

Adénomyose

- Présence de muqueuse endométriale hétérotopique au sein du myomètre associée à une hypertrophie musculaire
- Pathologie fréquente
- Classiquement, femme de 40 ans, multipare
- Association décrite avec les myomes et endométriose profonde
- Rôle dans l'infertilité ?

1. Facteurs favorisants

- Multiparité
- Fausse couche spontanée, IVG
- Curetage, résection hystéroscopique d'endomètre
- Myomectomie
- Césarienne
- Tamoxifène[®]
- Rupture prématurée des membranes ?
- Avortement tardif ?

2. Clinique

Signes fonctionnels

- Ménométrorragies +++
- Dysménorrhée
- Douleurs pelviennes

Examen Clinique

- Utérus globuleux
- 1/3 des patientes asymptomatiques

3. Association avec l'infertilité ?

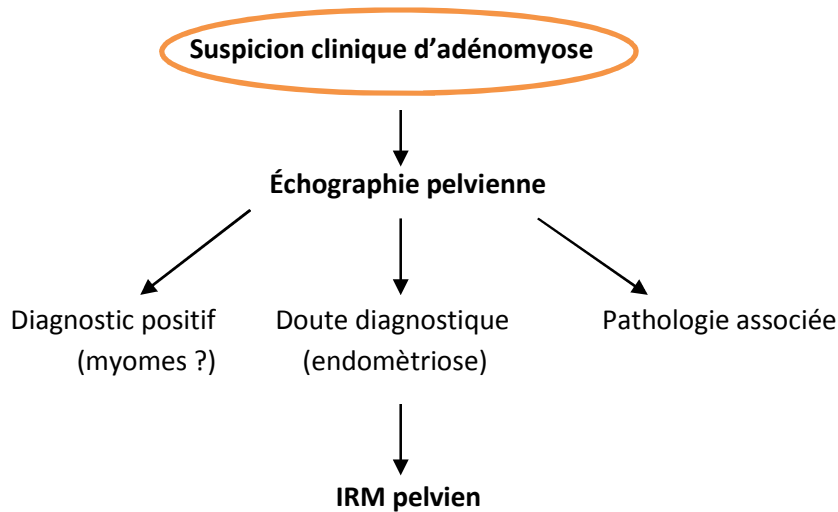
- NON PROUVEE | Etude Barrier et al. 2004 : association entre adénomyose et infertilité chez le babouin
- Physiopathologie évoquée = hypermobilité utérine (irrégulière et non contrôlée)
 - Transfert uterotubaire des spermatozoïdes ↓
 - Mobilité de l'ovocyte fécondé ↓
 - Implantation anormale de l'embryon
 - Capacité d'invasion du myomètre ↓ avec défaut de développement d'un placenta fonctionnel
- Endométriose : dysovulation, troubles du transport tubaire, de la fécondation et de l'implantation

4. Anatomopathologie

- Définition
 - Présence de glandes hétérotopiques au sein du myomètre avec une profondeur > 2,5 mm / basale endométriale
 - Hypertrophie musculaire associée
- Focale
 - Un ou quelques foyers au sein du myomètre
 - Adénomyome si nodulaire ou adénomyome kystique hémorragique

- Diffuse
 - Nombreux foyers disséminés sur l'ensemble du myomètre
 - Adénomyose diffuse superficielle ou profonde
 -

5. Conduite à tenir pratique



6. Imagerie : Échographie :

- Utérus globuleux, régulier ≠ utérus myomateux : contours +/- irréguliers
- Asymétrie des murs myométriaux = hypertrophie musculaire
- Dans le myomètre:
 - Kystes sous endométriaux anéchogènes (Spe +++) = glandes endométriales dilatées +/- hémorragiques
 - Nodules et stries linéaires hyperéchogènes sous endométriaux
 - Zone hétérogène +/- nodulaire, +/- hypoéchogène, mal limitée sans effet de masse/ endomètre et myomètre
 - Vascularisation linéaire, traversant le myomètre (≠ myomes : vascularisation périphérique et centrale)
 - Épaississement de la zone jonctionnelle

• Diagnostic différentiel

– Myomes+ / - associés à adénomyose

- Contours nets
- Forme arrondie
- Effet de masse
- Calcifications +/-
- Atténuation avec effet de bord

- Limites mal définies
- Forme variable
- Pas d'effet de masse
- Pas de calcification
- Multiples atténuations focales

Imagerie : IRM

- Utérus large, aux contours réguliers
- Parois asymétriques
- Épaississement de la zone jonctionnelle ≥ 12 mm, mieux visible qu'en échographie
- Spots hyperintenses juxta-endométrieux en T2 +/- T1 = glandes endométriales dilatées +/- hémorragiques
- Ratio ZJ max / myomètre total $> 40\% - 50\%$ = hypertrophie musculaire.

7. Traitement :

- Abstention si asymptomatique
- Si adénomyose symptomatique
 - ✓ Médical en 1^{ère} intention
 - Stérilet au Lévonorgestrel
 - Agoniste du Gn-RH \rightarrow \downarrow épaisseur ZJ
 - Danazol
 - ✓ Embolisation des artères utérines
 - Indications
 - o Discutées au cas par cas
 - Technique
 - o Embolisation des 2 artères utérines de manière sélective
 - o Particules de Polyvinyl Alcohol
 - o Microspheres de Tris-acryl (500-700 μ m)
 - o +/- Eponge de gélatine (Spongel®)
 - Résultats cliniques
 - o Résolution symptômes à court terme (surtout sur les ménorragies plus que sur les douleurs)
 - o Efficacité moyen et long terme variable selon études mais environ 50% de succès à long terme
 - Résultats IRM
 - o \downarrow volume utérin
 - o \downarrow épaisseur de ZJ
 - o Pas de \downarrow du ratio ZJ max / myomètre
 - o Infarctissement complet ou partiel des lésions.
 - ✓ Chirurgical
 - Conservateur
 - o Curetage sous hystéroscopie
 - o Adénomyomectomie
 - o Résection de foyer adénomyosique +/- traitement endométriose associée
 - Radical
 - o Hystérectomie