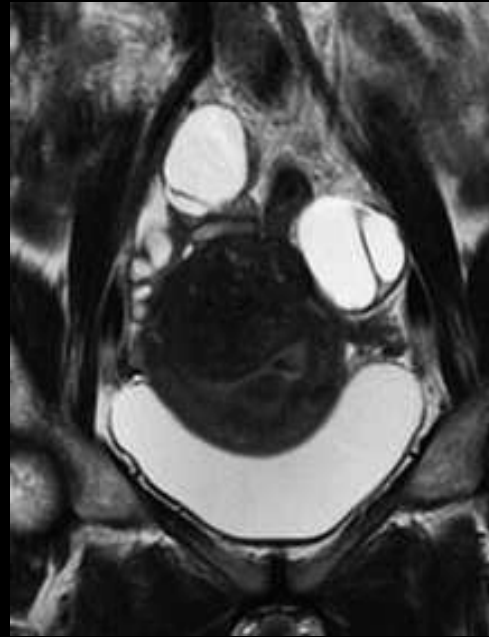
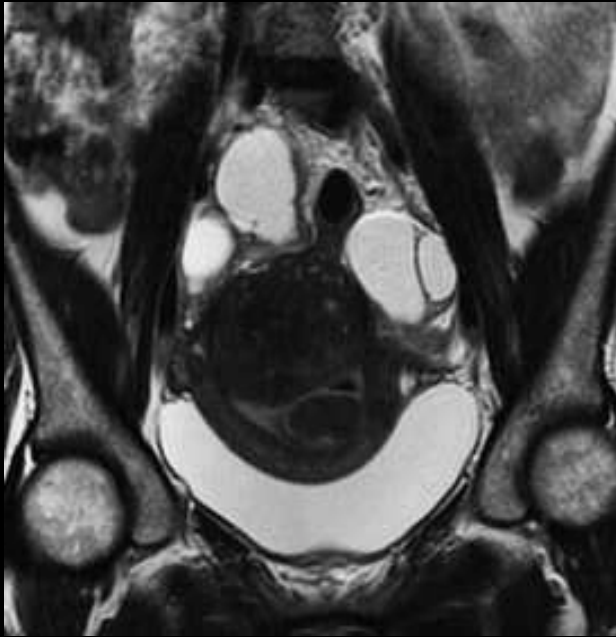
T2

- épaississement marqué de la paroi postérieure de l'utérus
- "spots" hyperintenses en T1 et T2 au sein du myomètre épaissi de la paroi postérieure
- pas de fibrome

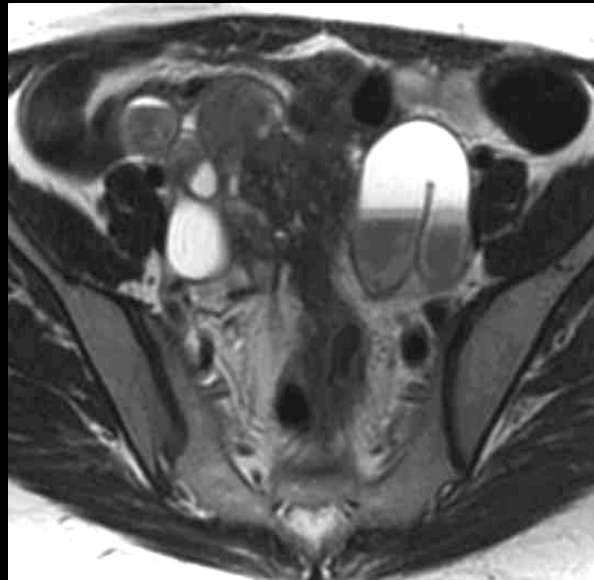
sur les autres acquisitions IRM , on observe ces images ; à quoi correspondent-elles



