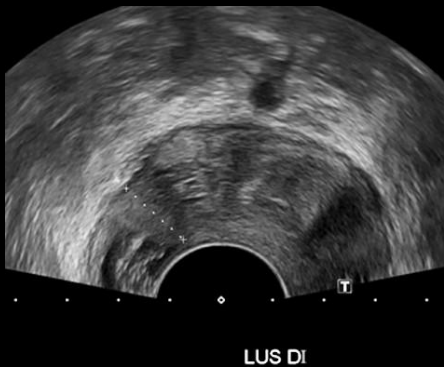
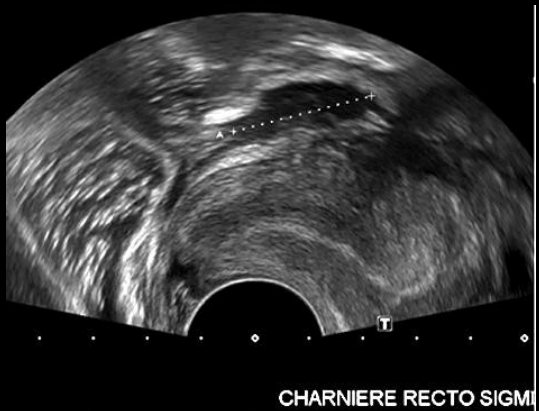
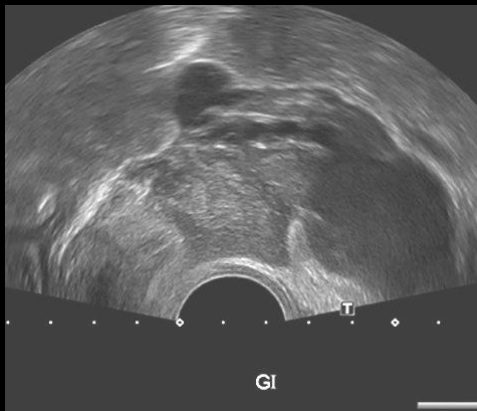
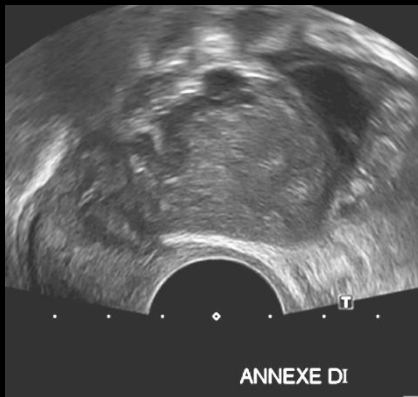
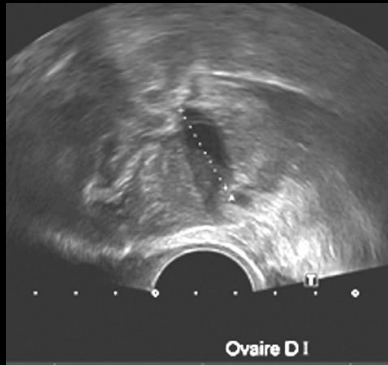
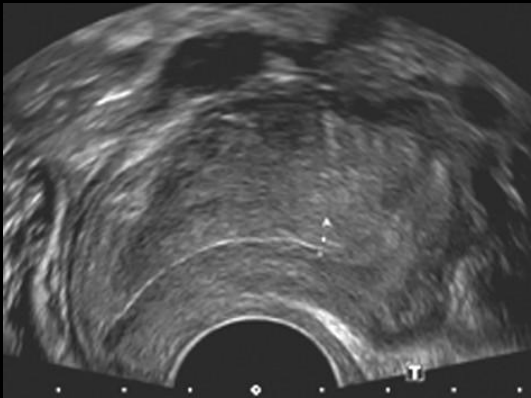
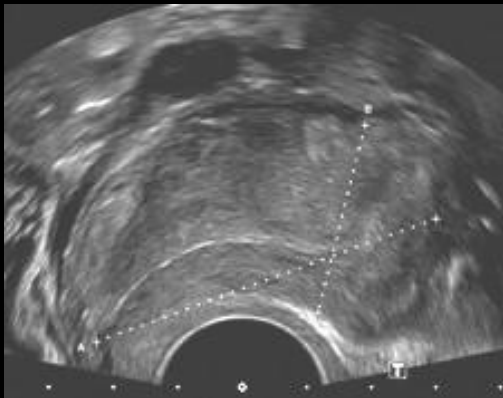


