

ADENOMYOSE

(A propos de 58 cas)

ADENOMYOSIS

(About 58 cases)

العضال الغدي (بصدد 58 حالة)

A. CHENGUITI-ANSARI, K.FATHI, A. RAGALA, M.C. OUAZZANI.

ملخص : على ضوء 58 حالة للعضال الغدي والمسجلة بمصلحة أمراض النساء والتوليد بالسويسي. فإن المؤلفين استخرجوا بعض النقاط الواضحة لهذه المراضة التي تصيب المرأة المتكررة الولادة قبل اليأس، وتهيمن الملازمات النزيفية والمؤلمة على الأعراض لكن تبقى شيئاً ما خاصة. الاستقصاء الجانب السريري الرئيسي هو التصوير للرحم والبوق أما العلاج فيمكنه أن يكون طبياً ولكن استئصال الرحم التام وحده الذي يفرج عن المريض.
الكلمات الأساسية : استئصال الرحم - عضال غدي - علاج.

Résumé : A la lumière de 58 cas d'adénomyose colligés au service de la maternité Souissi, les auteurs dégagent certains points propres à cette pathologie. Elle touche les multipares en péri-ménopause, les syndromes hémorragiques et douloureux dominant la symptomatologie mais restent peu spécifiques.

L'exploration paraclinique essentielle est l'hystérosalpingographie. Le traitement peut être médical mais souvent seule l'hystérectomie totale peut soulager la patiente.

Mots-clés : hystérectomie, adénomyose traitement.

Abstract : From the 58 cases of adenomyosis recensed at the maternity Souissi unit, the authors highlight some points dealing with this pathology. It affects perimenopause multiparous women. The painful and haemorrhagic syndromes are predominant but remain less specific.

The paraclinic exploration which is necessary is hysterosalpingography. The treatment can be medical but often only total hysterectomy can be better for the patient.

Key-words : hysterectomy, adenomyosis, treatment.

INTRODUCTION

L'adénomyose, décrite en 1908 par *Collen*, est définie comme l'invasion bénigne et la croissance de la muqueuse utérine dans le myomètre. Elle est encore dite endométriose interne, elle constitue une entité à part et diffère des autres localisations de l'endométriose par sa fréquence, son terrain de prédilection, son diagnostic et son traitement.

MATERIEL ET METHODES D'ETUDE

Dans ce travail, les auteurs présentent une étude rétrospective à propos de 58 cas colligés entre septembre 1995 et septembre 1997 à la maternité Souissi, le diagnostic préopératoire n'a été fait que dans 30% des observations.

L'histoire clinique de ces cas a été réétudiée rétrospectivement afin de mieux cerner les possibilités diagnostiques réelles.

Dans ce travail ont été étudiés l'âge, la parité, les signes cliniques à l'admission les explorations complémentaires et le traitement effectué.

RESULTATS

Sur 352 pièces d'hystérectomies réalisées entre septembre 1995 et septembre 1997, 58 cas d'adénomyose sont retrouvés.

Le plus souvent une autre pathologie domine la scène clinique. Ainsi nous avons noté une association avec un fibrome dans 36% des cas, une pathologie ovarienne dans 37% des cas, une hyperplasie de l'endomètre dans 13% des cas, l'association avec une endométriose externe n'est retrouvée que dans 7% des cas.

L'âge des patientes est compris entre 40 et 50 ans dans 75% des cas et la majorité de nos patientes (88%) sont des multipares.

Des antécédents gynécologiques à type de laparotomie, curetage ou césarienne sont retrouvés chez 40% entre elles.

Le motif de consultation est dominé par un syndrome hémorragique (62% des cas), il s'agit le plus souvent de ménorragies, rarement de métrorragies isolées. Le syndrome douloureux est noté dans 82% des cas. Il s'agit le plus souvent d'une dysménorrhée primaire aggravée secondairement. Certaines de nos patientes se plaignaient de douleurs pelviennes permanentes aggravées secondairement en période prémenstruelle. Deux d'entre

elles présentaient une dyspareunie que nous avons pu expliquer par l'association avec une endométriose externe.

A l'examen clinique, l'utérus est augmenté de volume dans 49% des observations. Les examens complémentaires sont d'inégales valeurs. L'hystérosalpingographie a révélé des signes évocateurs dans 30% des cas. Notre traitement était essentiellement chirurgical.

DISCUSSION

Compte tenu des difficultés diagnostiques, ainsi que de la complexité de l'histologie, l'étude épidémiologique de l'adénomyose s'avère difficile. Son incidence sur la pièce d'hystérectomie varie entre 10 et 40% (1). Elle touche dans plus de la moitié des cas des patientes en péri-ménopause. La plupart sont des multipares (1).

