

## PRÉALABLE

Le cancer de l'endomètre est le 4<sup>ème</sup> cancer de la femme, avec 7275 nouveaux cas en 2012.

Il survient principalement chez les femmes ménopausées, avec une moyenne d'âge de 68 ans lors du diagnostic. Il est le plus souvent évoqué devant la présence de métrorragies post-ménopausiques. Le diagnostic est histologique, il peut être fait par biopsie de l'endomètre, ou par l'analyse anatomopathologique lors d'une endométréctomie par exemple.

Dans plus de 90 % des cas, il s'agit de tumeurs épithéliales, qui sont classées en 2 types histologiques :

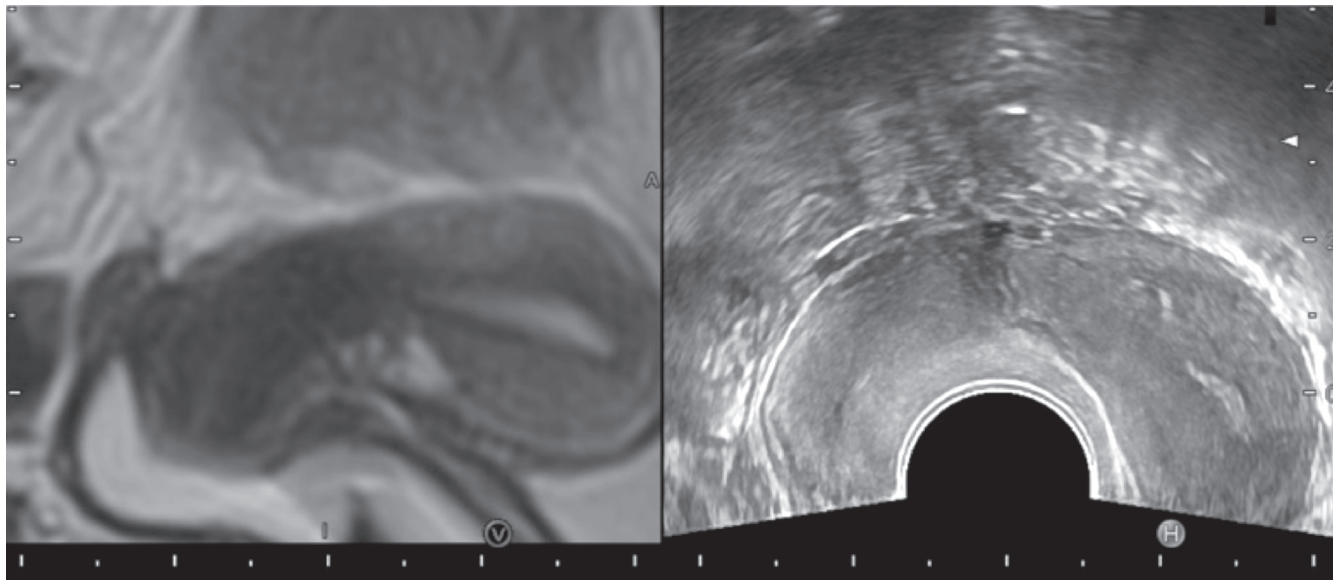
- le type 1 comprend les tumeurs endométrioïdes,
- et le type 2 regroupe les carcinomes à cellules claires, les carcinomes papillaires séreux, et les carcinosarcomes.

La prise en charge des cancers de l'endomètre est régie par la classification de la Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique (FIGO) publiée en mai 2009 (*Voir Annexe 1 en fin de chapitre*). Le traitement de référence du cancer de l'endomètre est la chirurgie, qui est à discuter selon le stade et l'état clinique de la patiente. Il en est de même pour les traitements adjuvants, tels que la radiothérapie, la curiethérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie. L'indication de gestes complémentaires, comme la lymphadénectomie, se pose selon le stade, du type histologique et du grade de la tumeur.