Patiente de 34 ans .Algies pelviennes rythmées par le cycle . Forte suspicion clinique d'endométriose



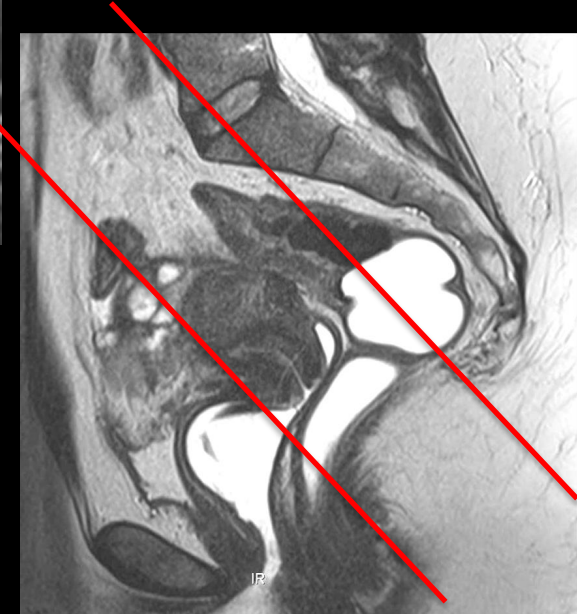
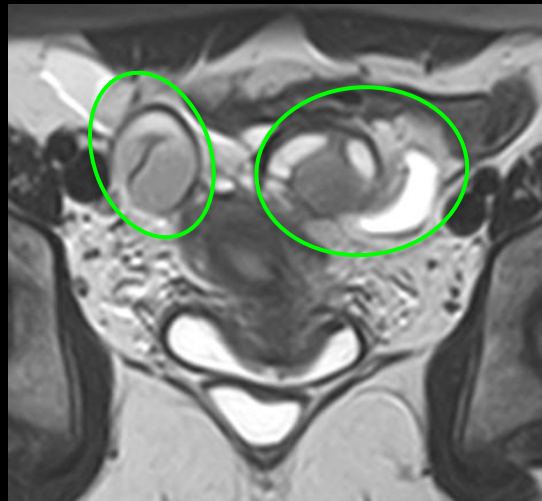
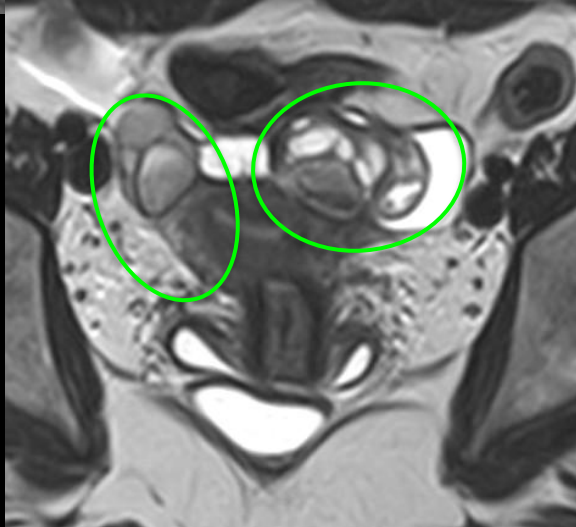
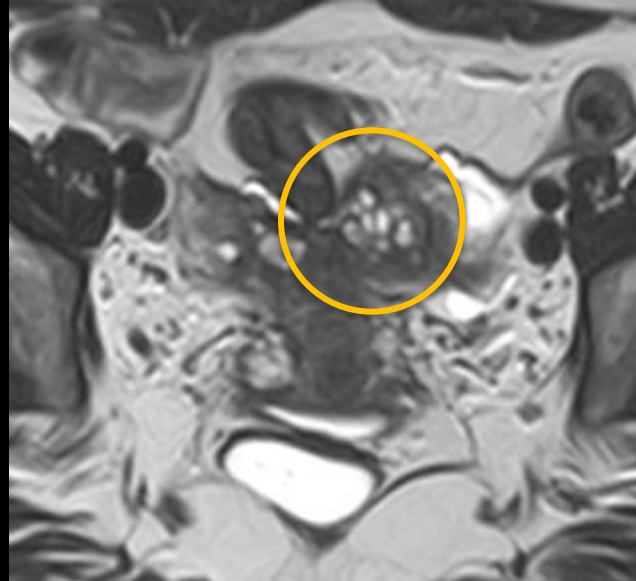
L. Rivail-Eloy IHN

