



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
 www.em-consulte.com



Article original

## Imagerie préopératoire dans l'endométriose profonde : échographie pelvienne, écho-endoscopie rectale et IRM

*Preoperative imaging of deeply infiltrating endometriosis in: Transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography and magnetic resonance imaging*

C. Gauche Cazalis\*, M. Koskas, B. Martin, L. Palazzo, P. Madelenat, C. Yazbeck

Service de gynécologie obstétrique, hôpital Bichat–Claude-Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 1 octobre 2011

Accepté le 13 septembre 2012

Disponible sur Internet le 2 novembre 2012

Mots clés :

Endométriose profonde  
 Endométriose ovarienne  
 Diagnostic préopératoire  
 Échographie endovaginale  
 Écho-endoscopie rectale  
 IRM

Keywords:

Deeply infiltrating endometriosis  
 Ovarian endometriosis  
 Preoperative diagnostic  
 Transvaginal ultrasonography  
 Rectal endoscopic sonography  
 Magnetic resonance imaging

### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Comparer la précision de l'échographie endovaginale (EEV), l'écho-endoscopie rectale (EER) et l'IRM dans le bilan préopératoire d'une endométriose profonde.

**Patientes et méthodes.** – Étude rétrospective sur 25 patientes ayant subi les trois examens d'imagerie en préopératoire. Calcul de sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative et concordance pour les localisations endométriosiques suivantes : ovaires, ligaments utérosacrés et torus, cloison rectovaginale, charnière rectosigmoïdienne, vessie.

**Résultats.** – Les lésions d'endométriose pelvienne profonde et ovariennes ont été retrouvées à la chirurgie et confirmées par l'histologie chez toutes les patientes. La sensibilité et la spécificité sont respectivement pour les ovaires de : 88,2 % et 71 % à l'EEV ; 80 % et 81,2 % à l'EER ; 87,5 % et 71 % à l'IRM. Pour les ligaments utérosacrés : 63 % et 82,6 % à l'EEV ; 37 % et 100 % à l'EER ; 69 % et 82,6 % à l'IRM. Pour le torus : 57,1 % et 100 % à l'EEV ; 76,2 % et 100 % à l'EER ; 76,2 % et 100 % à l'IRM. Pour la cloison rectovaginale : 63,2 % et 100 % à l'EEV ; 89,5 % et 66,7 % à l'EER ; 47,4 % et 100 % à l'IRM. Pour la charnière rectosigmoïdienne : 73,7 % et 66,7 % à l'EEV ; 94,7 % et 66,7 % à l'EER ; 89,5 % et 50 % à l'IRM. Pour la vessie : 16,7 % et 100 % à l'EEV ; 16,7 % et 100 % à l'EER ; 33,3 % et 89,5 % à l'IRM.

**Discussion et conclusion.** – Nous trouvons que les examens les plus performants sont : l'EEV pour les endométrioses, l'IRM pour le torus, les ligaments utérosacrés et les petites lésions vésicales, l'EER pour la cloison rectovaginale et la charnière rectosigmoïdienne. Ainsi dans la pratique clinique, les trois examens d'imagerie sont complémentaires pour l'évaluation préopératoire d'une endométriose profonde.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### ABSTRACT

**Objectives.** – Compare the accuracy of transvaginal ultrasonography (TVUS), rectal endoscopic sonography (RES), and magnetic resonance imaging (MRI) before deeply infiltrating endometriosis surgery.

**Patients and methods.** – A retrospective study with 25 deeply endometriosis patients underwent the three imaging examinations before surgery. Calculation of sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and accuracy for the different locations: ovaries, uterosacral ligaments and torus, rectovaginal septum, rectosigmoid junction, bladder.

**Results.** – Ovarian and deep pelvic endometriosis was found in surgery and confirmed by histology in all patients. Sensitivity and specificity are respectively: for ovaries: 88.2 % and 71 % of TVUS; 80 % and 81.2 % of RES; 87.5 % and 71 % of MRI. For uterosacral ligaments: 63 % and 82.6 % of TVUS; 37 % and 100 % of RES; 69 % and 82.6 % of MRI. For torus: 57.1 % and 100 % of TVUS; 76.2 % and 100 % of RES; 76.2 % and 100 % of MRI. For rectovaginal septum: 63.2 % and 100 % for TVUS; 89.5 % and 66.7 % of EER; 47.4 % and 100 % of MRI.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : c.gauchecazalis@orange.fr (C. Gauche Cazalis).

MRI. For rectosigmoid junction: 73.7 % and 66.7 % of TVUS; 94.7 % and 66.7 % of RES; 89.5 % and 50 % of MRI. For bladder: 16.7 % and 100 % of TVUS; 16.7 % and 100 % of RES; 33.3 % and 89.5 % of MRI.

*Discussion and conclusion.* – We found that TVUS is the more performant for endometriomas, it is MRI for torus, uterosacral ligaments and little bladder lesions, RES for rectovaginal septum and rectosigmoid junction. So in the clinical practice, the three imaging examinations are complementary for the preoperative assessment of deeply endometriosis.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

L'endométriose est une pathologie relativement fréquente, touchant 10 % des femmes en période d'activité génitale. Elle se définit comme la présence de tissu endométrial hormonodépendant en dehors de l'endomètre. L'endométriose profonde correspond à des lésions endométriosiques sous-péritonéales et/ou dans la paroi des organes pelviens d'une épaisseur supérieure à 5 mm [1]. La sensibilité de l'examen clinique est assez faible du fait de l'absence relative d'une corrélation anatomo-clinique. La symptomatologie n'est pas toujours spécifique des localisations et peut être parfois absente avec un examen strictement normal, d'où l'importance des examens d'imagerie préopératoire [2,3]. L'objectif des examens complémentaires est double : établir une cartographie complète des lésions endométriosiques, faire un bilan préopératoire précis afin de permettre une prise en charge chirurgicale optimale. Le succès d'une intervention est corrélé à une exérèse la plus complète possible des lésions endométriosiques [4,5]. Ainsi par exemple, dans l'atteinte digestive, la décision d'une résection segmentaire ou bien d'un traitement plus conservateur (*shaving*) est dictée par la précision de l'imagerie quant au siège et à l'extension des lésions.

