



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Masses annexielles et grossesse : quelle imagerie et quels diagnostics ?



Adnexal masses and pregnancy: Which diagnosis and which imaging?

Samuel Haddad^{a,*}, Lise Selleret^c, Benjamin Fedida^a,
Mikhael Benjoar^a, Selma Beldjord^a,
Isabelle Thomassin-Naggara^a, Marc Bazot^a

^a Service de radiologie, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^b Réseau d'imagerie Sud francilien, clinique du Mousseau, 2, avenue du Mousseau, 91000 Évry, France

^c Service de gynécologie obstétrique, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

Reçu le 25 février 2017 ; reçu sous la forme révisée le 13 mars 2017 ; accepté le 20 mars 2017
Disponible sur Internet le 25 avril 2017

MOTS CLÉS

Grossesse ;
Masse annexielle ;
Échographie ;
IRM

Résumé La découverte d'une masse annexielle en cours de grossesse est une situation relativement fréquente. Dans la majorité des cas, ces lésions sont bénignes. L'échographie reste la modalité d'exploration à effectuer en première intention. En cas de lésion complexe, indéterminée ou de suspicion de lésion maligne, une IRM est indiquée. Certaines lésions ovariennes fonctionnelles spécifiques à la grossesse doivent être connues du radiologue car elles peuvent mimer une atteinte maligne.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pregnancy;
Adnexal masse;
Ultrasound;
MRI

Summary Adnexal masses are a frequent incidental finding during pregnancy. In most of cases, these lesions are benign. Ultrasound should be performed in first line. In case of complex, indeterminate lesions or suspicion of malignancy, pelvic MR imaging has been demonstrated to be the best second-line technique. Functional ovarian lesions specific to pregnancy must be known by the radiologist because they can mimic ovarian malignancy.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : samuel.haddad@aphp.fr (S. Haddad).

Introduction

La découverte de masse annexielle en cours de grossesse est devenue une situation fréquente depuis la pratique systématique de l'échographie du premier trimestre.

Cette situation est souvent source de problèmes diagnostiques pouvant mener à tort à des prises en charges chirurgicales. En effet, seules 1 à 8 % des masses annexielles opérées chez la femme enceinte correspondent à une tumeur maligne [1,2]. Ainsi, il est important de connaître la valeur diagnostique des différentes techniques d'imagerie dans ce contexte afin d'optimiser au mieux la caractérisation des masses découvertes pendant la grossesse.

Dans un premier temps, nous détaillerons les modalités d'explorations de ces masses. Dans un second temps, nous reviendrons sur les différentes étiologies rencontrées. Enfin, nous exposerons les grandes lignes de la prise en charge des cancers de l'ovaire pendant la grossesse.

Quelle imagerie ?

Échographie

L'échographie est l'examen de première intention pour la caractérisation d'une masse ovarienne en cours de grossesse. La voie endovaginale est préconisée au premier trimestre, tandis que la voie sus-pubienne est préférée au deuxième et troisième trimestres.

Au terme de l'échographie, en l'absence de critère suspect et/ou en cas de diagnostic évident, il n'y a pas lieu de réaliser d'examen supplémentaire. Par exemple, une formation liquidienne pure sans portion tissulaire de petite taille, un endométriose typique ou un kyste dermoïde typique en échographie peuvent justifier l'arrêt des explorations. Dans ce cas, une surveillance simple est souvent proposée. Le rythme de la surveillance dépendra de la lésion diagnostiquée.

En cas de suspicion de torsion, l'échographie doit également être réalisée en première intention pour rechercher soit une masse annexielle soit un ovaire augmenté de taille. En cas de lésion indéterminée ou de doute sur la torsion, une IRM sans injection de gadolinium peut être réalisée [3].

En cas de lésion complexe, l'échographie devient limitée pour la caractérisation de ces masses. En effet, les études s'intéressant à l'échographie seule, en utilisant les critères de l'International Ovarian Tumour Analysis (IOTA) montrent qu'un nombre important de patientes subissent des interventions chirurgicales pour des lésions bénignes, en particulier des endométrioses. Dans la série de Mascilini et al. regroupant des femmes enceintes opérées de tumeur kystique avec végétations diagnostiquées par échographie, 56 % des lésions étaient bénignes, 35 % *borderline* et 9 % malignes [4].