- épaississement marqué de toute la région postéro-supérieure cervico-isthmique de l'utérus utérin , avec saillies nodulaires
- masse piriforme hypoéchogène annexielle gauche
- pas d'image évidente d'endométriome ovarien



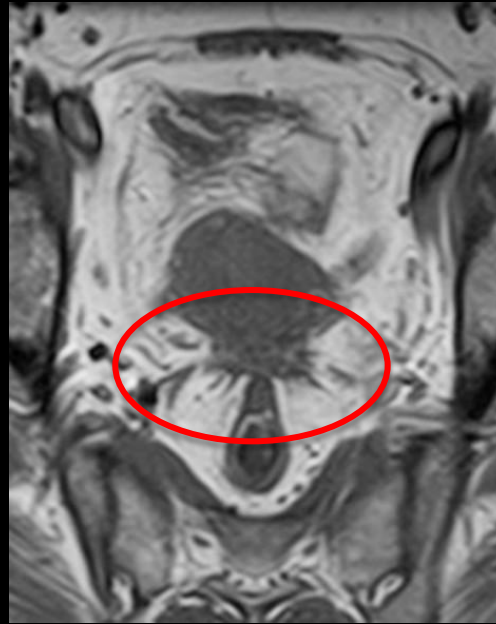
l'IRM en coupes sagittales , en pondération T2 sans suppression du signal de la graisse ; avec **balisage au gel d'échographie du rectum et du vagin** montre très clairement :

l'hypertrophie de la face postérieure de la région cervico-isthmique , en continuité avec un **épaississement circonférentiel intéressant la charnière recto-sigmoïdienne sur 7 cm de longueur**



l'IRM en coupes coronales dans l'axe du recto-sigmoïde montre:

