

BSIP

## SOMMAIRE

**827**  
Épidémiologie et  
facteurs de risque  
Diagnostic

**829**  
Traitement

**831**  
Cas particuliers

# ADÉNOMYOSE

L'adénomyose désigne la localisation intramyométriale d'une endométriose.

L'adénomyose est définie histologiquement par la présence hétérotopique de glandes et de stroma endométriaux dans le myomètre, à des profondeurs variables, avec hypertrophie réactionnelle des cellules musculaires lisses.<sup>1-3</sup> Elle peut être diffuse ou focale. Une adénomyose focale qui prend un aspect nodulaire définit l'adénomyome. La physiopathologie demeure sujette à controverses.

## ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE

Sa fréquence exacte est inconnue, puisqu'il existe de nombreuses formes asymptomatiques diagnostiquées au cours d'autopsie systématique. Elle est retrouvée dans 7 à 77 % des pièces d'hystérectomie.<sup>3</sup> Principaux facteurs de risque : la multiparité, les antécédents de césarienne, de curetage, de résection hystéroscopique ou de myomectomie.<sup>1</sup>

Il existe peut-être une prédisposition familiale. Les lésions associées sont fréquentes : myome, hyperplasie endométriale simple ou atypique, polypes endométriaux, fibromyome, endométriose externe.

Par ailleurs, l'adénomyose pourrait être en cause dans l'échec des mécanismes d'implantation embryonnaire. De même, ont été évoqués des liens entre adénomyose et complications hémorragiques de la grossesse. Enfin, les rares cas d'adénocarcinome sur adénomyose sont de diagnostic très difficile.

Le tamoxifène (TMX) et les traitements hormonaux de la ménopause (THM) peuvent favoriser le développement d'une adénomyose.

## DIAGNOSTIC

Les signes d'appel cliniques sont non spécifiques, parfois très invalidants.<sup>1,2</sup>

Par **Gérard Boutet**\*,\*\*,\*\*,  
**Vanessa Conri**\*\*\*,  
**Pauline Bouchet**\*\*\*,  
**Christophe Cassinotto**\*\*\*\*  
\* Cabinet de gynécologie,  
17000 La Rochelle.  
\*\* Maternité,  
hôpital Saint-Louis,  
17019 La Rochelle Cedex 1.  
\*\*\* Clinique gynécologique,  
\*\*\*\* Service de radiologie  
diagnostique  
et interventionnelle,  
CHU-hôpital Saint-André,  
33075 Bordeaux Cedex.  
gboutetpourgof@  
yahoo.fr

Les plus fréquentes (50 % des cas) sont les ménorragies, définies par une perte menstruelle totale supérieure à 80 mL. Des métrorragies surviennent dans 20 % des cas.

Les douleurs génitales sont surtout à type de dysménorrhées, 30 % des cas, volontiers secondaires, corrélées à la profondeur de l'envahissement adénomyosique.<sup>1</sup> Il peut s'agir de pesanteur pelvienne, de dyspareunie profonde.

**L'examen clinique**, qui permet d'exclure une cause cervicale ou vulvovaginale, peut être totalement mis en défaut chez la patiente asymptomatique. Il est évocateur en cas d'augmentation de volume d'un utérus douloureux à la pression et à la mobilisation, mais reste peu sensible et peu spécifique. Le diagnostic repose sur l'imagerie.

### Une imagerie très évocatrice

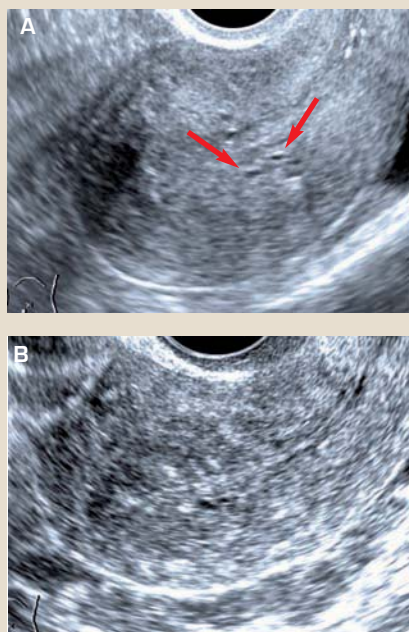
L'hystérosalpingographie (HSG) met en évidence des images d'addition diverticulaire pénétrant le myomètre, une rigidité du fond ou des bords utérins, une ectasie cornuale, une angulation en baïonnette au niveau de l'isthme, des diverticules au niveau de la portion proximale de la trompe en « boules de gui ».<sup>2,3</sup> Cet examen, souvent douloureux et non dénué de risque infectieux, « n'a pas d'intérêt démontré dans l'arsenal diagnostique de l'adénomyose »<sup>1</sup>, car sa sensibilité est faible. Il n'a

