

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. HÉDON*

Deuxième partie
**Imagerie /
gynécologie médicale**



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

Image pelvienne de découverte fortuite

N. PERROT
(Paris)

I. LE POINT DE VUE DE L'IMAGEUR

L'échographie est quasi systématiquement l'examen de première intention demandé et réalisé après l'interrogatoire et l'examen clinique, dans les cas suivants :

- douleur abdomino-pelvienne ou pelvienne,
- pesanteurs pelviennes,
- dysménorrhée,
- métrorragies, ménorragies,
- cycles irréguliers,
- désir de grossesse, infertilité,
- contrôle d'un DIU.

On voit ici que l'on embrasse une importante partie de la pathologie pelvienne.

Centre d'imagerie médicale Pyramides - 13 avenue de l'Opéra - 75001 Paris

Correspondance : vitenson@orange.fr

Pour cette étude (image pelvienne de découverte fortuite), nous allons prendre en compte les pathologies qui par définition n'avaient pas été suspectées par l'interrogatoire et l'examen clinique.

Nous allons scinder cette étude en trois parties :

- la pathologie utérine de découverte fortuite ;
- la pathologie annexielle de découverte fortuite ;
- les images pelviennes non gynécologiques de découverte fortuite.

II. CONDUITE PRATIQUE DE L'EXAMEN

L'examen échographique aujourd'hui est bien standardisé. On commence généralement par un examen par voie sus-pubienne vessie vide ou en semi-réplétion. Cette étude rapide a pour but de mettre en évidence une pathologie volumineuse, à développement abdomino-pelvien, qui pourrait ne pas être vue par un examen par voie endo-vaginale seule. Il s'agit essentiellement d'un volumineux utérus polyyomateux, d'un volumineux myome sous-séreux fundique, ou d'un kyste de l'ovaire, volumineux à développement abdominal.

L'échographie vaginale, vessie vide, est incontournable pour une imagerie plus précise, et pour diagnostiquer de petites lésions. En effet, seule l'échographie vaginale est apte à diagnostiquer de petits polypes muqueux intracavitaires, à apprécier la localisation des myomes en bilan préopératoire, à diagnostiquer l'endométriiose sous-péritonéale postérieure, à diagnostiquer une salpingite ou un hydrosalpinx, à analyser la paroi d'un kyste liquidien en particulier pour infirmer ou affirmer l'existence de petites végétations intrakystiques.

Un point important est à noter, l'échographie vaginale combinée avec le palper abdominal essayera d'évaluer la mobilité ou la fixité d'un kyste, d'une anse digestive, de l'utérus, ou de mettre en évidence le pédicule d'un myome sous-séreux pédiculé.

Dans la grande majorité des cas, l'échographie vaginale sera complétée par une étude en Doppler énergie, en particulier pour mettre en évidence le pédicule vasculaire d'un polype, affirmer le caractère solide, tumoral ou non d'une structure intrakystique de l'ovaire.

Ce n'est qu'après la localisation d'un examen échographique complet bien conduit, le plus exhaustif possible, que l'on décidera d'arrêter les explorations d'imagerie ou au contraire de compléter le

bilan par d'autres examens ; dans la grande majorité des cas, il s'agira d'une imagerie par résonance magnétique (IRM).

III. QUELLES SONT LES IMAGES FORTUITES FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES ? COMMENT RÉDIGER LE CR ? QUELLE INFORMATION À LA PATIENTE APRÈS L'EXAMEN ?

III.1. Images fortuites fréquemment rencontrées au niveau utérin

III.1.a. Au niveau de l'endomètre et de la cavité

III.1.a.i. Un polype muqueux intracavitaire

Classiquement à l'origine de métrorragies ou de ménorragies, les polypes muqueux peuvent être totalement asymptomatiques. Dans la grande majorité des cas ils sont de type hyperéchogène homogène, seuls quelques rares polypes muqueux sont de type glandulokystique. Leurs caractères hyperéchogènes les rendent beaucoup mieux visibles en première partie de cycle sur un endomètre de type prolifératif hypoéchogène qu'en deuxième partie de cycle au sein d'un endomètre sécrétoire hyperéchogène. On s'aidera, pour confirmer le diagnostic échographique, par le Doppler énergie, mettant en évidence le pédicule vasculaire du polype.

Deux cas de figure sont à envisager :

- le diagnostic de polype est évident. Le compte rendu (CR) sera descriptif. On informe la patiente de la présence d'une pathologie généralement bénigne. La décision de son ablation sera à prendre en compte avec son gynécologue ;
- le diagnostic de polype est suspecté mais non certain, il s'agit généralement de polypes de petite taille présentant un pédicule vasculaire minime voire non visible. Se pose alors le diagnostic de certitude ; celui-ci peut être fait soit par une sonohystérogaphie, soit par une hystéroscopie. Ceci sera mentionné dans le compte rendu ; la différence entre les deux examens est expliquée à la patiente. La décision finale pour l'abstention ou pour la réalisation de l'un ou l'autre des deux examens complémentaires est prise par le gynécologue.

