

# L'ADENOMYOSE

# PLAN

## I) GENERALITES

- 1-définition
- 2-terrain, prévalence
- 3-facteurs de risque

## II) PHYSIOPATHOLOGIE

## III) DIAGNOSTIC

- 1-clinique
- 2-paraclinique

## IV) TRAITEMENT

- 1-médical
- 2-chirurgical

# I) GENERALITES

## 1- DEFINITION :

Présence de tissu endométriosique au sein du myomètre, avec hyperplasie et hypertrophie musculaire secondaire réactionnelle le plus souvent.

## 2- TERRAIN, PREVALENCE :

Femme de 35-50 ans (période préménopausique)

Pathologie très fréquente (20% des femmes en périménopause, tous symptômes confondus) → 10 à 40% d'atteintes retrouvées sur les pièces d'hystérectomie, quelque soit l'indication

## 3- FACTEURS DE RISQUE :

\*multiparité

\*traumatismes utérins

\*terrain familial

\*hormono-dépendance inconstante

Association fréquente à d'autres pathologies utérines bénignes (fibromes, polypes muqueux, hyperplasie endométriale bénigne...)

Par contre l'association endométriose externe / adénomyose est rare.

## II) PHYSIOPATHOLOGIE

Pénétration directe des glandes endométriales au sein du myomètre favorisée par :

- l'hyperoestrogénie responsable d'hyperplasie et de la réduction de la résistance du myomètre
- Les traumatismes utérins (curetages, césariennes, endométrectomie...)

Mécanismes d'apparition encore mal connus.

# III) DIAGNOSTIC

## 1- CLINIQUE :

Polymorphisme clinique

2/3 des patientes sont asymptomatiques

*Deux tableaux fréquents :*

- Douleurs pelviennes à type de dysménorrhées secondaires et tardives (dépendraient de la profondeur d'envahissement du myomètre) en général résistantes aux antalgiques usuels
  - Ménométrorragies (80%) avec caillots et résistance aux traitements classiques (médicamenteux, curetage, endométrectomie)
- Disparition des symptômes à la ménopause.

*Examen :*

Pauvre et peu spécifique

Utérus augmenté de volume, régulier, dur et fibreux, douloureux en période prémenstruelle

(modifié si fibrome ou endométriose associés)

# III) DIAGNOSTIC

## 2- paraclinique :

### a) Échographie

Signes discrets et peu spécifiques

\*utérus volumineux, finement hétérogène

\*Possible majoration de l'épaisseur du myomètre, avec asymétrie des parois

\*absence d'effet de masse sur l'endomètre en regard

\*lacunes anéchogènes arrondies intramyométriaux de 1 à 7 mm (signe le plus spécifique)

\*permet d'apprécier l'extension en profondeur (pathologique si supérieure à 12mm)

Difficultés pour différencier l'adénomyose du fibrome.

Le doppler peut aider en différenciant kyste et vaisseaux utérins d'une part et adénomyose/leiomyome qui présente souvent une couronne vasculaire périphérique

### III) DIAGNOSTIC

#### b) Hystérocopie

Petits orifices punctiformes correspondant aux canaux diverticulaires.  
Intérêt si hyperplasie endométriale associée pour distinguer une atypie associée.

#### c) hystérographie

C'est le meilleur examen de dépistage

- *Signes directs pathognomoniques :*

Diverticules rectilignes et courts, terminés en massue

- *Signes indirects :*

Ectasie d'une corne utérine ou généralisée

Segmentation rigide en ligne brisée des bords et du fond utérin

Trompes à partie initiale verticale

# III) DIGNOSTIC

## d) IRM

En séquences T2

Apprécie le mieux l'épaississement de la zone jonctionnelle et l'extension en profondeur des glandes endométriales.

Spots hyperintenses juxta-endométriaux.

Eviter de la réaliser en périodes menstruelles (résultats faussés)

Permet de bien différencier adénomyose et fibrome.

Plutôt en 2<sup>nde</sup> intention car coût élevé.

# IV) TRAITEMENT

## 1-MEDICAL :

### a) Progestatifs

En continu ou de façon séquentielle 20 jours / mois

Efficacité imitée

### b) danazol

20 jours / mois à la dose de 200 à 400 mg / jour

### c) Agonistes de la GnRH

*Double action:* \* diminuent la réserve de fibroblastes et donc l'épaisseur de la paroi utérine

\* l'hypo-oestrogénie induite provoque une atrophie endométriale et une vasoconstriction du myomètre

Bonne efficacité sur les symptômes

# IV) TRAITEMENT

## 2- CHIRURGICAL :

### a) Endométrectomie

Mauvais résultats

Réservée aux patientes qui refusent l'hystérectomie et qui acceptent le risque d'échec

Taux de réussite dépendant du niveau d'envahissement

### b) Traitement conservateur

Dans les rares cas d'adénomyose focalisée ou si désir de grossesse

Technique proche de la myomectomie mais difficultés car absence de plan de clivage entre le tissu sain et le tissu endométriosique.

## IV) TRAITEMENT

### c) Hystérectomie

Reste dans la majorité des cas la solution thérapeutique.

Privilégier la voie vaginale +/- coeliopréparation

# CONCLUSION

L'adénomyose, de diagnostic difficile, est le plus souvent difficile à traiter: progestatifs d'efficacité variable, analogues de la GnRH à réservés aux patientes jeunes et infertiles au vu des effets indésirables.

L'hystéroscopie opératoire est intéressante mais son efficacité limitée par la profondeur des cryptes d'adenomyose.

L'hystérectomie reste souvent la seule solution thérapeutique efficace.