gardé sa place que dans l'exploration d'une infertilité féminine.<sup>2,3</sup>

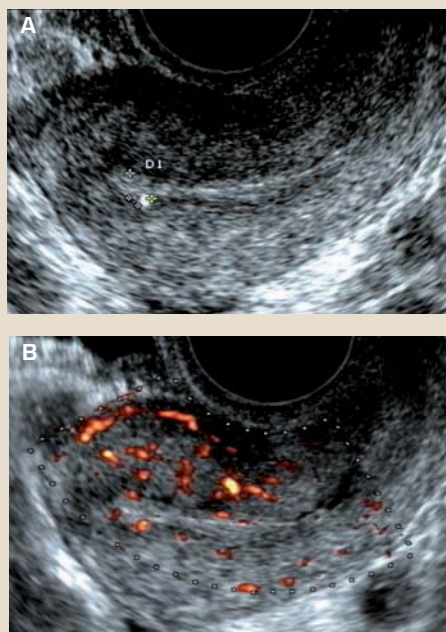
**L'échographie pelvienne**, examen de première intention, est opérateur-dépendante. Ses résultats peuvent être faussés en cas d'association pathologique, en particulier avec des myomes. Elle permet l'exploration des annexes, avec recherche de lésions associées, notamment ovariennes.

Réalisée par voie sus-pubienne puis endovaginale, elle peut mettre en évidence un signe direct : les cryptes adénomyosiques au sein du myomètre sous forme de lacunes anéchogènes, souvent cerclées par un liseré hyperéchogène (fig. 1A).<sup>2-4</sup> Elle montre aussi des zones hétérogènes et/ou hypoéchogènes réalisant un aspect tacheté au sein du myomètre, un volume utérin augmenté en l'absence de myome, une asymétrie d'épaisseur du corps utérin, portant souvent sur la paroi postérieure, des stries linéaires sous-endométriales (fig. 1B), des nodules échogènes sous-endométriaux, un épaississement irrégulier de la zone de jonction endomètre-myomètre avec projection hyperéchogène dans le myomètre.<sup>1-4</sup>

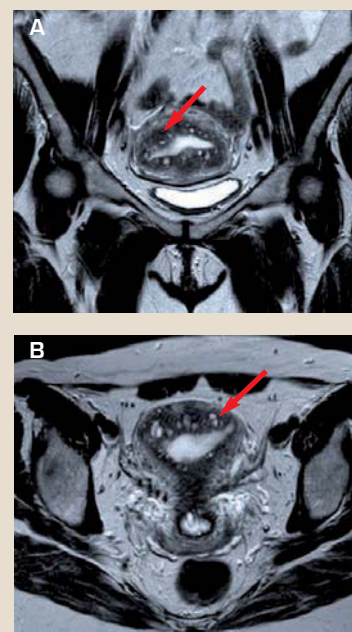
Principal diagnostic différentiel échographique : le léiomyome utérin, isolé ou associé à l'adénomyose. Le doppler énergie montre alors un encoorbement vasculaire alors qu'une adénomyose garde une vascularisation linéaire sans encoorbement (fig. 2).<sup>4</sup>



**Fig. 1** – Échographie endovaginale. Coupe sagittale. **A** : lacunes anéchogènes au sein du myomètre cerclées d'un liseré hyperéchogène (→). **B** : lacunes anéchogènes et stries linéaires sous-endométriales. (Documents : Dr Chantal Massias).



**Fig. 2** – Échographie endovaginale. Coupe sagittale. **A** : plage hypo-échogène hétérogène du mur corporel antérieur associée à un nodule hyperéchogène sous-endométrial postérieur. **B** : Même patiente. Doppler énergie : vascularisation linéaire sans encoorbement. (Documents : Dr Bernard Broussin).