Coronales T2

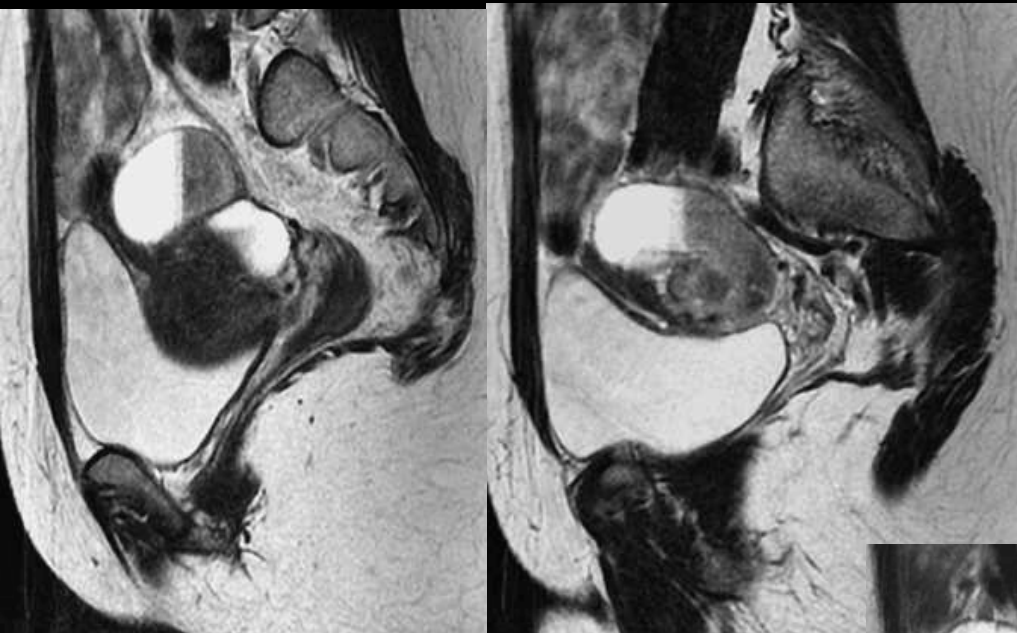


Axiales T2

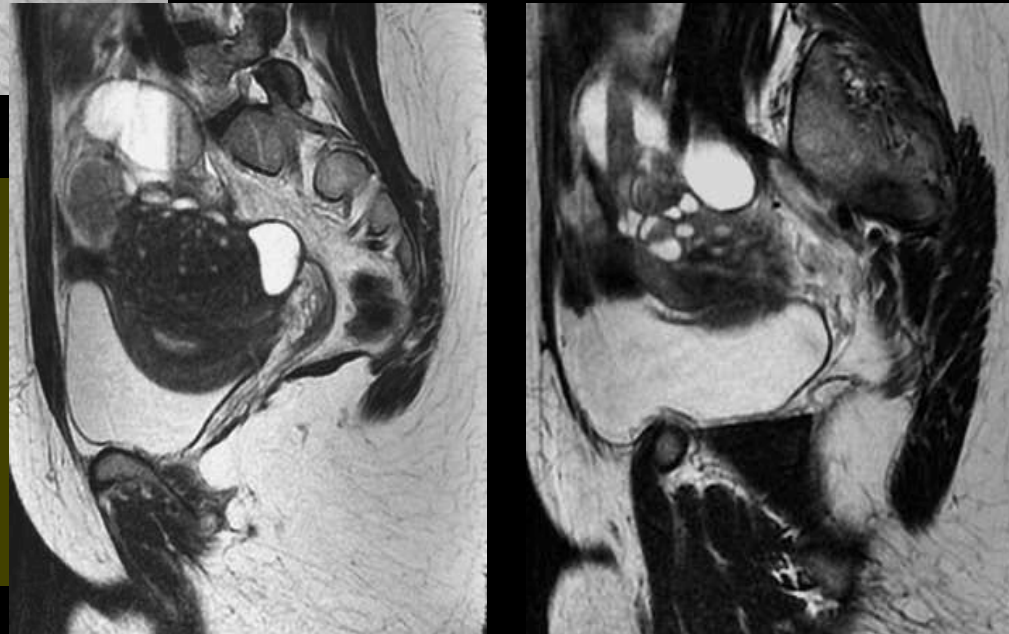


-formations oblongues repliées sur elles-mêmes ,  
bilatérales ,symétriques ,à  
parois minces et contenu  
liquide , avec sédiment en  
hyposignal

para-sagittales T2 droites



para-sagittales T2 gauches



-les coupes para sagittales confirment ces images qui , bien évidemment , correspondent à un **hydrosalpinx bilatéral**