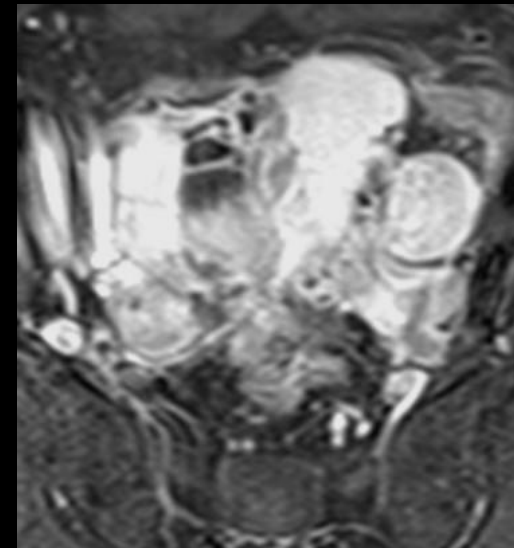
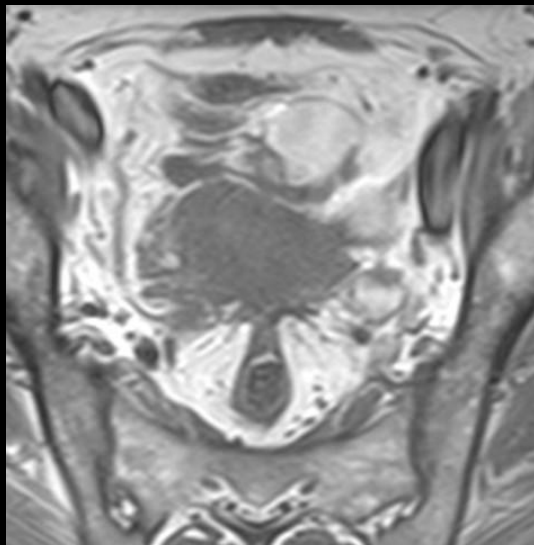
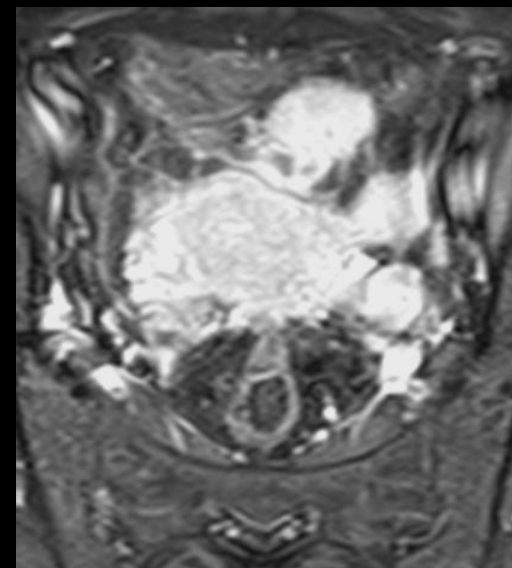
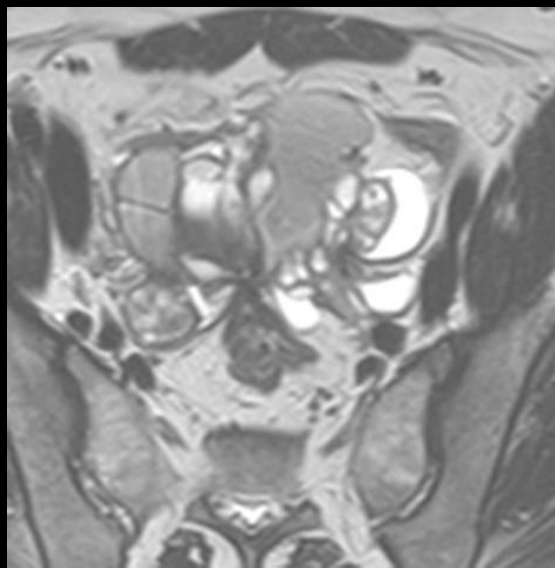
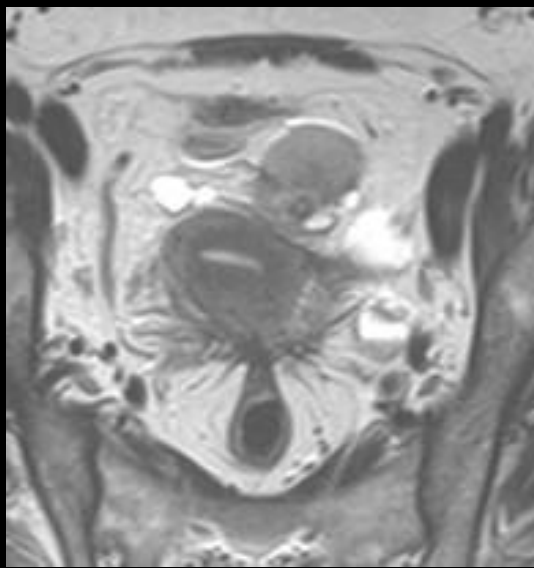
- les ovaires , siège de formations kystiques millimétriques ○
- des structures tubulaires dilatées annexielles cloisonnées dont le signal du contenu varie de liquide pur à intermédiaire , reflétant une concentration protéique variable ○



