

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

L'adénomyose

M. JASON (1), V. DECHENNE (2), F. CHANTRAINE (3), M. NISOLLE (4)

RESUME : L'adénomyose est une pathologie bénigne de la jonction endomyométriale, définie histologiquement par la présence de glandes endométriales et de stroma en position ectopique dans le myomètre, à des profondeurs variables. La faible spécificité des symptômes dont elle est responsable et son association fréquente à d'autres pathologies gynécologiques compliquent son diagnostic et donnent toute leur importance aux examens paracliniques.

Mots-clés : Adénomyose - Jonction endomyométriale - Symptômes

L'adénomyose de par l'aspécificité de ses symptômes et la difficulté de sa mise au point conduit trop souvent au diagnostic erroné de saignement dysfonctionnel.

CAS CLINIQUE

Madame LK, patiente de 36 ans, nulligeste, nous est adressée pour prise en charge de douleurs pelviennes fort invalidantes. En effet, elle se plaint de douleurs permanentes estimées à 8/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA). Elle ne souffre pas de méno-métrorragie, ni de dyspareunie. Ses cycles menstruels sont réguliers. Ses douleurs sont exacerbées par les menstruations et répondent mal aux antalgiques.

Parmi ses antécédents médicaux, figurent une endométriose pelvienne, un asthme allergique, une méningite à l'âge de 17 ans et une obésité morbide (BMI = 46). Du côté chirurgical, on relève une appendicectomie, une cure de strabisme et une coelioscopie pour suspicion d'endométriose, au cours de laquelle aucun geste thérapeutique n'a pu être réalisé.

L'examen clinique est sans particularité, hormis une sensibilité élective à la palpation de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre.

La résonance magnétique nucléaire (RMN) permet de mettre en évidence une importante lésion d'adénomyose utérine de 85x52 mm, un endométriole ovarien droit de 46 mm de diamètre ainsi que des implants d'endométriose, notamment au niveau du versant utérin du cul-

ADENOMYOSIS

SUMMARY : Adenomyosis is a medical benign condition of the endometrium-myometrium interface that is histopathologically characterized by the presence of ectopic tissue (endometrial glands and stroma) in myometrium.

The diagnosis is complicated by the low specificity of its symptoms and the frequent associations with others gynaecologic pathologies. Consequently, paraclinic investigations are essential to make the diagnosis.

Keywords : Adenomyosis - Endometrium-myometrium interface - Symptoms

de-sac de Douglas et du péritoine pariétal de la fosse iliaque droite à hauteur de l'endométriome (fig. 1).

Le lavement baryté, quant à lui, démontre une image de compression et d'infiltration asymétrique de la paroi recto-sigmoïdienne.

Suite à ces observations, une sanction chirurgicale est proposée. Lors de la coelioscopie, d'importantes adhérences sont visualisées au niveau de la fosse iliaque droite, séquelles de son appendicectomie antérieure : elles justifient une laparotomie de seconde intention. Une adhésiolyse complète, l'exérèse d'un kyste péritonéal droit et la résection de deux nodules d'adénomyose utérine de 4 et 3 cm ont été réalisées.

L'examen histopathologique des pièces d'exérèse confirme la présence de lésions d'adénomyose diffuse et focale (fig. 2).

En post-opératoire immédiat ainsi qu'après six mois, la patiente ne présente plus aucune plainte douloureuse.

DISCUSSION

La fréquence exacte de l'adénomyose dans la population générale n'est pas très précise.

La multiparité représente le principal facteur de risque, raison pour laquelle il est difficile de trouver un lien entre infertilité et adénomyose (1). L'affection serait également favorisée par des antécédents de césariennes, de curetages, de résections hystéroscopiques d'endomètre ou de myomectomies.

Une endométriose concomitante serait présente chez 10 à 15 % des patientes en âge d'avoir des enfants (2). Il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de l'adénomyose. En

(1) Etudiant, Université de Liège.

(2) Consultant, (3) Chef de Clinique, (4) Professeur, Chef de Service, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, Université de Liège.

