

## Adénomyose et Imagerie Médicale.

Par F. BOUSCLET, A. YAHYA-BEY, M. A. HABOUCHE

### Présentation du cas

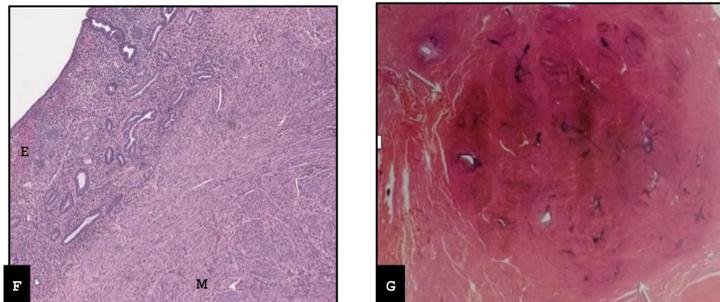
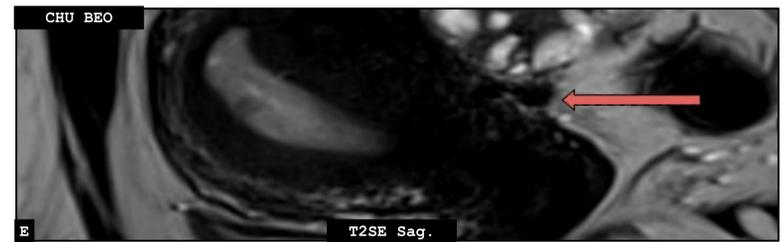
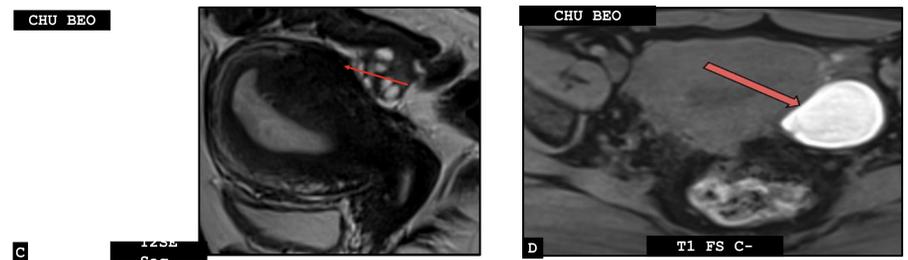
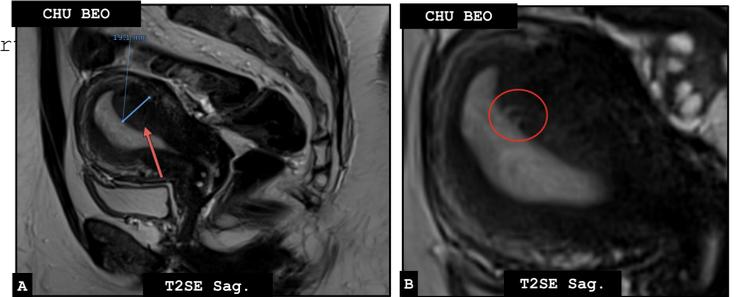
Patiente âgée de 42 ans, célibataire, non ménopausée, consultant pour des douleurs pelviennes chroniques.

Echographie pelvienne à titre externe : kyste ovarien gauche évoquant un endométriome.

Une IRM pelvienne a été réalisée chez nous selon le protocole suivant :

- Séquences T2SE dans les trois plans.
- Séquence T2SE axiale en coupes fines perpendiculaire sur le col de l'utérus.
- Séquence de Diffusion axiale.
- Séquence T1EG multi-contraste axiale.
- L'injection de PC est optionnelle.

- A** Epaissement de la zone jonctionnelle mesuré à 19 mm (flèche).
- B** Invagination endométriale en hypersignal T2 linéaire pénétrant dans le myomètre interne (cercle) = adénomyose interne profonde diffuse.
- C** Hyposignal T2 du myomètre externe corporel postérieur comparativement à la région corporeo-fundique antérieure (cercle) = adénomyose externe.
- D** Formation kystique ovarienne gauche en hypersignal T1 FS spontané = endométriome.
- E** Nodule stellaire rétractile en hyposignal T2 siégeant au niveau du torus uterinum.