III.1.a.ii. Une lame liquidienne intracavitaire

Dans un utérus postménopausique avec atrophie de l'endomètre, ceci est très fréquemment rencontré en particulier chez les patientes âgées. Il s'agit d'un phénomène physiologique correspondant probablement à des sécrétions piégées dans un utérus involué avec atrophie cervico-isthmique. Cet aspect est mentionné dans le compte rendu, il est associé avec un endomètre atrophique ; on précise l'absence de polype ou de processus intracavitaire. On explique à la patiente le caractère banal de cette image ne nécessitant aucune surveillance particulière.

III.1.a.iii. Un DIU basculé

Parfois lors d'une échographie de « surveillance », chez une patiente porteuse d'un DIU, on peut mettre en évidence une modification du positionnement de celui-ci, pouvant être soit descendu au niveau du défilé isthmique, soit basculé en travers dans la cavité utérine. La modification de position du DIU est annoncée à la patiente et mentionnée dans le compte rendu.

III.1.b. Au niveau du myomètre

Il s'agit essentiellement de myome et d'adénomyose et de malformations utérines.

III.1.b.i. Les myomes

Les signes d'appel des myomes sont les ménorragies pour les myomes sous-muqueux et la palpation d'une masse juxta-utérine à l'examen clinique pour les myomes sous-séreux. Les myomes de découverte fortuite sont donc représentés essentiellement par les myomes intra-muraux. La découverte d'un ou de plusieurs myomes en échographie nécessite une description précise, véritable cartographie des myomes de l'utérus. Cette description doit prendre en compte l'emplacement du myome : isthmique, corporel, fundique. Sa position par rapport à la muqueuse et la séreuse doit être notée. Chaque myome doit être classifié de 0 (myome intracavitaire) à 7 (myome sous-séreux pédiculé).

Le compte rendu doit comprendre une cartographie complète de chaque lésion avec son emplacement et son type. Pour les myomes sous-muqueux, il est impératif de noter la quantité de myomètre sain en périphérie dans l'éventualité d'une myomectomie par hystérocopie opératoire ; on notera aussi bien sûr si des myomes sont contigus, en particulier un myome sous-muqueux en contiguïté avec un myome sous-séreux.

Quelle information donner à la patiente ? Nous sommes ici dans le cadre de la découverte fortuite d'un ou plusieurs myomes sur un utérus de dimension dans les limites de la normale à l'examen clinique. On insistera donc sur le caractère bénin de la pathologie. La décision opératoire sera bien sûr à prendre avec le clinicien.

III.1.b.ii. L'adénomyose

Son signe d'appel est essentiellement à type de ménorragies de pesanteurs pelviennes. On la rencontre le plus souvent vers l'âge de 40 ans. Très souvent elle n'est pas symptomatique, c'est la raison pour laquelle une adénomyose, en particulier proximale, est très souvent de découverte fortuite. Sa présence sera mentionnée dans le compte rendu. On explique à la patiente qu'il s'agit d'une pathologie bénigne.

III.1.b.iii. Les malformations utérines

Elles sont le plus souvent de découverte fortuite ; l'échographie 2D et surtout l'échographie 3D mettront en évidence un utérus unicorne, bicorne ou cloisonné, parfois une simple cavité à fond arqué ; la malformation utérine fera l'objet d'une description dans le compte rendu échographique, voire même d'un schéma ; l'annonce à la patiente de la pathologie sera centrée sur le caractère bénin de la découverte ; l'éventualité d'une éventuelle intervention (résection de cloison par hystéroscopie opératoire) est du ressort du clinicien.

III.2. Image fortuite fréquemment découverte au niveau des annexes

III.2.a. Images d'origines tubaires

III.2.a.i. L'hydrosalpinx

C'est une image fréquemment rencontrée de façon fortuite, en effet un hydrosalpinx n'entraîne généralement pas de signes fonctionnels et son diagnostic à l'examen clinique est très difficile. À l'échographie on retrouve une image tubulée plus ou moins repliée sur elle-même, présentant classiquement une plicature entre la dilatation de la portion isthmique et la dilatation beaucoup plus importante de la portion ampullaire. Le diagnostic est souvent facile, montrant que les images liquidiennes communiquent entre elles, il ne s'agit donc pas d'une image de type polykystique mais d'une image tubulée liquidienne. La lumière de cette image liquidienne présente de petites indentations internes

correspondant aux franges de la trompe plus ou moins atrophiées selon l'antériorité de l'hydrosalpinx.

Parfois la lumière de la trompe peut être totalement lisse. La présence d'un hydrosalpinx sera bien sûr notée dans le compte rendu de l'examen échographique.

Quelle information donner à la patiente ? Il faut insister sur le caractère bénin de l'affection, la décision d'une procédure complémentaire (salpingectomie, pose de clips, mise en place d'un dispositif Essure®), en particulier dans un contexte d'infertilité, est évidemment du domaine du gynécologue.

