

Adénomyose ou endométriose interne

Professeur Pierre BERNARD

Décembre 2002

Pré-Requis :

- L'examen clinique gynécologique
- Les explorations du haut appareil génital
- Les principales thérapeutiques hormonales

Résumé :

L'adénomyose ou endométriose interne est définie par la présence de tubes glandulaires et de stroma cytogène au sein du myomètre.

La sémiologie, chez la multipare de 40 à 50 ans se manifeste parfois par des dysménorrhées, des ménorragies ou des ménométrorragies. Le plus souvent, elle est asymptomatique.

Le traitement est hormonal par les progestatifs ou les agonistes de la LH-RH, la chirurgie développe actuellement les procédés conservateurs thermocoagulation et électrorésection hystéroscopique.

Index :

Adénomyose, tumeur bénigne de l'utérus, endométriose interne, algies pelviennes, ménorragies, hysterosalpingographie, IRM, traitement progestatif.

1. Définition

L'endométriose interne ou adénomyose est par définition, la présence de glandes endométriales et de stroma cytogène à l'intérieur du myomètre.

Les foyers kystiques endométriosiques restent en communication avec la cavité utérine, rarement le myomètre est massivement colonisé. La maladie se manifeste surtout entre 40 et 50 ans chez la multipare.

2. Anatomie pathologique

Macroscopiquement, l'utérus est augmenté de volume dans son ensemble, la paroi utérine est hypertrophiée avec de multiples kystes diverticulaires remplis de sang noirâtre.

L'adénomyose peut se présenter comme une tuméfaction unique de la corne utérine ou être diffuse.

Histologiquement, il s'agit de glandes endométriales avec autour, le chorion cytogène, et des faisceaux de fibres musculaires lisses. Les kystes d'adénomyose sont retrouvés sur 75 % des pièces d'hystérectomie pratiquée pour ménométrorragies...

3. La clinique

Les signes cliniques :

- La douleur est retrouvée dans 30 % des cas, atypique une fois sur deux, elle peut être représentée pas de simples lombalgies, le plus souvent avec des poussées menstruelles (2ème jour des règles). La dysménorrhée secondaire est parfois tardive.

- Les ménorragies faites de caillots sont très fréquentes, parfois des ménométrorragies.
- Le plus souvent, il n'existe aucun symptôme et elle est diagnostiquée lors d'un bilan d'infécondité par l'hystérosalpingographie systématique ou lors d'une hystérocopie.
- Parfois lors d'avortements précoces à répétition par production d'autoanticorps provoquant l'involution précoce de l'œuf normalement implanté.

4. Les investigations paracliniques

4.1. L'échographie pelvienne

Elle est sensible pour l'endométriose externe mais aucune image n'est pathognomonique pour l'adénomyose.

4.2. L'hystérosalpingographie

Elle a fait l'objet de nombreuses études et l'on distingue :

- des images diverticulaires en « boule de gui » ou en « boule de bilboquet » signature radiologique de l'invagination de l'endomètre dans le muscle utérin.
- des images de présomption : c'est l'ectasie simple ou diffuse, ou l'image en ligne brisée de la cavité utérine.
- des signes indirects témoins d'une endométriose externe associée responsable de déformations plus ou moins marquées de la cavité utérine « image en parasol ».

4.3. L'IRM (imagerie de résonance magnétique)

Avec l'hypersignal T1 et T2, elle permet de visualiser les adénomyomes et les images diverticulaires.

4.4. L'hystérocopie

Les orifices des diverticules peuvent être vus en hystérocopie panoramique, elle sera systématiquement recherchée en présence de ménorragies ou de ménométrorragies.

5. Le traitement

Il vise à supprimer l'activité de l'ovaire.

5.1. Les méthodes

5.1.1. *Le traitement médical*

5.1.1.1. *Les progestatifs de synthèse*

C'est le traitement essentiel car l'adénomyose survient chez la femme en période préménopausique, âge où les oestroprogestatifs ne sont pas sans inconvénients : les substances les plus utilisées sont des progestatifs : LUTENYL 5, SURGESTONE 500, ORGAMETRIL, PRIMOLUT-NOR.

Ce traitement doit éviter une menstruation ou en séquentiel 20 jour/mois à partir du 5ème jour du cycle de manière à bloquer l'ovulation. ce traitement entraîne parfois des métrorragies qui peuvent amener le médecin à changer la posologie ou le type de progestatif.

5.1.1.2. Les dérivés de la progestérone ou la progestérone micronisée

Ils peuvent être utilisés en continu selon le schéma habituel 20 jours/mois mais à forte dose UTROGESTAN 200 mg/jour.

5.1.1.3. Le Danatrol

Dérivé de la testostérone, il donne des résultats pour certains superposables, pour d'autres supérieurs à ceux des progestatifs.

5.1.1.4. Les analogues de la LHRH

Ils sont utilisés mais avec des résultats moins constants que pour les autres localisations de l'endométriose.

5.1.2. Le traitement chirurgical

Il consiste en une hystérectomie totale avec ou sans conservation ovarienne. L'hystérectomie subtotale est écartée du fait surtout de la persistance de l'évolution des lésions d'adénomyose sur le col et sur l'isthme source de métrorragies.

Les recherches s'orientent actuellement vers des thérapeutiques chirurgicales conservatrices comme la thermocoagulation de l'endomètre ou sa résection profonde avec des procédés utilisant le courant bipolaire ; chirurgie hystéroscopique « VERSAPOINT ».

5.2. Les indications

Il est inutile de traiter les formes muettes découvertes lors d'un bilan radiologique effectué pour d'autre lésion : il faut toujours commencer par un traitement médical et préférer les progestatifs ou les oestroprogestatifs aux analogues ou au Danatrol ; le traitement chirurgical est cependant posé de première intention de façon assez fréquente en raison de l'âge et de l'association avec d'autres anomalies : fibromes, pathologie annexielle etc... L'hystérectomie totale avec conservation annexielle doit être préférée.

L'avenir devrait, par des études comparatives et randomisées introduire des méthodes conservatrices avec destruction limitée de l'endomètre et des foyers d'adénomyose.

Références :

- DE TOURRIS – G. MAGNIN – F. PIERRE, Endométriose génitale, In « gynécologie et obstétrique ». 2000 . Edit MASSON : 139-142
- B. HEDON – P. MADELENAT – D. DARGENT – S. FRYDMAN, Endométriose et adénomyose, In GYNECOLOGIE. Ed. ELLIPSES : 285-303.
- P. BERNARD et Al, Endométriose et T.H.S., Entretiens Bichat thérapeutique 1996 ; 69-71., Ed. Exp. Scient. Fr. Paris