



Imagerie de l'adénomyose

Imaging features of adenomyosis

M. Bazot (Praticien hospitalier)^{a,*}, J. Nassar-Slaba (Interne)^a,
J. Rouger (Attaché)^a, A. Cortez (Praticien hospitalier)^b,
E. Daraï (Professeur des Universités, praticien hospitalier)^c

^a Service de radiologie

^b Service d'anatomo-pathologie, Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

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

MOTS CLÉS

Adénomyose ;
Léiomyome ;
Échographie ;
Imagerie par
résonance magnétique

Résumé L'adénomyose est une pathologie gynécologique fréquente touchant surtout les femmes après 40 ans et responsable d'un tableau clinique peu spécifique. Le rôle de l'imagerie est de préciser le diagnostic, de définir l'extension de l'atteinte et d'éliminer d'autres pathologies associées. L'échographie, qui est l'examen de première intention, a une sensibilité et une spécificité variant respectivement entre 50 et 89 %, et entre 53 et 89 %, en fonction des pathologies associées. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne peut être proposée lorsqu'il existe un doute diagnostique du fait de ses bonnes sensibilité (de 78 à 89 %) et spécificité (de 67 à 93 %). Le principal diagnostic différentiel de l'adénomyose qui pose problème en pratique quotidienne est la pathologie léiomyomateuse. Certains signes échographiques et IRM sont à rechercher spécifiquement pour corriger le diagnostic, car la prise en charge thérapeutique de ces deux pathologies varie souvent, en particulier chez les patientes ayant un désir de grossesse.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Adenomyosis;
Leiomyoma;
Ultrasonography;
MRI

Abstract Adenomyosis is a frequent gynecological disorder that affects women above 40 years of age and is responsible for nonspecific symptoms. Imaging is required to establish the diagnosis, the extension of the disease and to rule out other associated diseases. Transvaginal ultrasound is the initial imaging modality. The reported sensibility and specificity vary between 50-89 % and 53-89 % respectively, depending on the coexistence of other disorders. Pelvic MRI can be proposed in case of doubtful diagnosis, with a high sensitivity (78-89 %) and specificity (67-93 %). The most important distinction must be made with leiomyoma. Specific ultrasound and MRI signs have to be sought to correct the diagnosis since therapeutic strategies differ, especially among patients who wish pregnancy.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marc.bazot@tnn.aphp.fr (M. Bazot).

Introduction

L'adénomyose est une pathologie gynécologique fréquente qui touche plus volontiers les femmes préménopausiques au-delà de 40 ans, le plus souvent multipares, avec un pic entre 35 et 50 ans. Deux tiers environ des patientes sont symptomatiques, présentant des douleurs pelviennes, une dysménorrhée et surtout des ménométrorragies observées dans 80 % des cas. Le taux de diagnostic préopératoire basé sur la clinique varie entre 2,6 et 26 %.¹ Ces signes sont donc peu spécifiques et sont également observés en cas de léiomyomes utérins. Le rôle de l'imagerie est de préciser le diagnostic, d'autant plus qu'une association lésionnelle de ces deux pathologies est fréquente. L'échographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permettent également d'apprécier le degré d'extension de l'adénomyose, d'établir la meilleure conduite à tenir thérapeutique et assurent un suivi évolutif de la pathologie chez les patientes sous traitement médical.

L'adénomyose, dont l'étiologie n'est pas encore bien établie, est caractérisée par la présence de muqueuse endométriale hétérotopique au sein du myomètre, entraînant habituellement une hypertrophie et une hyperplasie musculaires secondaires surajoutées. Le tamoxifène, qui est un antiœstrogène non stéroïdien utilisé dans le traitement du cancer du sein, augmente l'incidence de l'adénomyose chez les femmes ménopausiques.¹ La prévalence de cette affection sur les pièces d'hystérectomie est variable et difficile à préciser, pouvant aller de 7 à 77 %, ² fonction surtout du nombre de prélèvements effectués sur la pièce opératoire. Plus il est important, plus la fréquence du diagnostic est élevée.³