Tableau n°1

Auteurs	Nombre de cas	Nombre d'hystérectomie	Pourcentage
Gautier	246	926	38%
Owalabi	161	1619	10%
Tompson	112	702	16%
Notre série	58	352	16,4%

Fréquence par rapport au nombre d'hystérectomie

La symptomatologie est peu spécifique (2,3), elle est dominée par l'association d'un syndrome hémorragique à type de ménorragies associées parfois à des métrorragies et à syndrome douloureux classiquement prémenstruel (tableau n°2).

Tableau n°2

Auteurs	Syndrome hémorragique	Syndrome douloureux
Gautier	75%	85%
Owalabi	65%	38%
G.E.E*	67%	72%
Notre série	62%	82%

*Fréquence des principaux signes cliniques
(*): Groupe d'Etude de l'Endométriose*

L'examen clinique est pauvre et peu spécifique, souvent dominé par les signes d'une autre pathologie associée.

Tableau n°3

Auteurs	Isolée	Fibrome	Endométriose externe	Pathologie ovarienne	Hyperplasie del'endomètre
Gautier	26,4%	46,6%	21,4%	20,45%	15,7%
Owalabi	39,7%	33%	11%	12%	23,7%
Tompson	-	37,5%	-	47,3%	-
Notre série	5,7%	36,1%	7%	37%	13%

Fréquence des pathologies associées à l'adénomyose

L'hystérosalpingographie reste un examen essentiel dans le diagnostic de l'adénomyose bien que sa sensibilité soit imparfaite (4). Les images diverticulaires sont caractéristiques et quasi pathognomoniques. Elles seraient présentes dans environ 30% des cas selon l'enquête du G.E.E. On décrit également des signes indirects représentés par l'ectasie globale de la cavité utérine ou localisée aux cornes, la rigidité segmentaire d'une paroi ou l'aspect d'angulations multiples en ligne brisée.

Les signes échographiques sont discrets et peu spécifiques, on peut voir une majoration d'épaisseur du myomètre dont l'échostructure est finement hétérogène (4).

L'hystérocopie peut mettre en évidence ces petits orifices punctiformes correspondant aux canaux diverticulaires, parfois elle montre des nodules bleutés sous muqueux associés à une hypervascularisation de surface (6,4).

Compte rendu de ces difficultés diagnostiques, le traitement est le plus souvent entrepris sans qu'une certitude diagnostique soit formellement établie (2). Dans un premier temps, on peut prescrire les progestatifs dérivés de la 19 norprogestérone en continu ou de façon séquentielle 20 jours par mois. Certains auteurs utilisent le Danazol de façon séquentielle 20 jours par mois à la dose de 200 à 400 mg par jour cependant ses effets androgéniques limitent sa prescription (5).

Les analogues de LH-RH ont démontré leur efficacité sur les troubles du cycle et les métrorragies de la péri-ménopause, cependant leur coût limite leur prescription (5,7).

La résection de l'endomètre sous hystérocopie n'a pas donné satisfaction, Mergui (6) a rapporté 33% d'échec sur une série récente. Enfin, l'hystérectomie reste dans de nombreux cas la seule solution thérapeutique (4,8).

CONCLUSION

L'adénomyose est souvent méconnue, le diagnostic est pourtant possible à condition d'y penser devant tout syndrome hémorragique ou douloureux au-delà de 35 ans chez une femme multipare d'autant plus s'il résiste au traitement classique, sans qu'un diagnostic précis ne soit établi.

BIBLIOGRAPHIE

1- **T.O. Owalabi, R-C. Stricker** : Adenomyosis a neglected diagnostic. *Obst-gyneco N-Y.* 1997, 50, 427-27.
 2- **O. Jourdain, F. Rauch, J. Rivel, L-B. Maugey** : Adénomyose. *Encycl Med Chir, Gynéco* 150-A-20 1997, 5p.
 3- **AM. Siégler, L. Camilien** : Adenomyosis Clinical Perspectives. *J Reprod Med* 1994, 39, 841-853.
 4- **L. Boubli, B. Blanc** : Adénomyose, hystérocopie opératoire, hormonosubstitution de la ménopause. *Contracept Fertil sex* 1994, 22, 847-850.

5- **P. Madelenet, E. Cornier** : les traitements de l'adénomyose 2e journée du G.E.E. Paris Winthrop 1989.
 6- **J-L. Mergui, A. Solidahis** : Adénomyose, place du traitement hystérocopique. *Contracept Fertil sex* 1995, 23, 590-94.
 7- **P. Lopes, A. Mensier, F-X. Laurant** : Douleurs pelviennes et endométriose. *Rev Fr Gynéco-obst* 1995, 90, 2, 77-83.
 8- **J. Belaisch** : Réflexion sur les endométrioses résistantes. *Contracept Fertil sex* 1994, 22 (Suppl 12), 791-795.