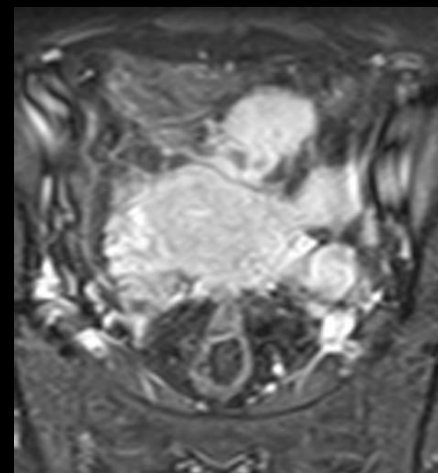
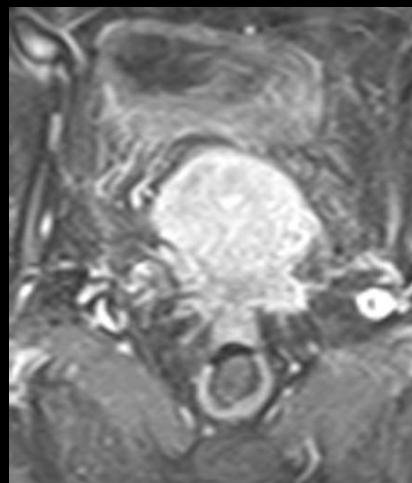
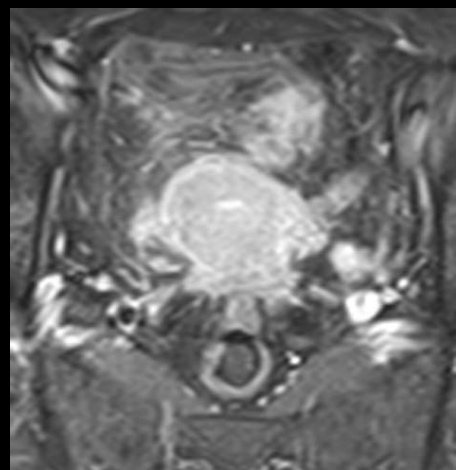
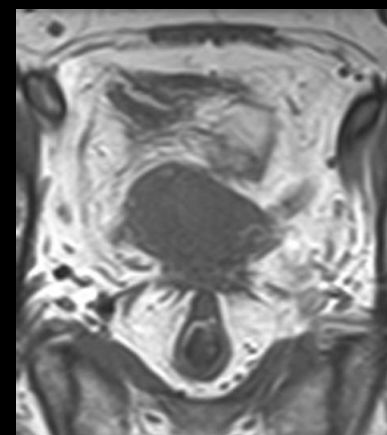
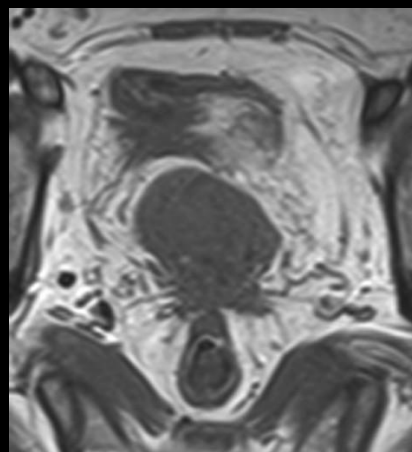
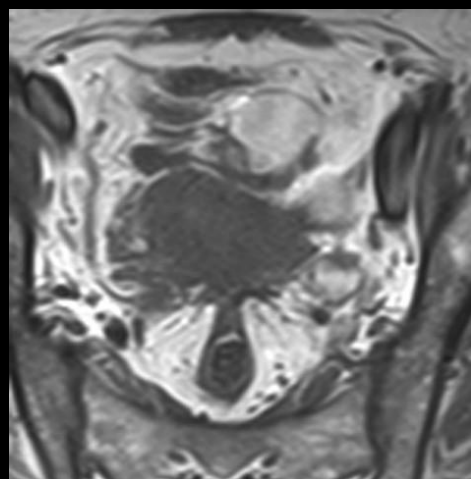
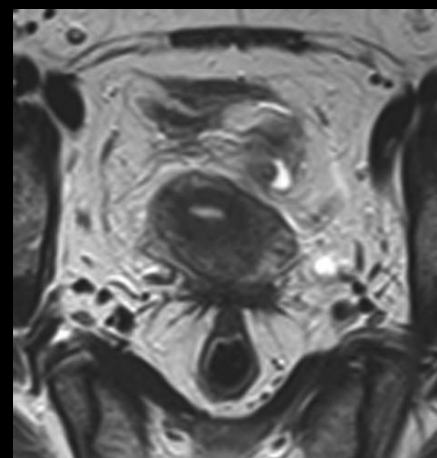
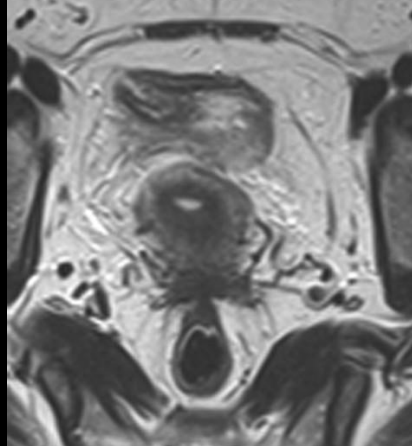
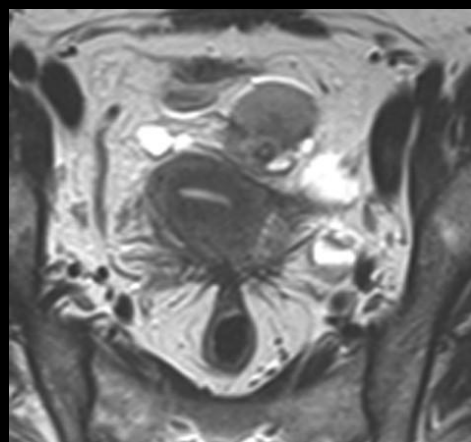
l'extension des lésions fibreuses annexielles et de la partie postéro-supérieure de la région isthmique à la charnière recto-sigmoïdienne est parfaitement objectivée et confirme le diagnostic d'endométriose profonde ou solide