Il est donc important, en cas de masse complexe ou de critère suspect en échographie, de réaliser une IRM. Cela permet dans certains cas de relever le diagnostic et de surseoir à la chirurgie.

IRM

Jusqu'à récemment, les principaux auteurs préconisaient l'utilisation de l'IRM à partir du deuxième trimestre de la grossesse. Cependant, les dernières recommandations américaines et européennes ne différencient pas le premier trimestre des autres trimestres et autorisent la réalisation

d'une IRM quel que soit le moment de la grossesse, si le bénéfice pour la patiente est significatif [5].

Une large étude canadienne a évalué les effets à long terme de l'exposition aux champs magnétiques pendant le premier trimestre de la grossesse [6]. Sur 1 424 105 naissances, le taux d'IRM réalisé était de 3,97 pour 1000 naissances. Il n'a pas été constaté de différence significative entre les deux populations en ce qui concerne le taux de fœtus mort-nés ou de morts néonatales, ainsi que pour les anomalies congénitales, néoplasies, perte de la vision ou de l'audition. Les auteurs précisent que l'utilisation d'IRM avec un champ de 1,5 T doit être préférée au champ de 3T.

L'utilisation de chélates de gadolinium est controversée chez la femme enceinte. Une faible quantité de produit de contraste passerait la barrière placentaire et serait retrouvée dans le liquide amniotique [7]. La même étude canadienne s'est également intéressée aux patientes qui avaient eu une injection de gadolinium au cours du premier trimestre de la grossesse. Ils retrouvaient un taux plus élevé de décès à la naissance et en période néonatale, ainsi qu'un taux plus élevé de pathologie rhumatologique, inflammatoire ou cutané infiltrative chez les nouveaux-nés dont la mère avait eu une injection de gadolinium durant le premier trimestre [6]. Selon le Centre de référence sur les agents tératogènes de l'hôpital Trousseau (Crat), si le recours au gadolinium est nécessaire, son utilisation est envisageable quel que soit le terme de la grossesse. Il faut donc peser le bénéfice/risque de l'injection de produit de contraste au cas par cas et celle-ci ne doit être réalisée que si elle est essentielle au diagnostic [8].

L'analyse de l'IRM d'une masse ovarienne complexe en cours de grossesse répond aux mêmes règles que pour une masse ovarienne complexe en dehors de la grossesse :

- l'analyse du signal T1, T2 ;
- la recherche de portion tissulaire (végétation, cloison, masse tissulaire) ;
- la caractérisation de la portion tissulaire (signal T2, diffusion et perfusion).

La séquence de diffusion peut être réalisée durant la grossesse. Des valeurs de B1000 sont utilisées pour la caractérisation tissulaire. L'analyse des courbes de rehaussement est nécessaire en cas de portion tissulaire [9]. En fonction du terme de la grossesse, les ovaires sont fréquemment déplacés et peuvent être difficiles à localiser. Une séquence coronale T2 avec large champ de vue peut être utile à cette localisation des ovaires. Par ailleurs, compte tenu des artefacts de mouvements devenant de plus en plus importants que la grossesse est avancée, il est conseillé d'utiliser des séquences T1 et T2 rapides (séquences T2 SSFP ou T2 SSFSE, T1 avec écho de gradient), moins sensibles à ces artefacts de mouvements.

Le peu d'études qui se sont intéressées aux performances de l'IRM pour la caractérisation des masses ovariennes en cours de grossesse rapporte de très bonnes performances diagnostiques de l'IRM [10]. Certains auteurs rapportent un complément d'information de l'IRM dans 44 %, permettant la caractérisation de la lésion vue en échographie et une annulation de la chirurgie dans 17 % des cas [11,12].

Récemment, un score diagnostique « ADNEXMR score » pour l'étude des masses ovariennes a été publié [13]. Une étude préliminaire présentée au congrès américain de radiologie (RSNA) en 2016, a montré l'efficacité de ce score dans la caractérisation des masses annexielles pendant la grossesse,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5579048>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5579048>

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