Le traitement de l'adénomyose dépend de l'âge, des symptômes de la patiente et d'un éventuel désir de grossesse. Le traitement définitif est l'hystérectomie mais, le plus souvent, un traitement médical est proposé initialement, comme le danazol ou les agonistes de la *gonadotrophin releasing hormone* (GnRH) qui ne sont pas toujours efficaces. Une résection endométriale peut être proposée lorsqu'il s'agit d'une adénomyose superficielle chez les patientes présentant une ménométrorragie. L'embolisation de l'artère utérine, qui est parfois proposée pour le traitement des léiomyomes, peut devenir également une alternative au traitement de l'adénomyose.¹

Rappel anatomopathologique

La connaissance des données histopathologiques concernant l'adénomyose est essentielle pour com-

prendre celles de l'imagerie. Pour l'anatomopathologiste, c'est la présence de multiples glandes hétérotopiques au sein du myomètre qui permet d'affirmer le diagnostic d'adénomyose. En raison de l'irrégularité physiologique de l'interface qui existe entre l'endomètre et le myomètre, on note la présence normale d'invaginations de la muqueuse au sein du myomètre. Malgré l'absence de consensus définitif, la plupart des anatomopathologistes, à ce jour, considèrent que l'extension en profondeur de ces glandes ne doit pas excéder 2,5 mm par rapport à la basale endométriale.⁴ Au-delà de ce seuil, le diagnostic d'adénomyose est porté. Une hypertrophie musculaire est conjointement associée chez les patientes non ménopausées et doit, pour certains auteurs, être présente pour retenir le diagnostic d'adénomyose. Le nombre de foyers retrouvés par champ de microscope est variable, de rares à multiples, de siège superficiel ou profond, épars ou disséminés. À l'examen macroscopique, l'utérus est ferme, augmenté de taille, souvent globuleux avec des parois plus ou moins asymétriques, renfermant de petites cavités intramyométriales parfois hémorragiques à la coupe (Fig. 1). Il faut distinguer, à ce titre, la pathologie focale et diffuse. L'adénomyose focale correspond à quelques foyers retrouvés sur une seule localisation myométriale. Elle est dénommée adénomyome si elle prend une forme nodulaire à limites discrètement imprécises. L'examen macroscopique sur la pièce opératoire est le plus souvent indiscernable d'un authentique léiomyome. L'adénomyose est dite diffuse quand existent de nombreux foyers disséminés dans de multiples sites myométriaux ou étendus de la superficie à la profondeur du myomètre. Lorsqu'il s'agit d'une forme où les îlots glandulaires sont particulièrement épars et diffus, un

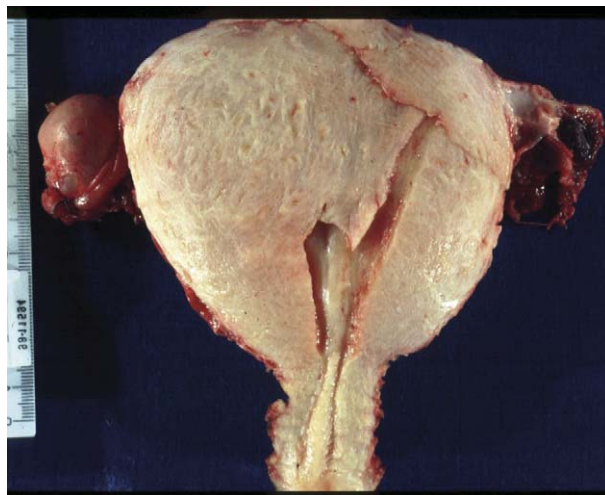


Figure 1 Examen macroscopique d'un utérus globuleux adénomyomateux présentant des parois asymétriques et des cavités intramyométriales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9319301>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9319301>

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