la cloison recto-vaginale haute, siège habituel de prédilection des lésions d'endométriose pelvienne profonde n'est pas atteinte macroscopiquement



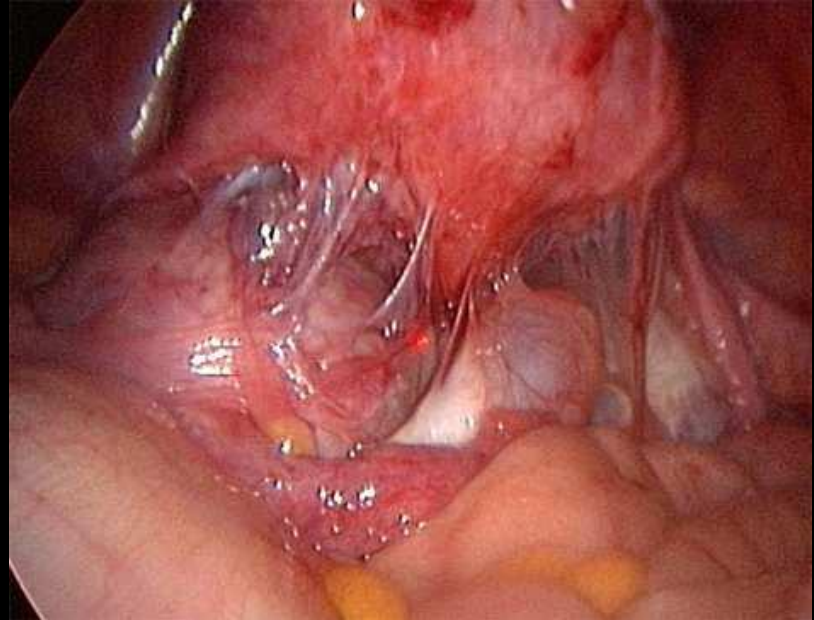


la comparaison des mêmes coupes en pondération T2 et T1 avec suppression du signal de la graisse et injection de gadolinium permet de retrouver les atteintes précédemment décrites , en particulier la présence d'un **hématosalpinx bilatéral** et de formations nodulaires se rehaussant intensément après contraste , en faveur d'une fibrose "jeune" , plus cellulaire , fibroblastique que collagène



CRO :

- Endométriose sous péritonéale profonde marquée,
avec pelvis gelé (frozen pelvis)
- et nodules endométriosiques du
torus, des 2 ligaments utéro-sacrés,
de la charnière recto-sigmoïdienne.
- hématosalpinx bilatéral.