**Fig. 3** – IRM. Séquence en pondération T2 spin echo dans un plan coronal (**A**) et axial (**B**) : épaississement diffus de la zone jonctionnelle en hyposignal T2 (→) ; les cryptes glandulaires sont visualisées sous forme de spots en hypersignal T2 (→).



**L'IRM, imagerie de deuxième intention**, est indiquée en cas de défaut de caractérisation échographique et/ou dans le bilan de pathologies associées. Les lésions caractéristiques se voient principalement en pondération T2.<sup>2,3,5</sup> Il s'agit d'un épaissement focal ou diffus de la zone jonctionnelle, située à l'interface entre endomètre et myomètre, très caractéristique à partir de 12 mm et/ou de petites lésions en hypersignal T2 et en isosignal T1, punctiformes, qui correspondent aux cryptes glandulaires non hémorragiques, ou sous forme de spots hyperintenses en T1 et en T2, plus rares, qui correspondent à des cryptes glandulaires à contenu hémorragique<sup>2,3,5</sup> (fig. 3). Les signes indirects les plus utiles sont la mauvaise définition de l'interface entre la ligne jonctionnelle et le myomètre externe et l'absence d'effet de masse sur l'endomètre ou de déformation du bord externe de l'utérus.<sup>2</sup>

Comme l'échographie, l'IRM peut mettre en évidence des lésions associées, annexielles à type d'endométriome, ou utérine de myome. Elle permet en outre de différencier adénomyome et fibrome (fig. 4 et 5). Elle est en revanche très supérieure à l'échographie pour le diagnostic des autres localisations endométriosique du pelvis. Sensibilité et spécificité de ces deux examens sont présentées dans le tableau 1.

TABLEAU 1

EFFICACITÉ COMPARÉE DE L'ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE ET DE L'IRM [d'après 1 & 3]

	Échographie pelvienne*	IRM (pondération T2)		
	Globalement	Globalement	Zone jonctionnelle ≥ à 12 mm	Spots hyperintenses
Sensibilité (%) (IC 95 %)	74 (63-82)	78 (68-86)	67-93	50
Spécificité (%) (IC 95 %)	87 (81-91)	88 (83-92)	86-93	≈ 100

\* Sus-pubienne et endovaginale.

## TRAITEMENT

Devant une adénomyose isolée, après avoir vérifié l'absence d'anémie, les options thérapeutiques sont à discuter selon l'éventuel désir de grossesse ou de contraception, la situation superficielle ou profonde et l'importance des lésions, et le souhait de la patiente de conserver ou pas son utérus.

### Traitement médicaux

Les AINS, non contraceptifs, ont un effet bénéfique validé sur la dysménorrhée et, pour certains, diminuent l'importance des ménorragies idiopathiques. Ils n'ont pas à notre connaissance fait l'objet d'études spécifiquement dédiées à l'adénomyose.

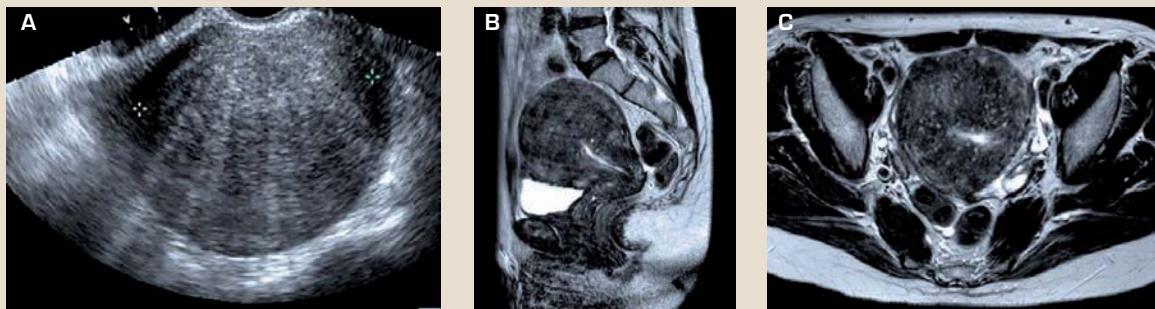


Fig. 4 – Volumineux adénomyome du fond utérin.