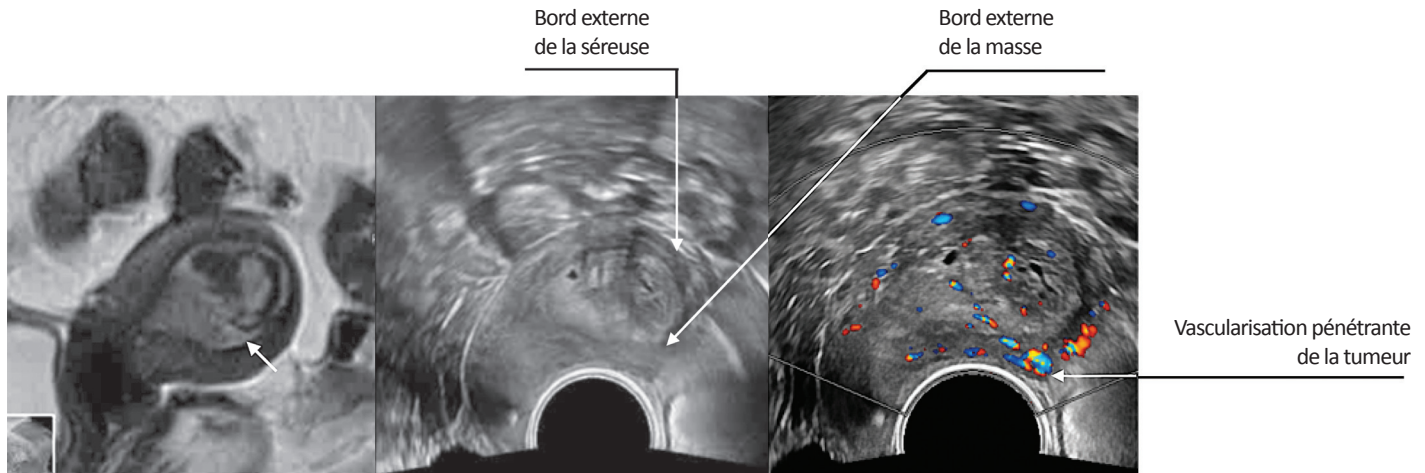
Il est donc primordial de bien déterminer les caractéristiques de la tumeur pour une prise en charge optimale.

### EN ÉCHOGRAPHIE

Le diagnostic de cancer de l'endomètre peut être suspecté devant un épaissement endométrial sans qu'il n'y ait à ce jour de consensus sur la valeur seuil ou la présence d'une masse endométriale, hétérogène. La caractéristique principale est la perte de l'écho médian hyperéchogène. De plus, on remarque une hypervascularisation au Doppler couleur, que l'on peut coter grâce à la classification IETA (*Voir annexe 3 en fin de chapitre*). L'invasion du myomètre adjacent est aussi une donnée importante à décrire lors de l'échographie, qui est classée ensuite en une invasion de plus ou de moins de 50 % du myomètre. On peut parfois visualiser un halo hypoéchogène autour de la tumeur.



**Fig 1 : Utérus normal, coupe sagittale** : à gauche la coupe d'IRM, à droite la coupe d'échographie



**Fig 2** : Echographie de fusion : masse endo-utérine, hétérogène, avec halo hypoéchogène péri-tumoral. Vascularisation de la masse en doppler couleur.

## EN IRM

En séquence T2, un hypersignal est classique dans le cancer de l'endomètre. Parfois le contenu utérin, également en hypersignal, est difficile à différencier par rapport à la masse utérine. La tumeur est souvent hétérogène. La zone de jonction entre le myomètre et l'endomètre est en hyposignal, et celui-ci disparaît lors de l'invasion myométriale par la tumeur. Le réhaussement sous endométrial après injection de Gadolinium est aussi un signe de malignité de la tumeur. L'invasion myométriale est mieux étudiée sur la séquence diffusion en IRM qui montre une restriction du signal de la tumeur sous forme d'hypersignal B1000 en rapport avec la densité cellulaire tumorale associée à une diminution des valeurs de l'ADC.

Ceci permet d'établir l'extension vers l'isthme et le col. Elle permet également d'analyser les aires ganglionnaires lombo-aortiques.

L'infiltration myométriale déterminée par l'IRM est parfois discordante avec les résultats anatomopathologiques de la pièce opératoire. Malgré cela, elle contribue à poser l'indication de lymphadénectomie.

## EN ÉCHOGRAPHIE DE FUSION

Le diagnostic positif d'une tumeur endométriale est une perte de l'écho médian hyperéchogène par un épaississement de l'endomètre ou une masse le plus souvent hyperéchogène et hétérogène. De plus, le doppler permet de décrire une hypervascularisation pénétrant dans le myomètre.