-on retrouve les anomalies utérines caractéristiques d' une **adénomyose**

# Adénomyose Généralités

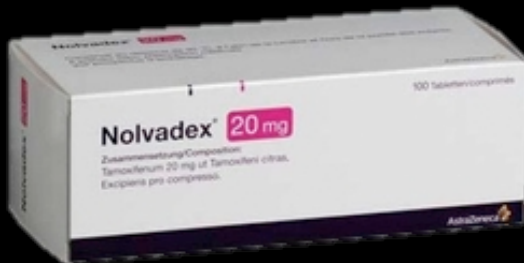
Présence de muqueuse endométriale  
hétérotopique au sein du myomètre

Femme pré-ménopausique

Multiparité ++ âge > 30 ans

Symptomatique dans 2/3 cas :

- Algies pelviennes
- Dysménorrhée
- Ménométrorragies
- associée à myomes utérins dans 36 à 40 % des cas



Incidence augmentée par le Tamoxifène (Nolvadex®), anti-œstrogène par voie orale (traitement de certains carcinomes mammaires)



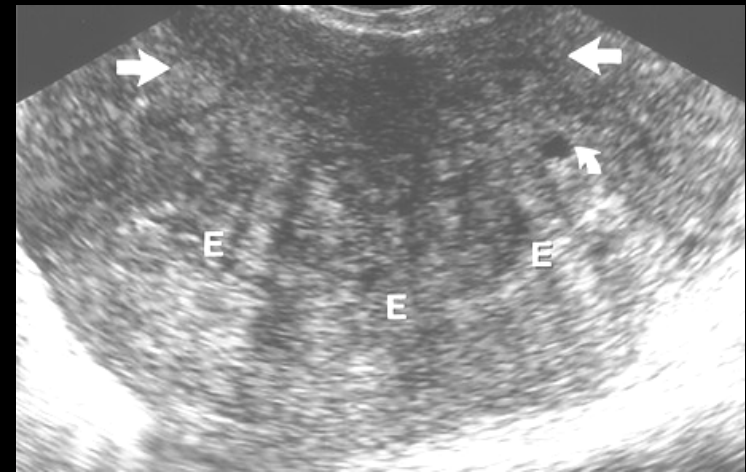
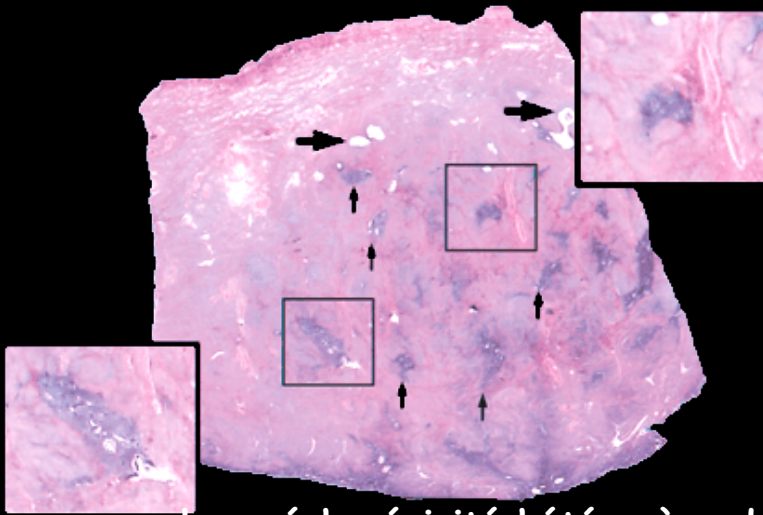
Forme focale : une ou plusieurs lésions regroupées formant un **adénomyome**

Forme diffuse : localisations multiples disséminées plus ou moins en profondeur **adénomyomatose**

