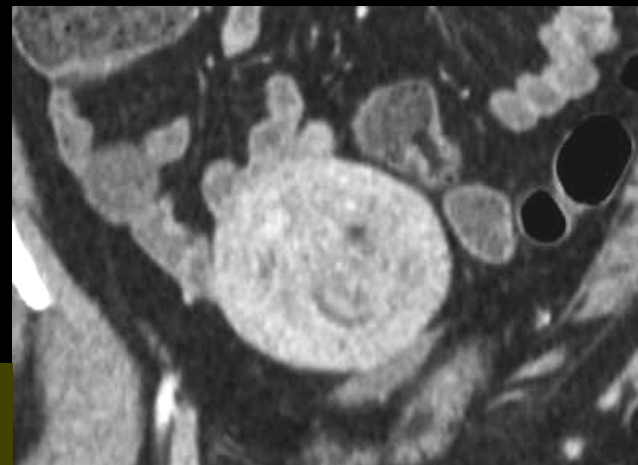
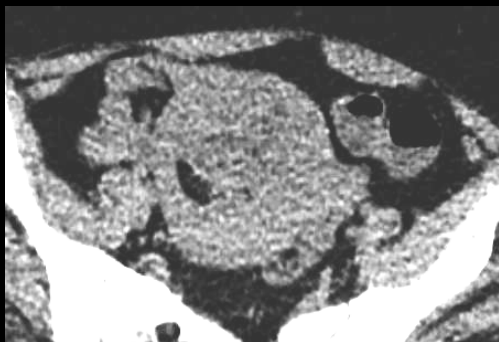


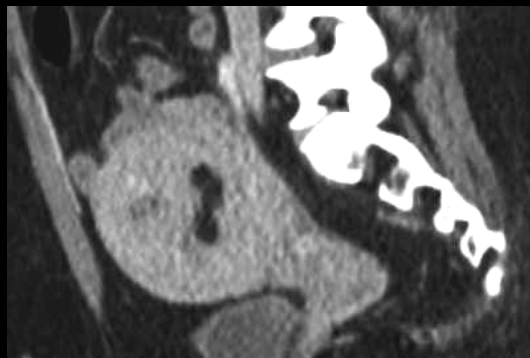
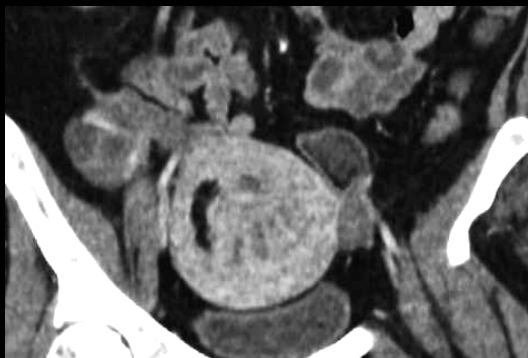
Patiente de 45 ans , en surpoids .Découverte fortuite d'une masse pelvienne sur un scanner réalisé pour bilan d'adénomégalias jugulo-carotidiennes bilatérales

Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir , concernant l'utérus , sur ces coupes CT avant puis après injection de PCI et ensuite sur les images IRM



-avant contraste :

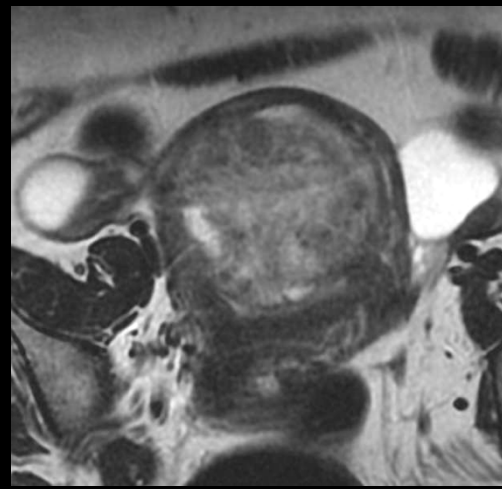
- .épaississement régulier de la paroi antéro-latérale gauche de l'utérus avec hétérogénéités de densité
- .plages hypodenses à contours arciformes réguliers



-après contraste :

