



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

# Caractérisation des masses annexielles symptomatiques et asymptomatiques



*MR characterization of symptomatic and asymptomatic adnexal masses*

Isabelle Thomassin-Naggara<sup>b,c,\*</sup>, Benjamin Fedida<sup>c</sup>,  
Samuel Haddad<sup>c</sup>, Selma Beldjord<sup>c</sup>,  
Sebastian Tavolaro<sup>a,c</sup>, Marc Bazot<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, IUC, 75005 Paris, France

<sup>b</sup> Inserm, UMR970, équipe 2, imagerie de l'angiogenèse, 75005 Paris, France

<sup>c</sup> Department of radiology, hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

Reçu le 10 juin 2017 ; accepté le 27 juin 2017

Disponible sur Internet le 20 novembre 2017

## MOTS CLÉS

Masse annexielle ;  
IRM ;  
Échographie ;  
Caractérisation ;  
TDM ;  
Score

**Résumé** L'IRM pelvienne est la technique optimale pour la caractérisation des masses annexielles dites indéterminées ou complexes en échographie endovaginale. On distingue deux grands types de situations cliniques bien distinctes : celle où la symptomatologie douloureuse aiguë ou subaiguë domine la problématique (une masse annexielle ayant été identifiée lors de l'examen échographique) et celle où l'on découvre dans le cadre d'un bilan systématique ou d'un bilan pour un symptôme chronique (métrorragies, douleur pelvienne chronique, infertilité) une masse annexielle qu'il faut caractériser. L'objectif de cet exposé sera donc de détailler dans une première partie le raisonnement devant la découverte échographique d'une masse annexielle dans un contexte de douleurs aiguës ou subaiguës et dans une seconde partie, en dehors de tout contexte douloureux, de comprendre l'intérêt de l'IRM pelvienne en fonction des différentes circonstances cliniques et tableaux échographiques.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

MRI;

**Summary** MR imaging is the best second line technique to characterize adnexal masses including for patients referred in a context of acute or subacute pelvic pain. Combining morphological

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [isabelle.thomassin@aphp.fr](mailto:isabelle.thomassin@aphp.fr) (I. Thomassin-Naggara).

Pelvic;  
Gynaecological  
emergencies;  
Characterization

features and signal intensity criteria, MR imaging is helpful to diagnose adnexal torsion, pelvic inflammatory disease or luteal cyst rupture when ultrasonography is complex to interpretate. Outside the context of pelvic emergency, MR imaging is able to better determine the origin of a pelvic mass, estimate the risk of malignancy and suggest pathological hypothesis.  
© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

L'IRM pelvienne est la technique optimale pour la caractérisation des masses annexielles dites indéterminées ou complexes en échographie endovaginale.

On distingue deux grands types de situations cliniques bien distinctes : celle où la symptomatologie douloureuse aiguë ou subaiguë domine la problématique (une masse annexielle ayant été identifiée lors de l'examen échographique) et celle où l'on découvre dans le cadre d'un bilan systématique ou d'un bilan pour un symptôme chronique (métrorragie, douleur pelvienne chronique, infertilité) une masse annexielle qu'il faut caractériser.

L'objectif de cet exposé sera donc de détailler dans une première partie le raisonnement devant la découverte échographique d'une masse annexielle dans un contexte de douleurs aiguës ou subaiguës et dans une seconde partie, en dehors de tout contexte douloureux, de comprendre l'intérêt de l'IRM pelvienne en fonction des différentes circonstances cliniques et tableaux échographiques.

## Partie I : place de l'IRM pour la gestion de masses annexielles douloureuses

La découverte d'une masse annexielle dans un contexte douloureux impose une démarche diagnostique rigoureuse afin de ne pas méconnaître des diagnostics pouvant mettre en jeu le pronostic vital des patientes. Il convient tout d'abord de séparer les patientes en deux grands groupes en fonction de leur statut hormonal : période d'activité génitale ou ménopause. Dans le premier groupe, les causes gynécologiques de douleurs pelviennes aiguës sont majoritaires alors que dans le second groupe les causes digestives prédominent. Aussi, la stratégie de choix de l'examen sera préférentiellement l'échographie pelvienne ( $\pm$  suivie par l'IRM pelvienne en cas de doute diagnostique) chez les patientes en activité génitale alors que chez les patientes ménopausées, on aura plus facilement un premier examen CT afin de reconnaître facilement la pathologie digestive.

## Bêta HCG positives

### Grossesse ectopique

Le premier examen à réaliser en période d'activité génitale devant toute douleur pelvienne aiguë est le dosage des Bêta HCG qui en cas de positivité associée à une masse annexielle doit faire suspecter le diagnostic de grossesse ectopique (ou extra-utérine). Le diagnostic est le plus souvent posé par une échographie endovaginale avec Doppler qui détecte une cavité endométriale vide ainsi qu'une masse annexielle qui peut être soit indéterminée, soit un hématosalpinx soit un embryon dans les cas plus rares de formes avancées de grossesse. Les indications d'IRM pelvienne dans ce contexte sont très limitées. Elles se résument à certaines localisations de grossesse ectopique comme la grossesse interstitielle survenant au niveau de la portion interstitielle de la trompe au niveau de la corne utérine et qui peut être difficile à différencier d'une grossesse développée dans la partie haute et latérale de l'endomètre. L'IRM pelvienne peut avoir dans ce cas-là un double intérêt : faciliter ce diagnostic différentiel en identifiant une bande de myomètre située entre la grossesse ectopique et la cavité endométriale et évaluer le risque de rupture en mesurant l'épaisseur de myomètre restant entre la grossesse ectopique et la séreuse utérine (Fig. 1).

On peut également faire appel à l'IRM dans certains cas de localisations rares tels que les GEU cervicale ou sur cicatrice de césarienne pour en faire le diagnostic mais également faire un bilan avant et après embolisation qui est souvent envisagée pour ces formes à haut risque hémorragique.

### Hyperstimulation ovarienne

La grossesse peut induire par elle-même un syndrome d'hyperstimulation ovarienne par la sécrétion importante de Bêta HCG. Le diagnostic est fait le plus souvent en échographie. Parfois, la différenciation entre une hyperstimulation ovarienne et une tumeur ovarienne multiloculaire peut s'avérer difficile. La bilatéralité, la présence d'une ascite

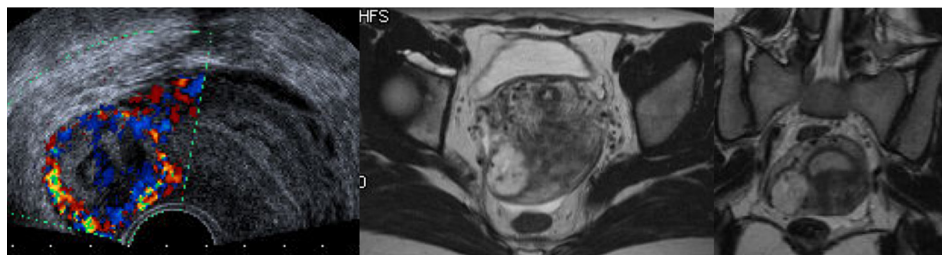


Figure 1. Grossesse extra-utérine ectopique cornuale gauche.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8606698>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8606698>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)