

# IMAGERIE DUROC

## Parcours dédié - Bilan d'endométriose

L'endométriose est une **maladie chronique inflammatoire** qui se développe chez la femme en période d'activité génitale, définie par la présence de stroma ou glandes endométriales en dehors de l'utérus liée à un reflux tubaire lors des menstruations. Cette pathologie qui toucherait 1 à 2 femmes sur 10, bien que bénigne, peut avoir le même comportement qu'un processus tumoral et coloniser les organes pelviens de proximité.

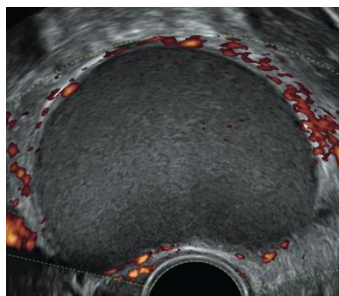
Elle revêt des formes **variées** et peut être la source d'une **détérioration importante** de la qualité de vie des femmes avec des douleurs pelviennes chroniques invalidantes et d'infertilité.

On retrouve fréquemment dans l'historique des patientes une errance diagnostique avec un grand nombre de cas diagnostiqués tardivement, ou non diagnostiqués, alors que le traitement des phases débutantes est **simple** et **efficace**. Un des enjeux importants actuels réside donc dans le dépistage et la détection précoce de cette maladie. A noter que 30 à 50% des patientes souffrant d'endométriose sont infertiles, et 20% des patientes infertiles ont une endométriose.

Son dépistage intègre un **interrogatoire** et un **examen gynécologique** précis, puis une **échographie pelvienne** en cas de suspicion. L'**IRM pelvienne** est un examen de 2<sup>e</sup> intention, susceptible d'apporter des informations à la fois différentes et complémentaires. Ces deux examens restent à discuter en fonction du type d'endométriose suspecté ainsi que de la stratégie thérapeutique envisagée.

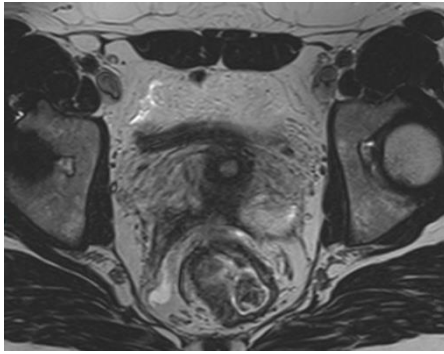
Les **atteintes** endométriosiques sont classiquement divisées en imagerie en **trois catégories** :

1. **Les atteintes annexielles** comprenant les endométriomes ovariens et hématosalpinx, aisément détectés en imagerie ;

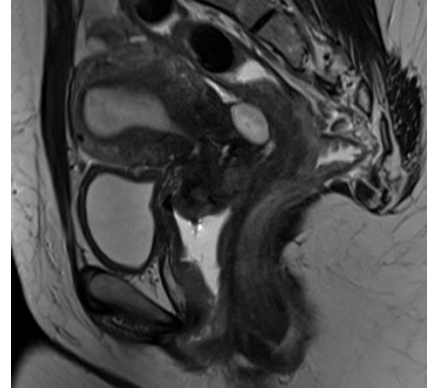


*Echographie : kyste endométriosique typique, avec fin piquetée anéchogène et avasculaire*

2. **Les atteintes sous-péritonéales profondes**, également très bien visualisées en imagerie ;
  - *Compartiment postérieur* (torus uterinum, ligaments utéro-sacrés proximaux, cul-de-sac vaginal postérieur, charnière colo-rectale)

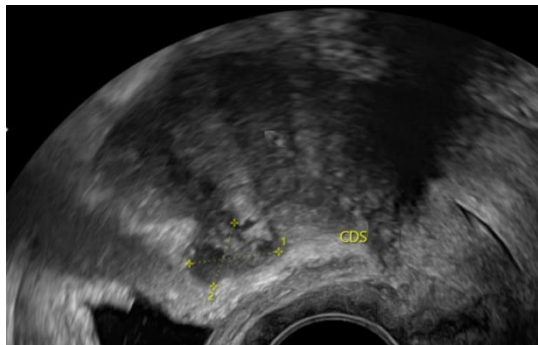


*IRM, Axial T2 :  
atteinte des  
deux ligaments  
utéro-sacrés  
prédominant à  
droite*



*IRM, Sagittal T2 :  
atteinte  
digestive et du  
cul-de-sac  
vaginal  
postérieur*

- *Compartiment antérieur* (vessie, cul-de-sac vésico-utérin)



*Echographie : Nodule  
endométriosique du cul-de-sac  
vésico-utérin*

- *Compartiment latéral* (ligaments utéro-sacrés distaux, lames et parois pelviennes)

3. **Les atteintes superficielles** : péritonéales, ovariennes et utérines, largement sous-estimées en imagerie.

