

RASOLOFONDRAIBE Robin Richard

**L'ADENOMYOSE
A PROPOS DE SIX CAS**

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

Année : 2005

N°: 7346

L'ADENOMYOSE
A PROPOS DE SIX CAS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13/12/05
Antananarivo

Par

Monsieur RASOLOFONDRAIBE Robin Richard

Né le 08 Mai 1972 à Fandriana

Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

MEMBRES DU JURY :

Président : Professeur RASOLOFONDRAIBE Aimé

Juges : Professeur ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Professeur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

Rapporteur : Docteur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

UNIVERSITÉ D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE
Année Universitaire 2004 – 2005

I- DIRECTION

A. DOYEN

M. RAJAONARIVELO Paul

B. VICE-DOYENS

- | | |
|---|--|
| - Relations avec les Institutions et Partenariat | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Troisième Cycle Long et Formation Continue | M. RAJAONA Hyacinthe |
| - Scolarité (1 ^{er} et 2 nd cycles) | M. RANAIVOZANANY Andrianady
M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland |
| - Ressources Humaines et Patrimoine | M. RAMAKAVELO Maurice Philippe |
| - Relations Internationales | M. RAKOTOBÉ Pascal |
| - Thèses, Mémoires, Recherche, Agrégation, Titularisation | M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa |
| - Appui à la Pédagogie et Stages Hospitaliers | M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin |
| - Troisième Cycle Court (Stage interné et Examens de Clinique) | M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa |
| - Technologies de l'Information, de la Communication et de la Télé médecine | M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa |

C. SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II. PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT

M RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

III. CHEFS DE DEPARTEMENT

- | | |
|-------------|-----------------------------------|
| - Biologie | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Chirurgie | M. RANAIVOZANANY Andrianady |
| - Médecine | M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa |

- Mère et Enfant Mme RAVELOMANANA
RAZAFIARIVAO Noëline
- Santé Publique M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin
- Tête et cou Mme ANDRIANTSOA
RASOAVELONORO Violette

IV- PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

M. RAJAONARIVELO Paul

V- COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A- PRESIDENT

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B- ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE
DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme Pr. RAMAHANDRIDONA Georges
- Médecine Légale Pr. SOAVELO Pascal
- Néphrologie Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

- Pneumologie – Phtisiologie Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale Pr. RANDRIANASOLO Olivier

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- | | |
|---------------------------------------|--|
| - Administration et Gestion Sanitaire | Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA
RAHANTALALAO Henriette |
| - Education pour la Santé | Pr. ANDRIAMANALINA Nirina |
| - Médecine du Travail | Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie |
| - Santé Communautaire | Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné |
| - Santé Familiale | Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin |
| - Santé Publique et Recherche | Pr. ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson |
| - Statistiques et Epidémiologie | Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie |

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- | | |
|----------------------------|--|
| - Anatomie Pathologique | Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa |
| - Anesthésie – Réanimation | Pr. FIDISON Augustin
Pr. RANDRIAMIARANA Joël |

DEPARTEMENT TETE ET COU

- | | |
|---|--|
| - Ophtalmologie | Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO
Violette |
| - ORL et Chirurgie Cervico – faciale | Pr. BERNARDIN Prisca
Pr. RABENANTOANDRO Casimir |
| - Stomatologie | Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné |
| - Stomatologie et Chirurgie Maxillo – faciale | Pr. RAKOTOBÉ Pascal |

2) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE DEPARTEMENT BIOLOGIE

- | | |
|-------------|--------------------------|
| - Biochimie | Pr. RANAIVOCHARISOA Lala |
|-------------|--------------------------|

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie
- Radiothérapie – Oncologie Médicale

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie

Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline
Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation

Pr. ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro – Chirurgie
- Ophtalmologie

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément
Pr. RASIKINDRAHONA Erline

3) MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

M. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

M. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

VI- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMANATSARA Lambosoa
Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. ANDRINANDRASANA Arthur
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Pr. AUBRY Pierre
Pr. KAPISY Jules Flaubert

Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. RANDRIAMAMPANDRY
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée
Pr. RANDRIANARIVO

Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. RABETALIANA Désiré

Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery
Honoré Blaise

Pr. RADESA François de Sales
Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. RAJAONA Hyacinthe
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. RAKOTOMANGA Robert
Pr. RAKOTOMANGA Samuel
Pr. RAKOTO – RATSIMAMANGA S.U.

Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA
Marthe
Pr. ZAFY Albert

VII- IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson

Pr. RAJAONERA Frédéric

Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson

Pr. RAKOTOSON Lucette

Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette

Pr. RAMAROKOTO Razafindramboa

Pr. RAKOTOBÉ Alfred

Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide

Dr. RAKOTONANAHARY

Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël

Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin

Pr. RAMANANIRINA Clarisse

Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder

Pr. RANIVOALISON Denys

Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana

Pr. RAVELOJAONA Hubert

Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel

Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme

Pr. RAKOTONIAINA Patrice

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert

Pr. RANDRIANARISOLO Raymond

Dr. RABEDASY Henri

Pr. MAHAZOASY Ernest

Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard

Pr. RAZAFINTSALAMA Charles

Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme

Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre

Pr. MANAMBELONA Justin

Pr. RAZAKASOA Armand Emile

Pr. RAMIALIHARISOA Angeline

VIII- ADMINISTRATION

CHEFS DE SERVICES

ADMINISTRATION ET FINANCES

M. RANDRIARIMANGA Henri

APPUI A LA RECHERCHE ET
FORMATION CONTINUE

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS

M. RAMARISON Elysée

RESSOURCES HUMAINES

Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F.

SCOLARITE ET APPUI
A LA PEDAGOGIE

Mme SOLOFOSAONA Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG

M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

DEDICACES

A Dieu Tout-Puissant : *Honneur, Gloire et Louange.*

A toi Dédé

Tu étais le meilleur ami que j'ai jamais eu, tu étais le seul qui aies bien voulu me croire quand j'eus décidé de faire médecine. Je suis maintenant médecin seulement tu n'es plus là pour voir notre projet se réaliser...Mais je sais que tu es toujours avec moi...Que la paix du Seigneur soit toujours avec toi

A mes parents :

Pour avoir un bon esprit, il faut se nourrir de bons modèles. Et pour moi, vous êtes les meilleurs modèles qui soient.

Puisse ce modeste travail être la preuve de mon affection et le premier témoin de ma profonde reconnaissance.

A mes frères et sœurs :

Avec vous j'ai partagé joies et peines, ma sincère affection.

A tous mes amis

Meilleurs souvenirs pour les moments passés ensemble.

A tous ceux et celles qui ont collaboré de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Je vous remercie de votre aide.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur RASOLOFONDRAIBE Aimé

Grand-Croix de deuxième classe de l'Ordre National Malagasy

Professeur Emérite en Chirurgie Générale à la Faculté de Médecine
d'Antananarivo

*Aucun mot ne peut exprimer le sentiment de vive reconnaissance que nous
éprouvons pour vous qui avez accepté de présider cette thèse.*

A NOS MAITRES ET HONRABLES JUGES DE THESE

Monsieur le Docteur ANDRIAMANANTSARA Lambosoa

Professeur Emérite en Chirurgie Générale de la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

Monsieur le Docteur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Stomatologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

Président de Conseil d'Etablissement à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Malgré vos multiples occupations vous avez bien voulu siéger parmi les membre du jury de notre travail ; veuillez accepter l'expression de nos sentiments les meilleurs.

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE

**Monsieur le Docteur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY
Rakotovao**

Ancien interne des Hôpitaux

Chef de Clinique en Gynécologie Obstétrique

Vous avez aimablement inspiré le sujet de cette thèse, malgré vos nombreuses occupations, vos guides, vos conseils, vos remarques nous ont beaucoup aidé pour la réalisation de ce travail.

Veuillez croire à notre estime et agréer notre profond et respectueux attachement.

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul.

*En témoignage de notre gratitude envers vous et envers les enseignements
que nous avons puisés à la faculté de médecine d'Antananarivo.*

Avec tous nos remerciements.

**A TOUS NOS MAITRE ET ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE
MEDECINE D'ANTANANARIVO ET DES HOPITAUX.**

Pour les enseignements qu'ils nous ont prodigués.

Notre reconnaissance et notre sincère respect.