III.2.a.ii. Le kyste paratubaire

C'est une image très fréquemment rencontrée en échographie toujours de découverte fortuite. Il s'agit d'un petit kyste généralement de 10 à 20 mm de diamètre, parfois plus (certains peuvent faire jusqu'à 50-60 mm de diamètre).

Ce kyste est plus ou moins proche de l'ovaire ; il est séparable de lui avec la pression de la sonde vaginale et surtout la pression par le palper abdominal. C'est une structure liquidienne pure à paroi fine.

On la mentionnera dans le compte rendu.

On insistera auprès de la patiente sur le caractère totalement bénin de cette image.

III.2.b. Images d'origines ovariennes

III.2.b.i. Les kystes fonctionnels

Qu'il s'agisse des kystes liquidiens purs de type kyste folliculaire ou présentant un contenu fibreux ou hémorragique plus ou moins cailloté et correspondant au kyste lutéo-hémorragique, ces images sont extrêmement fréquentes en pratique quotidienne. Il faudra les analyser précisément, le kyste liquidien pur doit être liquidien pur sans aucune anomalie de paroi, en particulier sans aucune végétation ; le kyste lutéal hémorragique doit présenter un contenu, bien qu'hétérogène, totalement vasculaire (caillots et cloisons de fibrine). Le contenu du kyste lutéal hémorragique est totalement avasculaire en Doppler énergie. Ces images seront replacées dans leur contexte en particulier en fonction de la phase du cycle ; on expliquera à la patiente qu'il s'agit de pathologie non pas bénigne, mais fonctionnelle. Leur présence sera mentionnée dans le compte rendu. On proposera un contrôle à 2-3 mois pour vérifier leur disparition spontanée ou sous traitement.

III.2.b.ii. Les kystes organiques

Un kyste organique de découverte fortuite doit par définition n'entraîner aucun signe clinique et être de petite taille pour passer inaperçu à l'examen clinique, en particulier au toucher vaginal. On sait que l'examen clinique est plus ou moins facile en fonction d'une éventuelle surcharge pondérale de la patiente.

Les kystes de découverte fortuite sont le plus souvent : des kystes dermoïdes de taille modérée (< 30-40 mm), des endométriomes de petite taille fixés ou parfois beaucoup plus rarement des tumeurs ovariennes de petite taille (tumeur de la granulosa, Sertoli-Leydig, cystadénomes séreux borderline).

III.2.b.iii. Les kystes dermoïdes de petite taille

Ils se manifestent le plus souvent par un nodule arrondi très hyperéchogène non vascularisé en Doppler énergie. À l'extrême, il peut s'agir d'une petite inclusion dermoïde centimétrique hyperéchogène, à l'emporte-pièce, intra-ovarienne avasculaire. Cette image sera décrite dans le compte rendu échographique. L'information donnée à la patiente sera centrée sur le caractère bénin de la lésion, si la lésion est totalement avasculaire et de petite taille, inférieure à 40 mm, l'IRM n'est pas nécessaire. Une éventuelle décision opératoire sera prise avec le clinicien.

III.2.b.iv. L'endométriome

Il est souvent de diagnostic facile sous la forme d'un kyste hypoéchogène très finement échogène très homogène ; lorsqu'il est isolé, un endométriome de petite taille (< 40 mm) peut être de découverte fortuite. Il en est de même parfois d'une lésion endométriosique sous-péritonéale postérieure ou antérieure n'entraînant pas de signe clinique et non palpable au toucher pelvien. Une cartographie complète de l'endométriose sera effectuée à la recherche de lésion associée : torus, rectum, sigmoïde, ovaires, l'espace intervésico-utérin et paroi vésicale. On recherchera une éventuelle adénomyose extrinsèque associée aux lésions, en particulier du torus et de l'espace intervésico-utérin. Le détail des lésions découvertes sera indiqué dans le compte rendu, on y adjoindra éventuellement un schéma ; un examen IRM complémentaire pourra être demandé. L'information donnée à la patiente par l'échographe sera essentiellement centrée sur le caractère bénin des lésions ; une information plus complète, en particulier dans le cadre d'une infertilité sera donnée par le clinicien.

III.3. Découverte fortuite de lésions pelviennes non gynécologiques

Il s'agit de situations rares, mais qui doivent être connues.

La liste suivante n'est pas exhaustive, mais face à une image pelvienne de diagnostic non spécifique, il faudra éventuellement penser à la possibilité d'une pathologie digestive type polypes ou tumeur du rectum ou du sigmoïde, GIST, une tumeur rétropéritonéale type neurinome ou Schwannome, une adénomégalie, ou un kyste de Tarloff. Toutes ces pathologies demanderont un examen IRM complémentaire. Le diagnostic échographique sera donc assorti de précaution verbale compte tenu du degré d'incertitude.