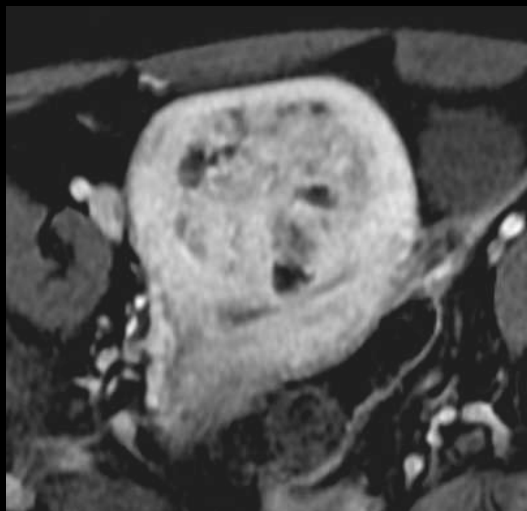
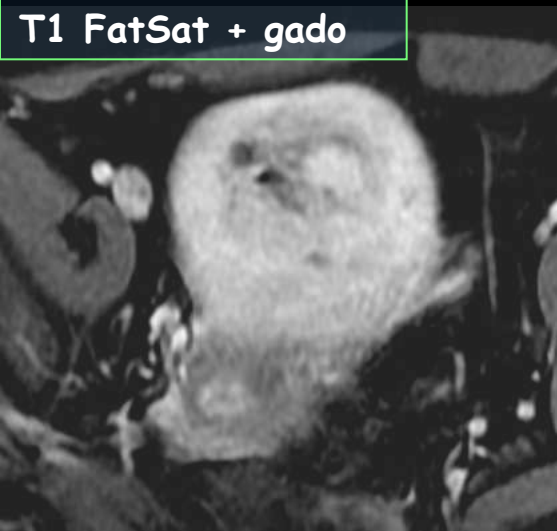
- .les hétérogénéités de densité sont majorées par le rehaussement normal du myomètre
- .elles prennent un caractère très nettement nodulaire

T2



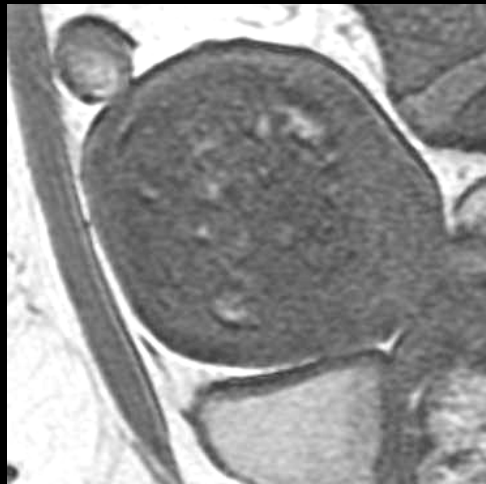
sur l'IRM en pondération T 2 ,en dehors de 2 kystes ovariens à parois minces , sans caractère suspect , les hétérogénéités nodulaires du myomètre sont en hypersignal , toutefois nettement inférieur à celui de l'urine vésicale ou du contenu des kystes ovariens

T1 FatSat + gado

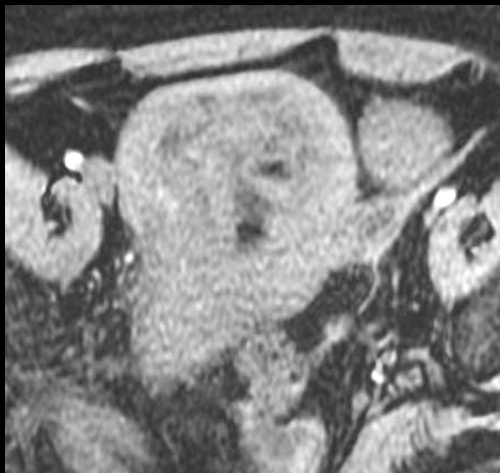


après injection de contraste IV , les hétérogénéités nodulaires ne se rehaussent pas et leur niveau de signal est très abaissé
que proposez vous pour compléter la caractérisation des nodules en hypersignal T 2 , hypovascularisés