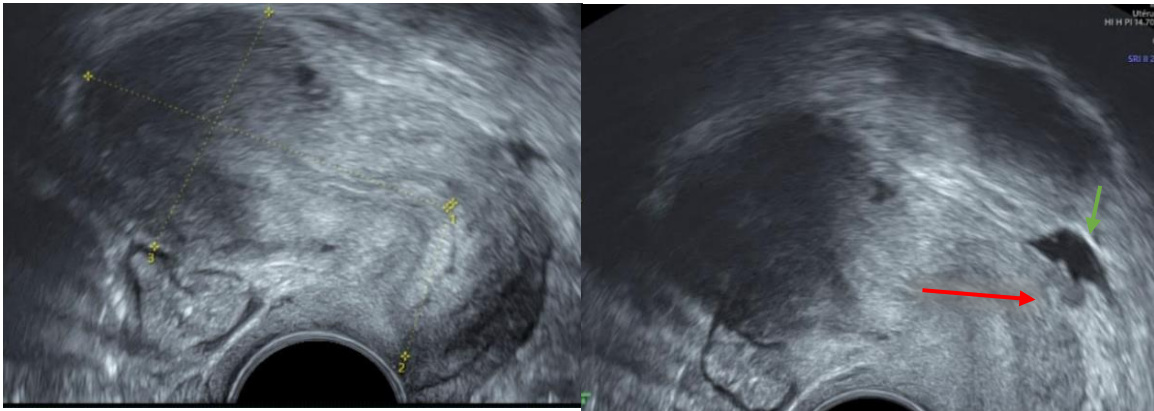
Si l'imagerie reste pour le moment l'examen de référence pour le dépistage et semble indispensable pour le bilan d'extension de l'endométriose, d'autres voies prometteuses en cours d'évaluation ont été annoncées (**test salivaire** destiné à dépister toutes les formes d'endométriose, y compris les plus précoces).

## CAS CLINIQUES ENDOMETRIOSE

### Cas clinique 1 :

Patiente de 28 ans G0P0, consultant pour bilan de dysménorrhées chroniques, avec inefficacité récente des anti-inflammatoires. Pas de dyspareunies, dyschésie ou dysurie. Examen gynécologique sans particularité.

### Echographie pelvienne :



*Utérus antéfléchi, avec un petit nodule endométriosique du torus uterinum (flèche rouge) soulignant une lame d'épanchement suspendue (flèche verte). Pas d'autre atteinte.*

Patiente mise sous contraception oestro-progestative en continu soulageant les algies pelviennes. Pas de chirurgie nécessaire.

### Cas clinique 2 :

Patiente de 32 ans G0P0, consultant pour infertilité primaire.  
Se plaint de dysménorrhées et dyspareunies profondes majeures. Pas de troubles du transit.  
Adressée pour une IRM de première intention.

### IRM Pelvienne :

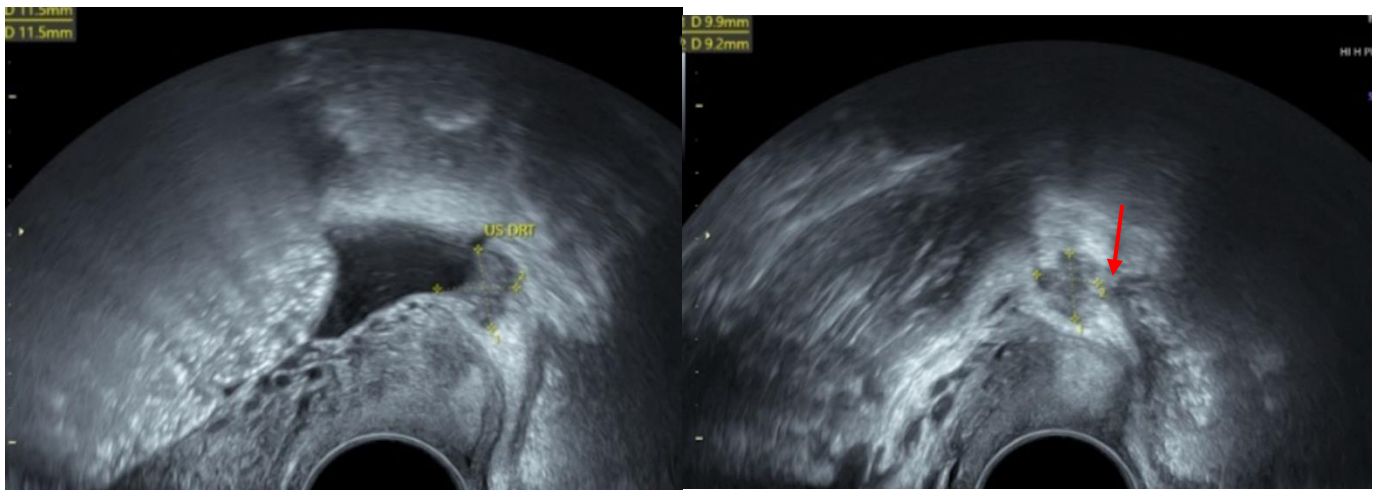


*Sagittal T2 : foyer endométriosique oblitérant le cul-de-sac de Douglas, développé sur la portion moyenne du ligament utéro-sacré droit (flèche verte)*