Le diagnostic différentiel avec un fibrome est difficile sur l'échographie, qui retrouve une formation arrondie, iso-hypo-échogène aux contours mal limités sans lacune anéchogène (A). L'IRM permet le diagnostic d'adénomyome en montrant en pondération T2 un hyposignal peu marqué, la présence de multiples spots hyperintenses ainsi que le non-refoulement de la ligne cavitaire utérine (B et C).

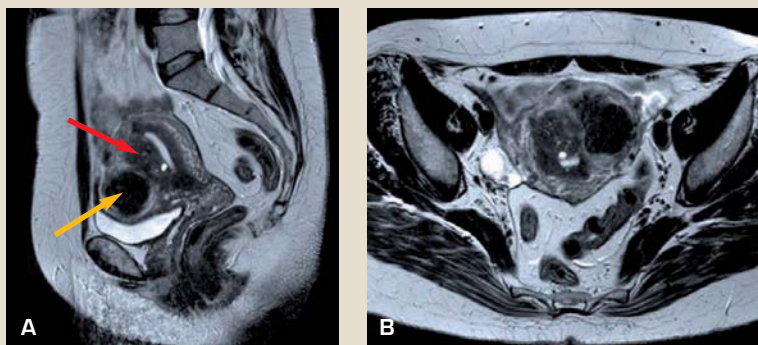
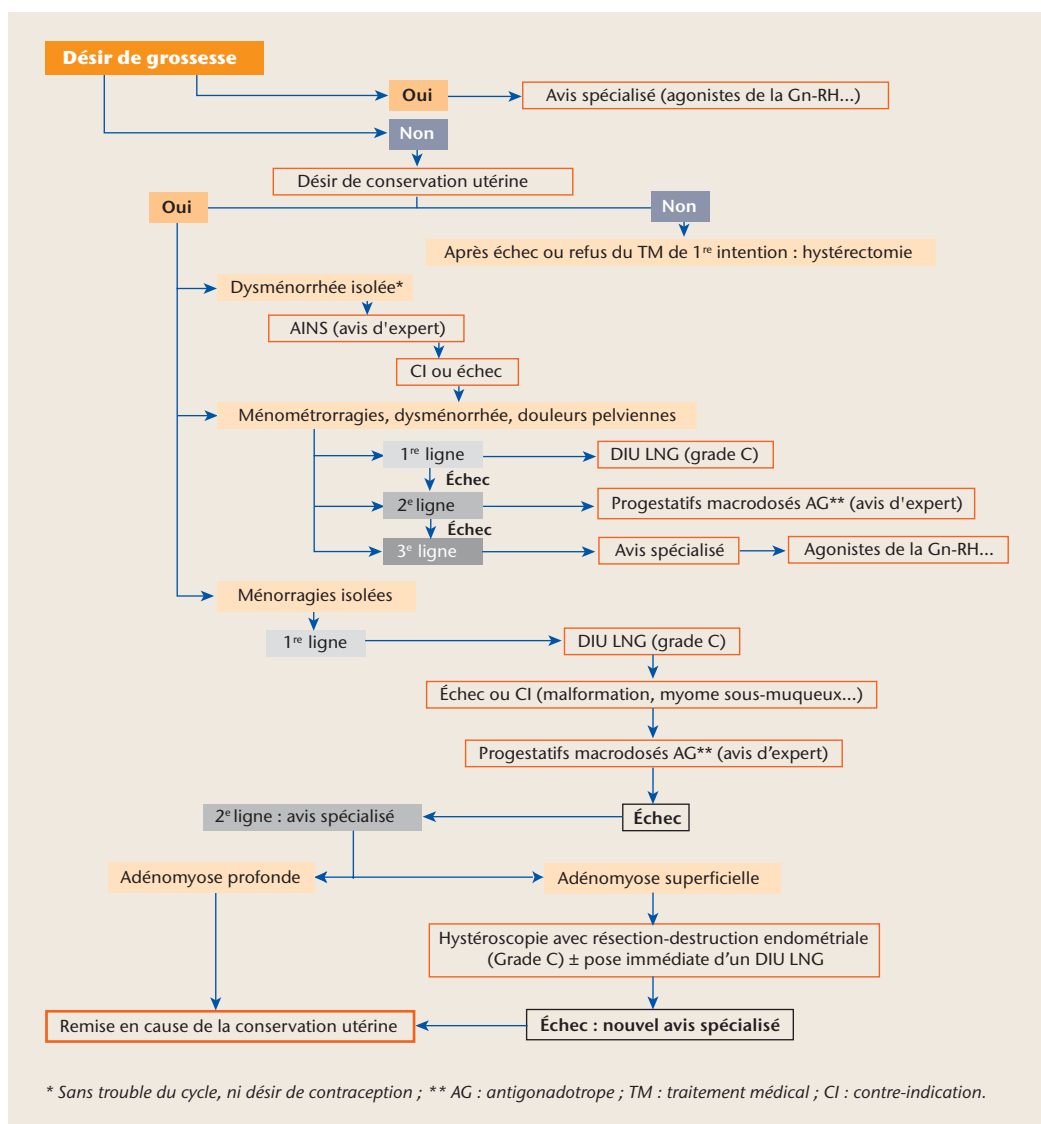