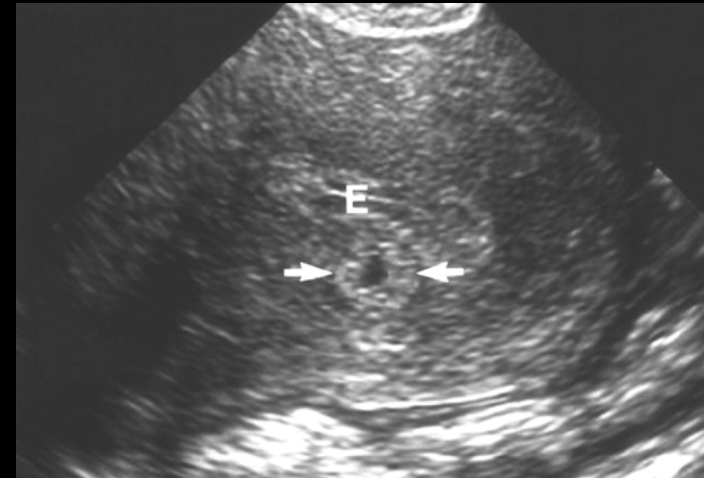
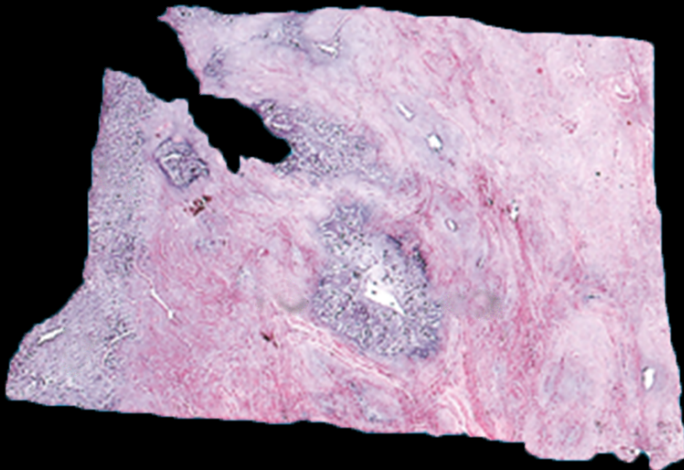
## Traitement :

*Radical : hystérectomie*

*Médical : **danazol**, agoniste de la GnRH, inhibe la sécrétion hypophysaire de FSH et de LH*



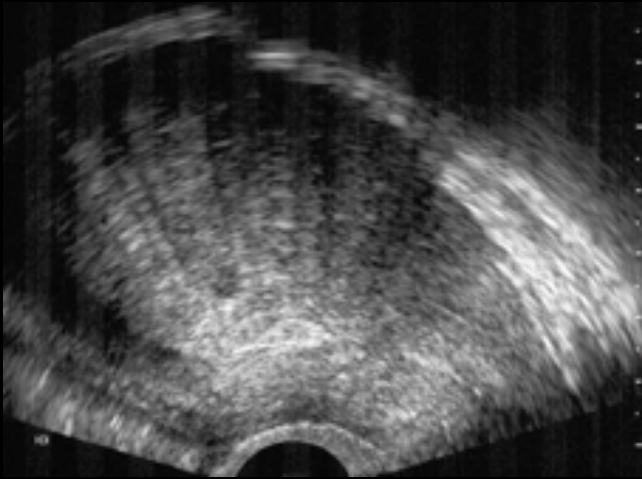
hyperéchogénicité hétérogène du myomètre dorsal ; mauvaise définition de la zone jonctionnelle qui est épaissie ; les foyers hyperéchogènes ronds ou linéaires correspondent au myomètre hétérotopique



malade sous Tamoxifène ; volumineux ilots d'endomètre hétérotopique dans le myomètre interne

# Adénomyose Imagerie

## Echographie



-Gros utérus globuleux

-Asymétrie des parois myométriales antérieure ou postérieure +++

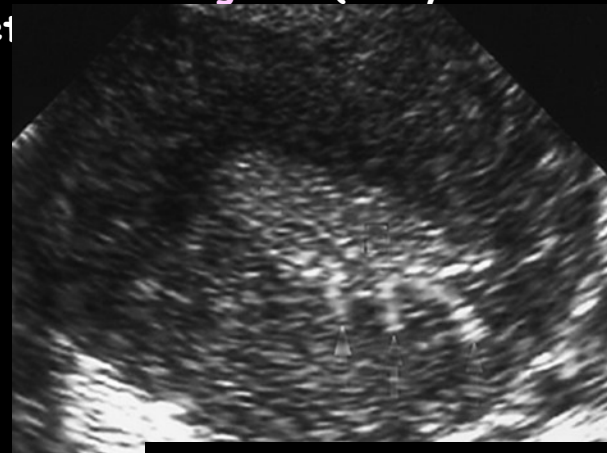
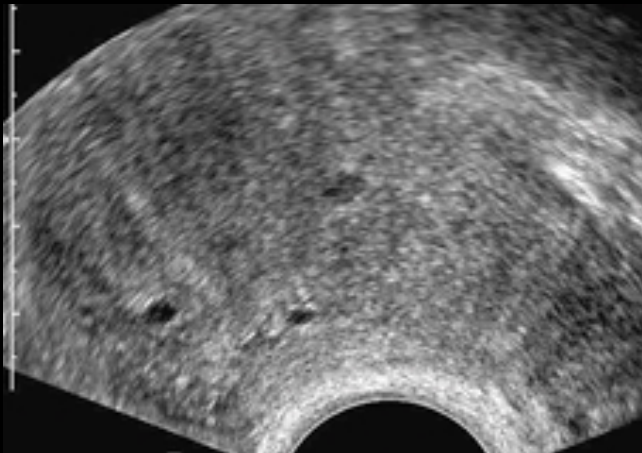
-Hétérogénéité myométriale : ilots échogènes de tissu endométrial entourés de muscle lisse hypoéchogène