**F** : Une invagination endométriale de < 2 mm, au sein du myomètre, est considérée comme non pathologique, car l'endomètre ne présente ni membrane basale ni de sous-muqueuse.

**G** : Organisation d'un foyer adényosique sous forme nodulaire fait d'une hyperplasie musculaire lisse et d'une dilatation kystique endométriale limité par une pseudo-capsule (petites flèches blanches).

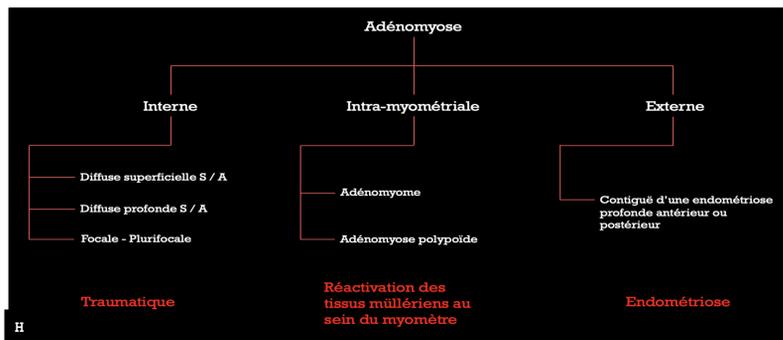
### Discussion

L'**adénomyose** est la présence de tissu endométrial en situation ectopique : au niveau du myomètre. L'association endométriose et adénomyose est fréquente mais pas obligatoire.

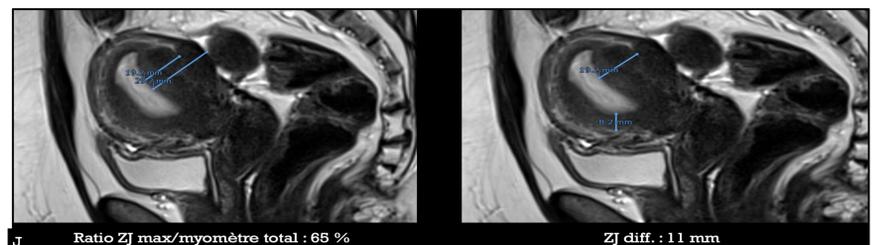
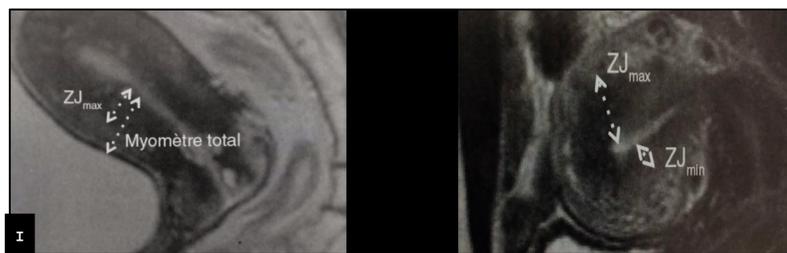
Sur le plan histologique (**F** et **G**), le dg. de l'adénomyose est posé devant l'association d'une composante glandulaire (adéno.) : critère majeur et d'une composante musculaire lisse (myosis) : critère mineur.

Classification et **physiopathogénie** de l'adénomyose (**H**).

Critères IRM objectifs pour poser le dg. de l'adénomyose (**I** et **J**) :



- Epaissement de la ZJ de plus de 12mm sur deux plans orthogonaux, sensibilité 93%, spécificité 91%  
Sagittal et axiale perpendiculaire au corps utérin
- Le ratio ZJ max/myomètre total: supérieur ou égale à 40%  
Sensibilité 65%  
Spécificité 93%
- La différence de mesure (ZJ diff) entre la ZJ la plus épaisse (ZJ max) et la plus fine (ZJ min): supérieur à 7mm  
Sensibilité 70%  
Spécificité 85%
- Présence de sports hyper-intense intra-myométrial en pondération T2 ou plus rarement T1  
Sensibilité 48%  
Spécificité 99%



### Conclusion

L'IRM pelvienne est indispensable pour poser le diagnostic de l'adénomyose. Elle est plus sensible dans la détection de la composante fibreuse et musculaire et que la composante kystique de cette pathologie.

L'IRM pelvienne est indispensable pour poser le diagnostic de l'adénomyose. Elle est plus sensible dans la détection de la composante fibreuse et musculaire et que la composante kystique de cette pathologie.