*Axial T2 : Adhérence avec contact très étroit avec la charnière recto-sigmoïdienne (flèche rouge), douteuse d'atteinte transfixiante de la paroi digestive*

*Echographie pelvienne endo-vaginale ciblée, réalisée au décours de l'IRM :*



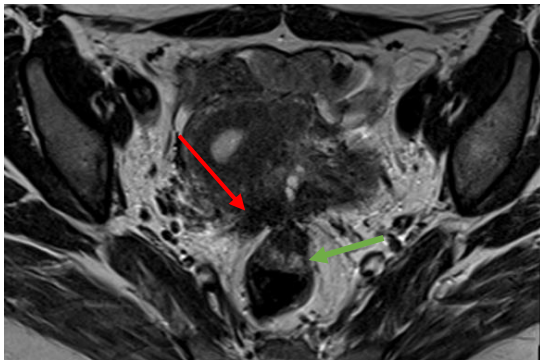
*Confirmation d'un nodule endométriosique du ligament utéro-sacré droit, présentant un contact étroit avec la charnière colo-rectale (flèche rouge) mais avec une musculature digestive restant fine et régulière.*

Une chirurgie sera prévue en raison de l'infertilité et de la forte demande de la patiente, associant une exérèse du nodule du ligament utéro-sacré droit, une libération des adhérences et un simple « shaving » sur la charnière recto-sigmoïdienne. La précision de l'absence d'atteinte transfixiante de la paroi digestive est importante car il n'y aura pas de résection digestive, donc pas de nécessité de convoquer au bloc opératoire l'équipe de chirurgie digestive spécialisée.

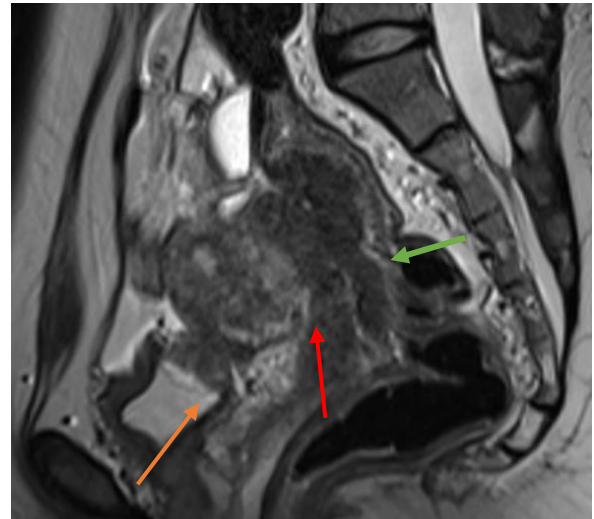
**Cas clinique 3 :**

Patiente de 33 ans G0P0 adressée pour bilan d'infertilité primaire et dysménorrhées chroniques. Suspicion d'endométriose sur une échographie réalisée à l'extérieur.

IRM pelvienne :

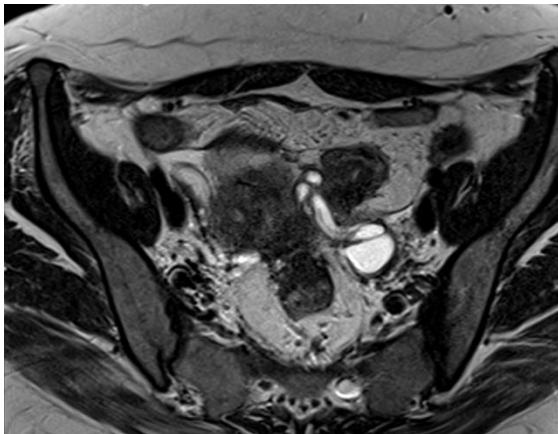


*Axiales T2 : Volumineuse atteinte du torus uterinum et des ligaments utéro-sacrés (flèche rouge), atteinte digestive de contiguïté (flèche verte)*



*Sagittales T2: Atteinte digestive très étendue (flèche verte) en continuité avec une adénomyose utérine externe (flèche rouge) réalisant une symphyse complète du Douglas.*

*Atteinte transfixiante de la paroi vésicale, en continuité avec l'utérus (flèche orange)*



*Axiales T2 : hydrosalpinx gauche*

En raison de l'atteinte endométriosique étendue, une double RCP endométriose et PMA est faite : proposition de passage en PMA après une chirurgie première pour prise en charge de l'hydrosalpinx (salpingectomie ou fenestration) et des endométriomes.

En cas d'échec de la PMA, une chirurgie complète (vésicale et digestive) pourra être envisagée.