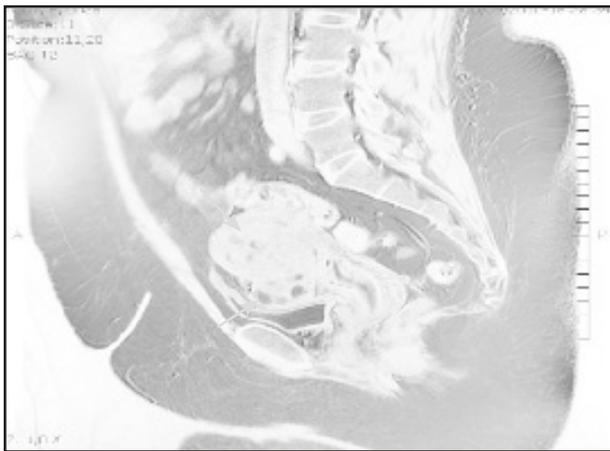


Figure 1. RMN en séquence pondérée T2 en coupe sagittale montrant une importante lésion d'adénomyose (flèches blanches).

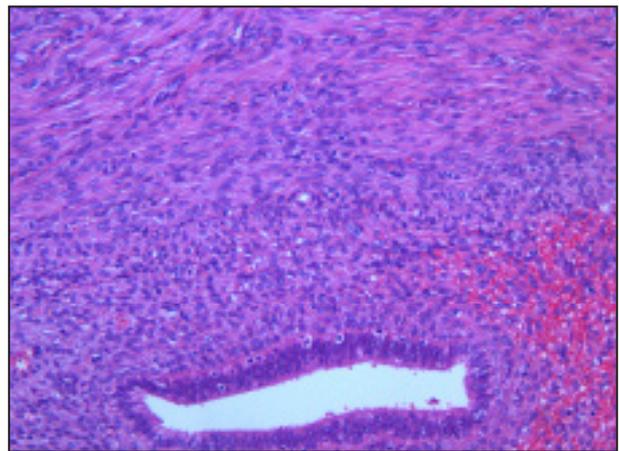


Figure 2. Aspect histologique de l'adénomyose.

effet, les plaintes les plus fréquemment rencontrées sont les ménorragies, les métrorragies et la dysménorrhée. D'autres symptômes moins fréquents comme la dyspareunie et la congestion pelvienne ont été décrits. D'après plusieurs études, une proportion de 30% de femmes présentant des lésions d'adénomyose à l'analyse histologique ne souffre d'aucun symptôme (2, 3).

Les ménorragies et la dysménorrhée sont corrélées à la profondeur de l'atteinte adénomyosique et à la densité de glandes endométriales présentes dans le myomètre.

L'adénomyose superficielle s'exprime surtout par des saignements utérins anormaux alors que l'adénomyose profonde entraîne plutôt une symptomatologie douloureuse (4). L'adénomyose est également considérée comme une cause potentielle d'infertilité par le climat hyperestrogénique et les phénomènes inflammatoires qu'elle induit et qui interfèrent avec les mécanismes d'implantation embryonnaire.

Ce sont les examens complémentaires qui vont permettre d'évoquer le diagnostic, bien que la certitude reste anatomopathologique. Diverses caractéristiques échographiques orientent vers l'adénomyose : une augmentation de la taille utérine, l'asymétrie d'épaisseur myométriale antéro-postérieure, l'aspect hétérogène du myomètre avec des images kystiques anéchogènes, l'épaississement irrégulier de la zone de jonction et les projections hyperéchogènes dans le myomètre (5, 6). Le paramètre le plus discriminant est l'hétérogénéité du myomètre.

A la résonance magnétique nucléaire (RMN), la mesure de l'épaisseur de la zone de jonction représente le signe le plus évocateur d'adé-

myose bien qu'il n'existe pas d'équivalence histologique (7). Cette épaisseur est pathologique lorsqu'elle est supérieure à 8 mm en pondération T2. La RMN permet aussi le diagnostic différentiel entre adénomyome et fibrome, puisque la présence d'une composante liquidienne en cas d'adénomyome permettra de le distinguer d'un myome de composante homogène.

L'hystérocopie permet rarement de poser le diagnostic d'adénomyose, car la cavité utérine est normale dans la plupart des cas. On observe parfois des orifices diverticulaires ainsi qu'une hypervascularisation locale et/ou des lésions kystiques bleutées (8).

De nos jours, l'hystérosalpingographie (HSG) n'est plus considérée comme l'examen de référence étant donné sa faible sensibilité. L'HSG permet toutefois l'observation d'images d'addition diverticulaire de quelques mm qui sont la traduction radiologique de l'invasion du myomètre par l'endomètre ectopique.

Le choix du traitement dépend de plusieurs paramètres, notamment de la profondeur de l'affection ainsi que de l'âge de la patiente et de son éventuel désir de grossesse. Les traitements médicaux suggérés sont comparables à ceux utilisés dans l'endométriose, puisque l'adénomyose est également une pathologie oestrogéno-dépendante.