T1



T1 Fatsat

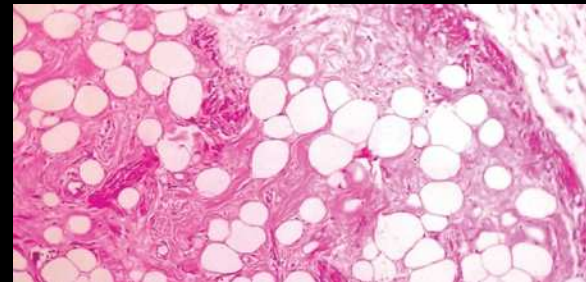
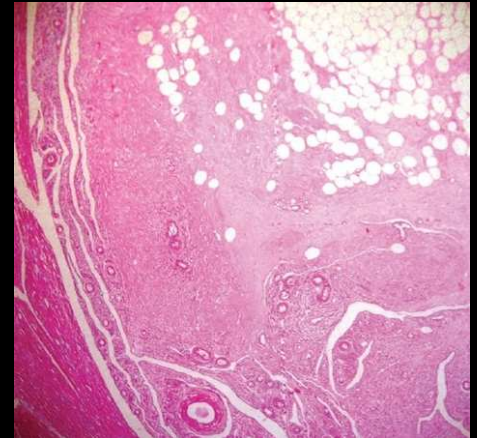


la chute de l'hypersignal T1 des nodules sur la séquence T1
FatSat confirme leur nature adipeuse et le diagnostic de

lipoléiomyomes utérins

Lipoléiomyome utérin

- tumeur **bénigne**
- rare** (140 cas)
- patientes **obèses** en péri et post-**ménopause**
- signal hétérogène en pondération T2
- plages en **hypersignal T1** disparaissant sur les séquence avec suppression du signal de la graisse
- souvent corporel , intra-mural , de petite taille , mais parfois volumineuse masse abdomino-pelvienne (30 x 30 cm !)
; on peut trouver des localisations cervicales , sous-séreuses ou sous-muqueuses
- dégénérescence maligne exceptionnelle mais des cas ont été rapportés ; de même que des associations avec un carcinome endométrial
- la physiopathologie la plus vraisemblable est une **métaplasie des cellules musculaires lisses ou du tissu conjonctif en adipocytes** .On peut trouver des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone dans le tissu adipeux



-les **lésions utérines à composante graisseuse** sont

les **lipomatoses utérines** dont la prévalence set de 0,03 % à 0,2 %

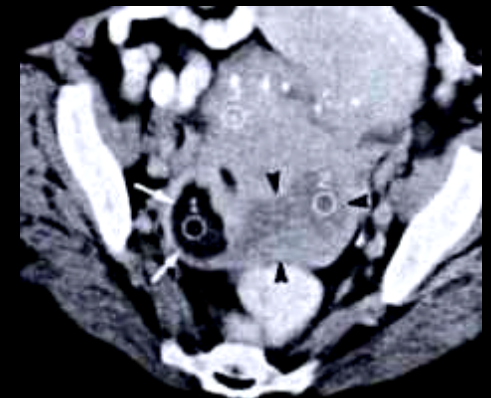
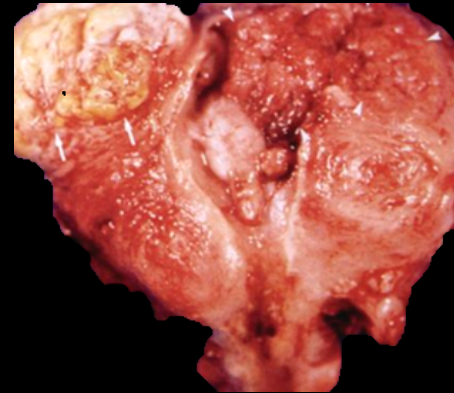
on les distingue en 2 groupes :

.les **lipomes purs** (purement graisseux et encapsulés) ,
très rares

.les **lipomes mixtes** qui regroupent lipoléiomyomes ,
angiomyolipomes , fibrolipomes et
comportent des contingents graisseux ,
fibreux , et musculaires lisses .
Les **lipoléiomyomes sont les plus fréquents**