.aspects spiculés "en rayons de soleil"

.images kystiques de 5 à 7 mm ou

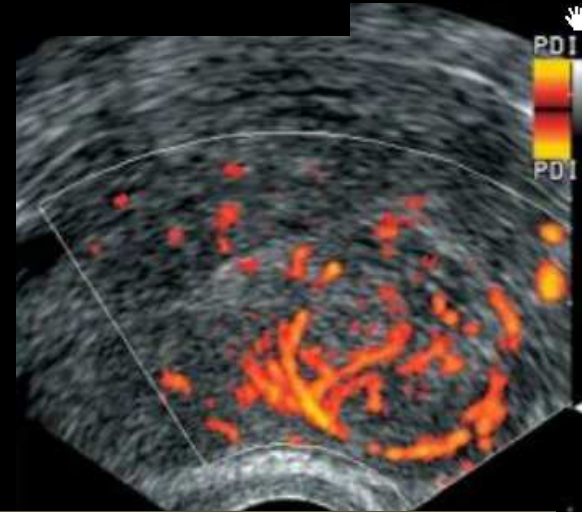
.lacunes anéchogènes (= foyers endométriaux hétérotopiques dilatés)

Atténuation postérieure

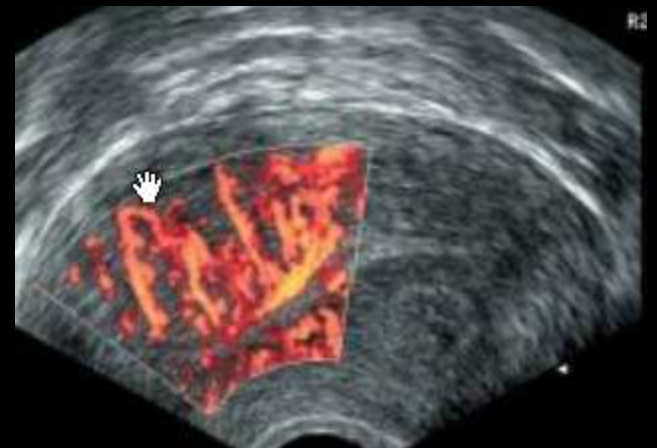


épaississement spiculé irradiant à partir de l'endomètre , en rayons de soleil

intérêt du codage coloré des flux lents ( Doppler puissance) pour  
l'exploration des formations nodulaires des parois utérines