Fig. 5 – IRM : diagnostic différentiel adénomyome-fibrome.

Séquences en pondération T2 dans un plan sagittal (A) et axial (B). Épaississement focal de la zone jonctionnelle du mur antérieur du corps utérin contenant de multiples spots hyperintenses (adénomyome) (→). Fibrome adjacent : franc hyposignal et contours plus nets (→→).

Fig. 6 – Traitement de l'adénomyose (sans pathologie associée), grossesse et anémies exclues, adapté des RPC du CNGOF (voir encadré Pour en savoir plus).



**Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (DIU LNG, Mirena)** libère initialement 20 µg/j de LNG dans la cavité utérine. Son efficacité thérapeutique sur l'adénomyose à court et à moyen terme a été démontrée jusqu'à 3 ans dans des petites séries, avec des résultats à la fois sur les symptômes et la régression significative du volume utérin.<sup>6</sup>

**Les progestatifs macrodosés par voie orale** à dose antagoniste, prescrits 21 jours sur 28, entraînent une atrophie endométriale et peuvent faire régresser les ménométrorragies, mais sont rarement efficaces au-delà de 6 mois. Le diagnostic d'adénomyose est d'ailleurs classiquement évoqué en cas d'échec de ces molécules dans le traitement des ménorragies fonctionnelles.<sup>1,6</sup>

**Les agonistes de la Gn-RH** créent un statut de ménopause temporaire et réversible qui, induisant une hypo-estrogénie, diminue ménométrorragies et dysménorrhée. En IRM, le volume utérin et l'importance des lésions, évaluées en particulier par la

mesure de la zone jonctionnelle, diminuent de façon démontrée.<sup>1,6,7</sup> Ce traitement peut également être utilisé en préopératoire pour réduire la taille des lésions.

### Traitements chirurgicaux

**Les traitements chirurgicaux conservateurs** sont les résections et destructions endométriales en cas d'adénomyose superficielle, avec environ 20 % de récurrence à 1 an si un DIU LNG n'a pas été inséré dans les suites immédiates.<sup>6,7</sup> En cas d'adénomyose profonde, ces techniques sont le plus souvent mises en échec.

**Le traitement chirurgical radical**, l'hystérectomie, est l'option de référence en cas d'échec des traitements médicaux chez les femmes ne désirant plus de grossesse.<sup>1,6,7</sup>

**Un certain nombre d'autres techniques** ont été décrites de façon ponctuelle pour traiter adénomyose ou adénomyome : traitement chirurgical

conservateur percoelioscopique ou par laparotomie, électrocoagulation myométriale, ultrasons focalisés ou radiofréquence, embolisation des artères utérines :<sup>1,6</sup> indications et mises en œuvre relèvent d'avis spécialisés.

### Indications thérapeutiques

Elles relèvent d'une « décision médicale partagée » après information de la patiente de la balance bénéfice/risque/échec de chaque option thérapeutique et recueil de son consentement éclairé. Les indications sont présentées dans l'algorithme (fig. 6), adapté d'après les recommandations du CNGOF accessibles en ligne : [www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr).