Le but de cette étude est d'évaluer la performance des examens d'imagerie en préopératoire : échographie endovaginale (EEV), écho-endoscopie rectale (EER) et IRM dans le bilan d'une endométriose profonde et ovarienne.

## 2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective d'une série de 25 patientes opérées pour une endométriose profonde prouvée histologiquement et qui ont bénéficié d'une imagerie préopératoire complète, à savoir présence documentée des trois examens complémentaires (EEV, EER, IRM) sur une période de sept ans (2003 à 2010).

### 2.1. Imagerie préopératoire

L'exploration par imagerie a été réalisée par des référents pour l'endométriose. Chaque examen sur une même patiente était pratiqué par des radiologues différents, avec une interprétation en temps réel. L'opérateur était informé de la clinique et de la symptomatologie de la patiente, mais ne connaissait pas le résultat des autres examens d'imagerie.

L'EEV était réalisée par voie sus-pubienne et endovaginale, avec Doppler couleur-pulsé et énergie, sans préparation digestive. La sonde était d'abord positionnée dans le cul-de-sac vaginal postérieur avec une analyse au retrait pour visualiser les lésions rétropéritonéales postérieures en coupe sagittale et transversale. La sonde était ensuite replacée dans le cul-de-sac vaginal antérieur pour l'analyse de la vessie et du cul-de-sac vésico-utérin.

L'EER était réalisée sans anesthésie, après préparation colique, par un appareil Olympus radial électronique. L'examen comprenait une écho-endoscopie endocolique, endorectale et endo-anale. La sonde était positionnée au niveau du côlon sigmoïde et l'étude se faisait au retrait de la sonde.

L'IRM pelvienne (IRM) était réalisée en séquence T1, T1 Fat-Sat et T2 coupes transversales, sagittales et frontales, d'abord sans puis

avec injection de gadolinium, sans opacification vaginale mais avec préparation digestive.

Chaque patiente a donc bénéficié des trois examens d'imagerie.

### 2.2. Traitement chirurgical

Il s'agissait d'une chirurgie par voie coelioscopique effectuée en présence de chirurgiens seniors expérimentés dans la chirurgie de l'endométriose.

Les Fig. 1 et 2 définissent les différents sites anatomiques d'endométriose profonde qui ont été analysés.

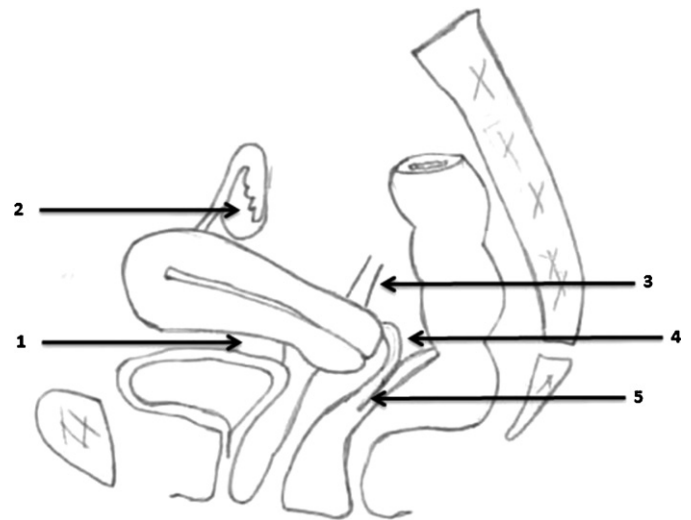


Fig. 1. Coupe sagittale : 1 : cul-de-sac vésico-utérin, 2 : ovaire, 3 : ligament utérosacré, 4 : cul-de-sac de Douglas, 5 : cloison rectovaginale.

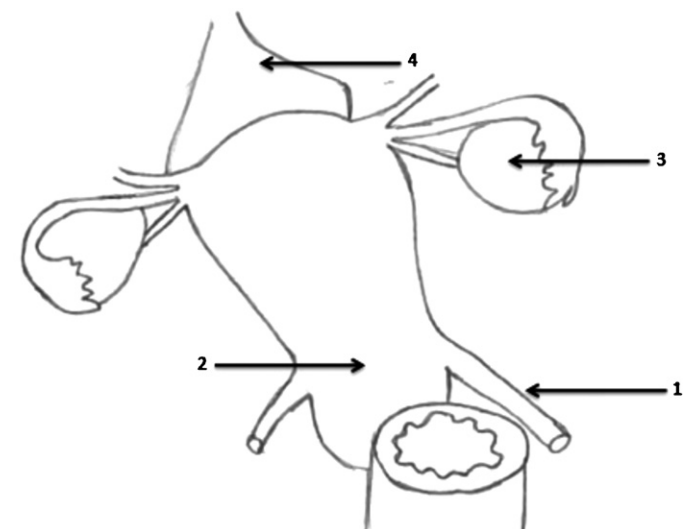


Fig. 2. Vue pelvienne supérieure : 1 : ligament utérosacré, 2 : torus uterinum, 3 : ovaire, 4 : vessie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948475>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948475>

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