myome utérin : encorbellement périlésionnel des vaisseaux

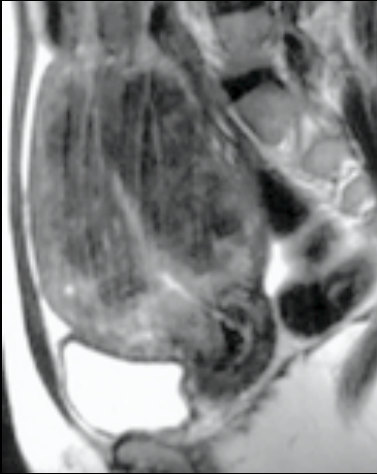


adénomyose : les vaisseaux traversent la lésion sans être déviés

# Adénomyose Imagerie

IRM

Séquences T2 +++



## Adénomyose diffuse :

**"épaississement" de la zone jonctionnelle**  
*si  $\geq 12$  mm : bonne fiabilité diagnostique*

## Adénomyose focale :

présence d'une zone focale hypointense mal limitée

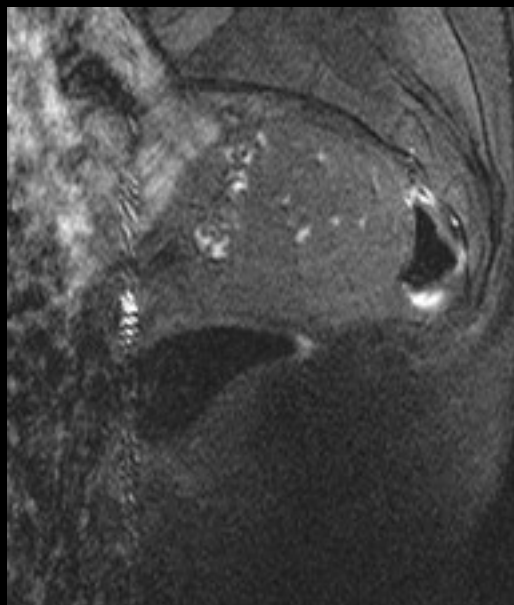
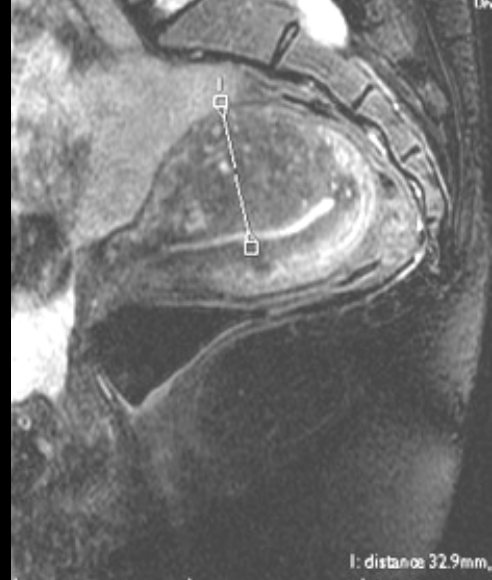
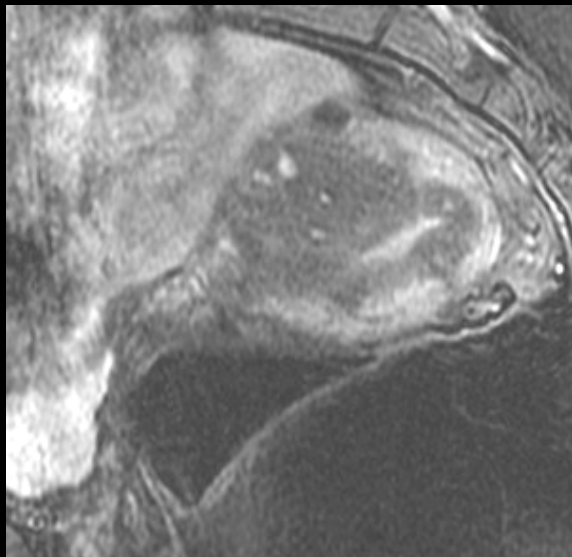
Signes directs : **spots intramyométriaux**  
en hypersignal T2 +/- T1