**Les traitements médicaux** sont souvent décevants. En première intention, on pose un DIU LNG, sauf refus ou contre-indication. En cas d'échec, chez la patiente symptomatique ne désirant plus d'enfant : hystérectomie. Si désir de conservation utérine et ménorragie isolée, peuvent être tentées des techniques de résection-destruction endométriale.

**Une femme qui a un projet de grossesse** doit être adressée à une consultation spécialisée, d'autant plus rapidement que l'âge est un facteur additionnel d'infertilité.

## CAS PARTICULIERS

**Adénomyose et THM.** La maladie peut être découverte au cours du diagnostic étiologique de métrorragies sous THM. Le bilan diagnostique en imagerie médicale est celui déjà décrit. Quand toute lésion associée a été éliminée, la disparition des symptômes est obtenue soit en arrêtant le THM, car il s'agit d'une lésion estrogénosensible, soit en utilisant de faibles doses d'estrogènes dans le cadre d'un protocole combiné discontinu (estradiol percutané associé à progestérone naturelle par voie orale ou vaginale, du 1<sup>er</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois).

**La prise de TMX** peut être associée au développement d'une adénomyose. Si des métrorragies apparaissent sous TMX, l'enquête étiologique devra d'abord éliminer un adénocarcinome de l'endomètre et relève d'un avis spécialisé. ●

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant cet article.

### RÉFÉRENCES

1. Fernandez H, Donnadiou AC. Adénomyose. Recommandations pour la pratique clinique : l'endométrie. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2007;36:179-85.
2. Taourel P, Laffargue G, Dechaud H. Adénomyose : quel bilan d'imagerie moderne ? Gynecol Obstet Fertil 2004;32:976-80.
3. Bazot M, Robert Y. Bonne pratique et valeur diagnostique de l'imagerie. Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge des ménométorragies. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2008;37(suppl 8):S334-42.
4. Perrot N, Frey I. L'échographie peut-elle faire le diagnostic d'adénomyose ? Lettre Gynéc 2002;274:27-30.

## À retenir

- 1 Le diagnostic de certitude est histologique : présence de glandes et de stroma endométriaux dans le myomètre avec hypertrophie réactionnelle des cellules musculaires lisses.
- 2 Suspectée devant ménométorragies, dysménorrhée, douleurs pelviennes, cette affection est objectivée par l'imagerie, en première ligne l'échographie pelvienne par voie sus-pubienne puis endovaginale, et en deuxième ligne, en cas de doute ou de pathologie associée, l'IRM.
- 3 En l'absence de désir d'enfant, en cas d'adénomyose symptomatique, en particulier profonde, et après échec du traitement médical, l'hystérectomie est le geste de référence chez une femme qui l'accepte.
- 4 Si désir de conservation utérine et spécialement dans le cas de ménorragies avec adénomyose superficielle : pose du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel en première intention, traitement chirurgical de première ligne : hystéroscopie avec résection-destruction endométriale.
- 5 En cas de désir d'enfant, la prise en charge d'une adénomyose relève d'un avis spécialisé.

5. Balleyguier C, Chapron C, Eiss D, Hélénor O. Imagerie de l'endométrie. EMC (Elsevier SAS, Paris), Radiologie 2004;1:36-49.

6. Brun JL, André G, Descat E, Creux H, Vigier J, Dallay D. Modalités et efficacité des traitements médicaux et chirurgicaux devant des ménométorragies organiques. Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge des ménométorragies. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2008;37(suppl 8):S368-83.

7. Roman H, Loisel C, Puscasiu L, Sentilhes L, Marpeau L. Hiérarchisation des stratégies thérapeutiques pour ménométorragies avec ou sans désir de grossesse. Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge des ménométorragies. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2008;37(suppl 8):S405-17.

## Pour en savoir plus

- Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a élaboré en 2008 des recommandations pour la pratique clinique sur la prise en charge des ménométorragies en préménopause qui abordent le traitement de l'adénomyose : [www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr)
- L'Afssaps a mis en ligne en 2007 une recommandation de bonne pratique : « Traitements médicamenteux de l'endométrie génitale (en dehors de l'adénomyose) » : [www.afssaps.fr](http://www.afssaps.fr)
- Site ressources patientes : [www.endo-france.org](http://www.endo-france.org)