<http://www.gynsurgery.org/topics/pelvic-pain/>

pelvis gelé endométriosique .
aspect coelioscopique

L'endométriose sous péritonéale profonde

L'endométriose sous péritonéale profonde est constituée de **lésions infiltrantes d'au moins 5 mm de profondeur à partir de la surface du péritoine**

les **nodules essentiellement fibreux** (75% du volume , vs 25% d'épithélium glandulaire et de chorion cytogène) se développent:

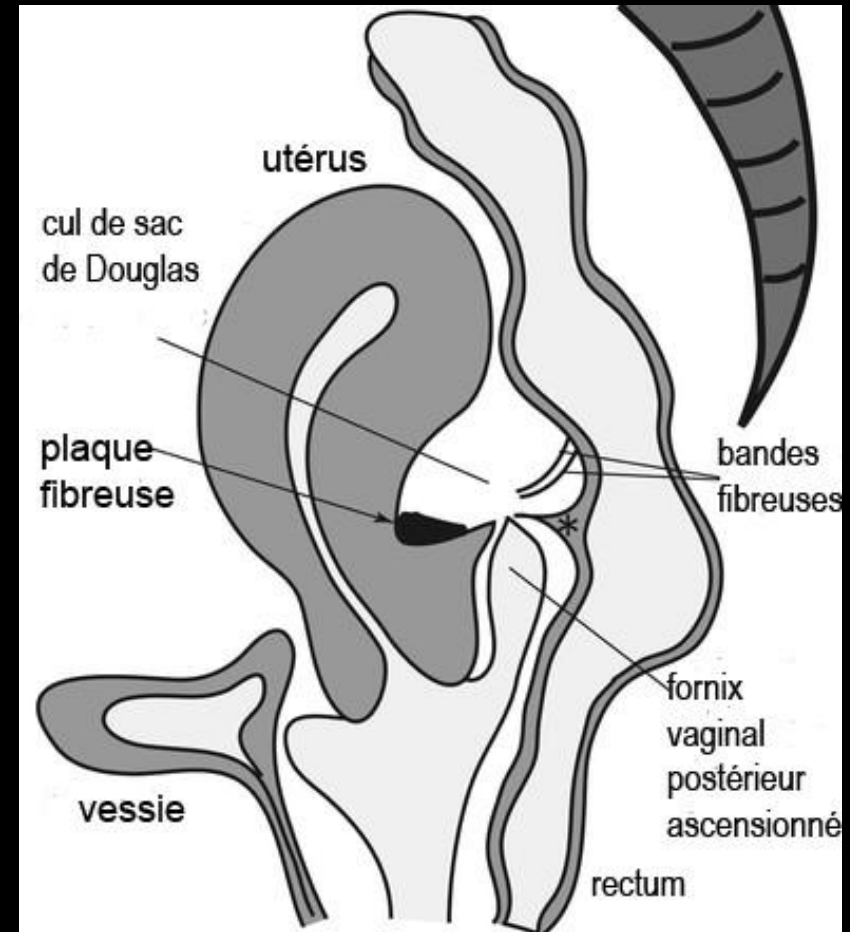
.dans le cul de sac de Douglas et la cloison recto-vaginale sous-jacente à l'origine d'une **ascension rétractile du fornix vaginal postérieur**

.le long des ligaments utéro-sacrés entraînant une **rétroflexion fixée de l'utérus**

.vers les faces antérieure et latérales du recto-sigmoïde avec comme conséquence des adhérences fibreuses rétractiles de ces parois intestinales