Ils visent à induire une hypoestrogénie ou à contrecarrer les effets oestrogéniques au niveau du tissu adénomyosique. Ils exercent leur action par voie locale (stérilet) ou par voie systémique (agonistes de la Gn-R).

Il n'existe toutefois pas de traitement médical permettant l'éradication complète de l'adénomyose (9). En cas de douleur pelvienne invali-

dante, le traitement chirurgical est très souvent recommandé. L'hystérectomie a longtemps été considérée comme le seul moyen diagnostique et la seule option thérapeutique de l'adénomyose. L'abord peut être abdominal, vaginal ou laparoscopique, en fonction de la nature de la lésion, de l'existence de lésions extrautérines, de la taille de l'utérus, de la présence d'adhérences et de l'état clinique de la patiente.

L'excision focale d'adénomyose est réalisable si la lésion n'est pas diffuse mais bien délimitée. Toutefois, l'adénomyose focale ou adénomyome est associée à une réaction fibreuse responsable d'un plan de clivage difficile à identifier.

Une grossesse peut être envisagée mais des complications obstétricales telles que la menace d'accouchement prématuré, la rupture utérine ont été décrites à la suite d'une chirurgie d'exérèse pour adénomyome (10). Dans le cas que nous décrivons, cette technique chirurgicale a pu être réalisée sans problème et a tenu compte du souhait de la grossesse de la patiente.

D'un point de vue histologique, plusieurs critères sont utilisés pour décrire l'adénomyose :

- une distance supérieure à 2,5 mm entre les glandes ectopiques et la membrane basale endométriale;
- la profondeur de la pénétration;
- le degré d'envahissement qui se définit par le nombre de foyers par champ d'analyse, c'est-à-dire la densité;
- l'aspect des lésions soit diffus, soit focal, adénomyose *versus* adénomyome (8).

La profondeur minimale des foyers glandulaires doit atteindre le quart de l'épaisseur du myomètre, soit environ 4 mm pour éviter de surestimer la maladie.

CONCLUSION

La symptomatologie de l'adénomyose n'est pas clairement définie et il n'est pas facile d'établir un lien formel entre les symptômes et la sévérité de l'atteinte. Les symptômes les plus souvent évoqués sont les ménorragies et la dysménorrhée. L'exploration insuffisante de ménorragies peut mener au diagnostic erroné de saignement utérin dysfonctionnel dont l'adénomyose peut être la cause cachée.

Bien que le diagnostic d'adénomyose soit souvent posé après hystérectomie, il peut être évoqué dans diverses circonstances cliniques et paracliniques. La sensibilité de l'examen clinique est faible et ce sont les examens complémentaires qui vont permettre le diagnostic.

Néanmoins, le diagnostic reste difficile malgré le perfectionnement de l'échographie vaginale et de la RMN.

L'hystérectomie décrite comme traitement de référence de l'adénomyose est incompatible avec un désir de grossesse. La maîtrise des techniques chirurgicales et le diagnostic pré-opératoire permettent de proposer des traitements conservateurs en cas de désir de grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Yeniel O, Cirpan T, Ulukus M, et al.—Adenomyosis: prevalence, risk factors, symptoms and clinical findings. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2007, **34**, 63-67.
2. Wéry O, Thille A, Gaspard U, et al.—L'adénomyose: le point sur une pathologie méconnue. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2005, **34**, 633-648.
3. Farquhar C, Brosens I.— Medical and surgical management of adenomyosis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006, **20**, 603-616.
4. Peric H, Fraser IS.— The symptomatology of adenomyosis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006 **20**, 547-555.
5. Brosens J, De Souza N, Barker F, et al.— Endovaginal ultrasonography in the diagnosis uteri: identifying the predictive characteristics. *Br J Obstet Gynaecol*, 1995, **102**, 471-474.
6. Brosens J, De Souza N, Barker F, et al.— Endovaginal ultrasonography in the diagnosis uteri : identifying the predictive characteristics. *Br J Obstet Gynaecol*, 1995, **102**, 471-474.
7. Fusi L, Cloke B, Brosens J.— The uterine junctional zone. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2006, **20**, 479-491.
8. Molinas CR, Campo R.— Office hysteroscopy and adenomyosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2006, **20**, 557-567.
9. Garcia L, Isaacson K.— Adenomyosis: Review of the Literature. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2011, **18**, 428-437.
10. Bensaid F, Kettani F, El Fehri S, et al.— Obstetrical complications of adenomyosis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, **25**, 416-468.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. M. Nisolle, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, 4000 Liège, Belgique.
Email : michelle.nisolle@chu.ulg.ac.be