Zone jonctionnelle  
normale



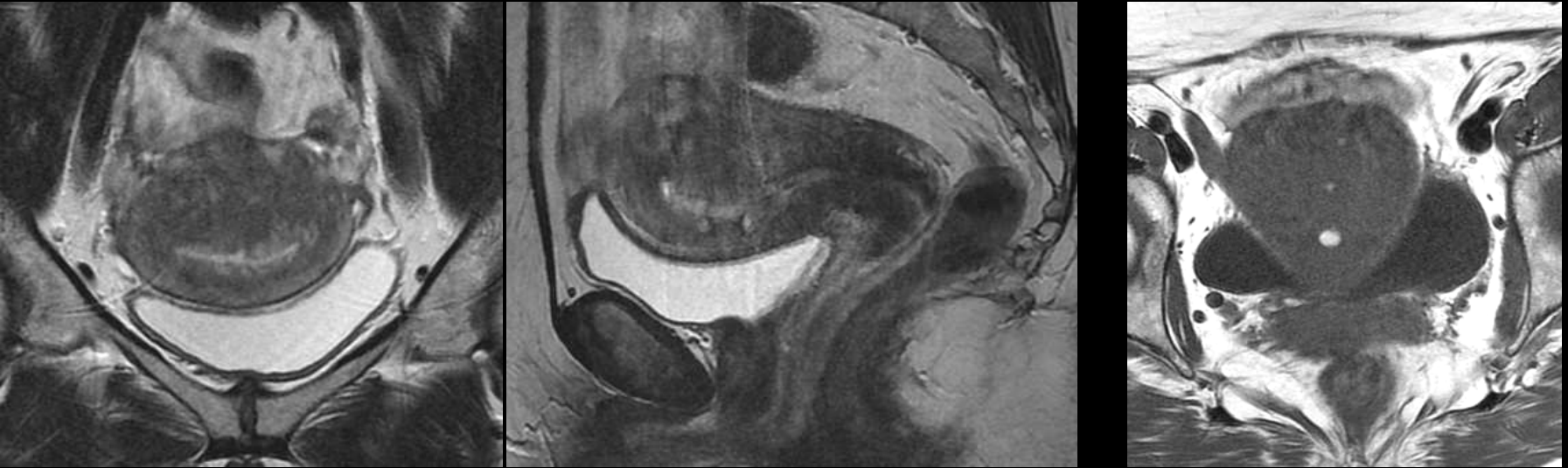
NB : Risque de FAUX POSITIFS si IRM réalisée en Période menstruelle car la zone jonctionnelle s'épaissit (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> jour du cycle)



adénomyomatose sur utérus rétroversé

obs. Dr L. Canard Centre d'Imagerie J Callot

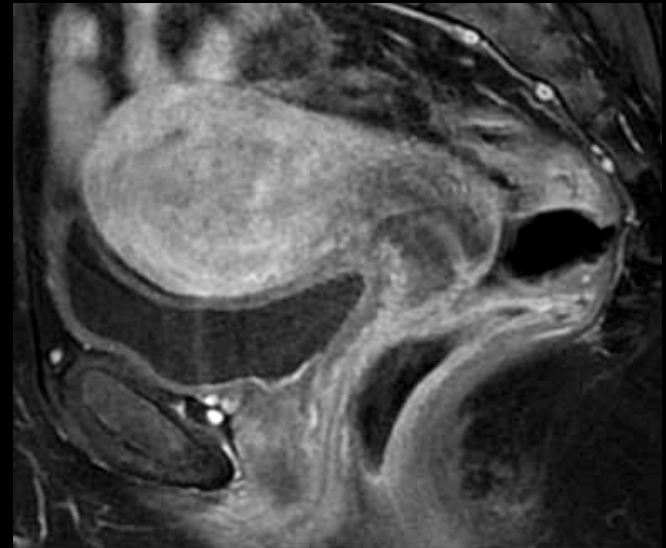
Femme de 49 ans, G2P2, douleurs pelviennes chroniques et ménorragies-



Spots hyperintenses T1 et T2 juxta-endométriaux.

Zone jonctionnelle mal délimitée.

**Adénomyose**



## messages à retenir

-l'adénomyose utérine se définit par la présence de glandes endométriales au sein du myomètre, ce qui engendre une prolifération des fibres musculaires lisses du myomètre

-grâce à la qualité des examens échographiques par voie endovaginale, et à une meilleure connaissance des données anatomopathologiques, le diagnostic de l'adénomyose utérine et sa différenciation des fibromyomes utérins auxquels elle est associée dans 30 à 40 % des cas, sont devenus relativement faciles.

l'épaississement de la zone jonctionnelle est un argument essentiel du diagnostic, à côté des petites images kystiques intra-myéométriales de 2 à 4 mm de diamètre, souvent cernées d'un liseré hyperéchogène, correspondant au tissu endométriosique ectopique

l'étude de la vascularisation par le codage coloré des flux (en particulier Doppler puissance) est précieuse pour la distinction myomes (encorbellement des vaisseaux autour des formations nodulaires) vs adénomyose (vaisseaux traversant quasi normalement la lésion).

-l'I.R.M. est également précieuse pour le diagnostic de l'adénomyose utérine mais elle doit être réservée aux cas dans lesquels l'exploration échographique endovaginale a été difficile ou montre des images douteuses.

L'I.R.M. est indispensable pour le bilan préopératoire des traitements chirurgicaux conservateurs