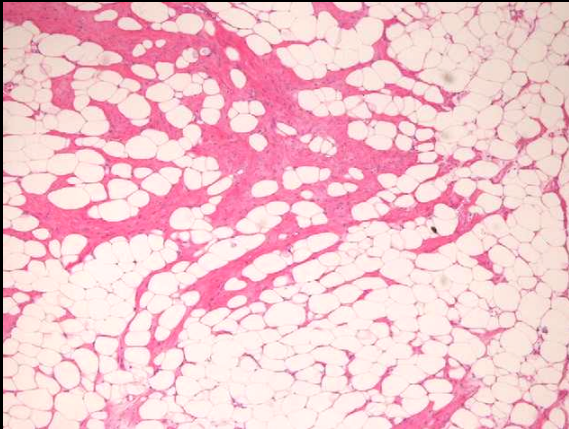
un troisième groupe , exceptionnel est représenté par
les liposarcomes

-elles ne doivent bien sur pas être confondues avec
des lésions ovariennes à contenu graisseux , au premier
rang desquelles les **tératomes ovariens matures**
(kystes dermoïdes , tumeurs ovariennes les plus
fréquentes chez l'enfant et la jeune fille mais qu'on
peut retrouver en post-ménopause)



Histologie :

- .tissu adipeux (**adipocytes matures**)
- . cellules **musculaires lisses** sans atypie cellulaire
- .pas de prolifération vasculaire ++

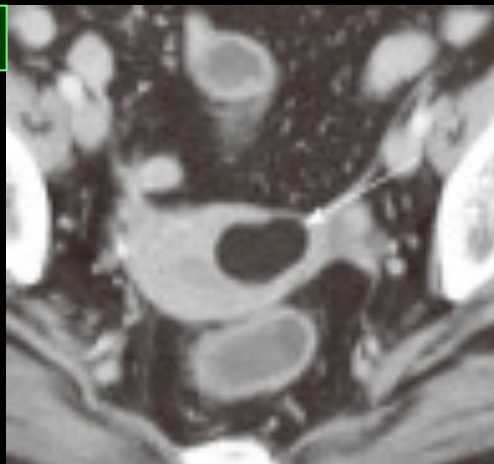


Traitement :

- abstention thérapeutique si asymptomatiques
- traitement similaire aux fibromes utérins si symptomatiques

2 exemples de lipoléiomyomes utérins

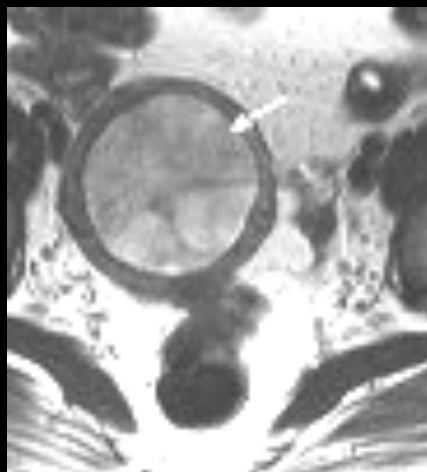
CT injecté



MR T 1
gado
FatSat



CT injecté



MR T 1



MR T 1
gado
FatSat

-messages à retenir

-le **lipoléiomyome** , tout en étant très rares, est la plus fréquente des lésions à composante graisseuse de l'utérus . IL correspond à une **métaplasie graisseuse des cellules musculaires lisses et/ou des cellules conjonctives**.

-il s'observe chez des **patientes en péri ou post ménopause**, généralement obèses et peut se développer dans le **corps utérin** ou plus rarement dans le col, en situation sous séreuse ou sous muqueuse.

-l'imagerie permet le diagnostic par la **caractérisation du contingent de tissu graisseux** : valeurs d'atténuation inférieures à -50 UH au scanner, lésion en hyper signal T1 disparaissant sur les séquences avec saturation du signal de la graisse en I.R.M.

-Le lipoléiomyome utérin ne doit pas être confondu avec un **tératome ovarien mature juxta-utérin** ; sa dégénérescence est exceptionnelle mais des cas ont été rapportés, de même que des **associations avec un adénocarcinome de l'endomètre**. Il conviendra donc d'être particulièrement prudent lorsque la révélation se fera sous forme de méno-métrorragies