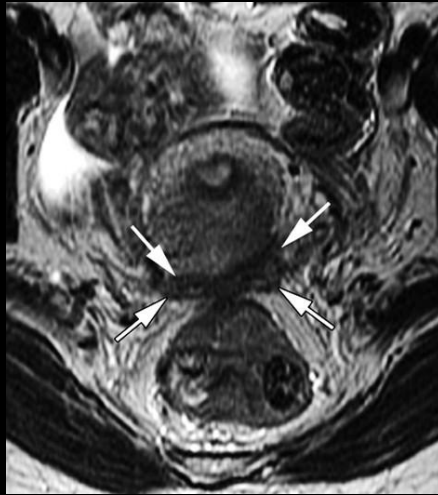
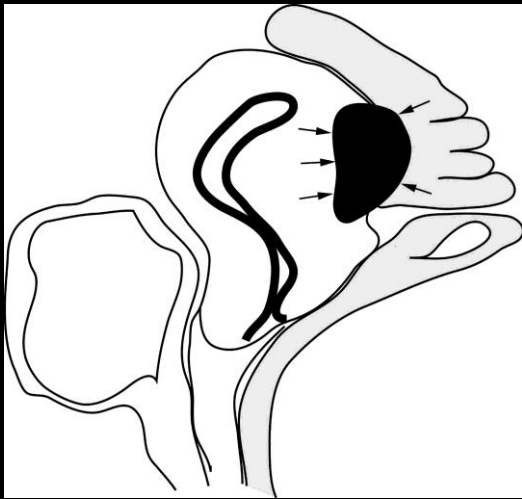
.vers les uretères pelviens et le dôme vésical

en raison de leur développement sous-péritonéal , les nodules d'endométriose peuvent échapper , au moins en partie , en coelioscopie , d'où l'intérêt de l'IRM qui peut pallier cette limite .



Posterior Cul-de-Sac Obliteration Associated with Endometriosis: MR Imaging Evaluation

William L. Kataoka, MD, PhD, Kaori Togashi, MD, PhD, Toshihide Yamaoka, MD, PhD, Takashi Koyama, MD, PhD, Hiroyuki Ueda, MD, PhD, Hisataka Kobayashi, MD, PhD, Mahbubur Rahman, MBBS, MPH, PhD, Toshihiro Higuchi, MD, PhD and Shingo Fujii, MD, PhD



le **pelvis gelé** (frozen pelvis) **endométriosique** est le résultat d'une **atteinte adhérentielle fibreuse massive des organes pelviens** qui leur fait perdre toute mobilité

le tableau associe :

- .une **oblitération complète** du cul de sac de Douglas
- .une **rétroflexion fixée** de l'utérus en relation avec l'atteinte fibreuse nodulaire des ligaments utéro-sacrés
- .une **plaque fibreuse** plus ou moins étendue , développée sur la face postérieure de la région cervico-isthmique de l'utérus et allant se fixer en la rétractant sur la paroi intestinale en regard
 - face antérieure du haut rectum et /ou de la charnière recto-sigmoïdienne
 - faces inférieures et latérales du sigmoïde ou des anses grêles pelviennes

<http://radiology.rsna.org/content/234/3/815.full>

messages à retenir

-les endométrioses pelviennes profondes es caractérisent par le développement **d'implants en grande partie fibreux rétractiles**, à l'origine **d'adhérences entre les organes pelviens**, en particulier le tractus génital profond (région cervico-isthmique, cloison recto-vaginale haute et fornix vaginal postérieur) et les segments digestifs avoisinants (face antérieure de la charnière recto-sigmoïdienne, sigmoïde, grêle). Cette atteinte digestive est présente dans 73 % des cas (pour le rectum) à 82 % des cas (pour le grêle).

-les conséquences cliniques sont variées (infertilité, dyspareunie, douleurs pelviennes chroniques, constipation, subocclusion ..)

-l'imagerie, en particulier **l'IRM est indispensable** pour un bilan anatomique précis pré-chirurgical, en particulier pour les atteintes du cul de sac de Douglas qui peuvent être délicates à diagnostiquer en coelioscopie en raison du siège sous-péritonéal des implants fibreux endométriosiques