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE
LA FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO.**

Nos vifs remerciements.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS :	
Histologie de l'endomètre.....	3
Histologie du myomètre.....	4
Physiologie du cycle menstruel.....	5
L'adénomyose.....	6
Epidémiologie.....	6
Physiopathologie.....	7
Tableau clinique.....	9
Examens paracliniques.....	10
Traitements.....	13
Evolution.....	16
DEUXIME PARTIE : OBSERVATIONS	
PREMIERE PATIENTE.....	18
DEUXIME PATIENTE.....	21
TROISIEME PATIENTE.....	24
QUATRIEME PATIENTE.....	27
CINQUIEME PATIENTE.....	32
SIXIEME PATIENTE.....	37
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	
Epidémiologie.....	42
Clinique.....	42
Paracliniques.....	44
Traitements.....	45
Evolution.....	46
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°1 : Aspect histologique de l'adénomyose.....	...10
Figure n°2 : Aspect hystérosalpingographique de l'adénomyose...12
Figure n°3 : Aspect hystérocopique de l'adénomyose.....14

LISTE DES PHOTOS

	Pages
Photo n° 1 :: Histologie de la première patiente.....	22
Photo n°2 : Histologie de la deuxième patiente.....	26
Photo n°3 : Histologie de la troisième patiente.....	29
Photo n°4 : Histologie de la quatrième patiente.....	33
Photo n°5 : Histologie de la cinquième patiente.....	38
Photo n°6 : Histologie de la sixième patiente.....	43

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

DIU : dispositif intra-utérin

ECBU : étude cyto-bactériologique des urines

FSH : folliculine stimulating hormone

g : gramme

HCG : hormone chorionique et gonadotrope

Kg : kilogramme

m : metre

mEq : milliéquivalent

mmol : millimole

ml : millilitre

l : litre

LH : lutening hormone

% : pourcentage

UI : unité internationale

μmol : micromole

INTRODUCTION

L'adénomyose conserve un caractère mystérieux et incertain. En effet, que ce soit par sa physiopathologie qui n'est pas encore élucidée, ou que ce soit par les difficultés diagnostiques secondaires au manque de spécificité des symptômes rapportés par les malades, pouvant aller d'une simple douleur pelvienne à un gros col utérin simulant un processus maligne, ou par l'absence d'un traitement conservateur efficace, l'adénomyose demeure encore étroitement liée à l'hystérectomie. Pourtant la recherche actuelle semble promettre d'autres alternatives aussi bien dans le domaine diagnostique que dans les moyens thérapeutiques. On va dans un sens où la fatalité de l'hystérectomie pourrait s'éloigner. Grâce au progrès des techniques d'imagerie et grâce à la biopsie sous contrôle échographique ou hystéroscopique de l'endomètre, l'adénomyose est diagnostiquée assez tôt et traitée à temps avec de moyens moins radicaux mais plus efficaces à l'instar du dispositif intra-utérin au danatrol (1). L'hystérectomie est alors réservée aux patientes de plus de 40 ans dont le volume de l'utérus est important et l'atteinte myométriale est profonde. Pour toutes ces nouveautés et ces avancées techniques, nous avons voulu orienter notre étude sur cette pathologie en rapportant les cas de six patientes prises en charge à la maternité de CEN. HO. SOA.

Les cas de nos patientes témoignent bien de l'aspect sournois de cette maladie mais également des limites de nos moyens diagnostiques et thérapeutiques pour rendre service à ces femmes qui ont mal presque tout le temps et qui saignent fréquemment. Pour ce faire nous allons suivre le plan suivant :

En premier lieu, nous allons voir un rappel sur l'histologie de l'endomètre et le myomètre, un rappel sur la physiologie du cycle menstruel et une revue de la littérature sur l'adénomyose.

En second lieu, nous présenterons les observations de nos patientes durant leur séjour hospitalier et durant les périodes post-opératoires immédiates et à moyen terme lors des consultations de contrôle à titre externe.

Et en troisième lieu, nous exposerons les commentaires et discussions qu'a pu soulevés l'étude de cette série de six cas d'adénomyose.

Et quelques notions pratiques à la fin pour conclure l'étude de notre série.

PREMIERE PARTIE :
RAPPELS

I. HISTOLOGIE DE L'ENDOMETRE (2)

1.1. L'ENDOMETRE CORPOREALE :

L'endomètre adhère fermement au myomètre sous-jacent.

Il subit des transformations structurales et fonctionnelles cycliques constituant ainsi le « cycle endométrial » en réponse à l'activité sécrétoire des ovaires.

De la surface en profondeur il comprend :

- Un épithélium de surface cylindrique unistratifié avec des plages épithéliales de cellules ciliées, des cellules intercalaires et des cellules sécrétantes.
- Les glandes utérines qui sont des tubes simples (invaginées en doigts de gant) traversant la totalité de la muqueuse pouvant se ramifier vers leurs extrémités basales.
- Le chorion cytogène ou stroma sépare les glandes entre elles. C'est un tissu conjonctif particulier, riche en fibres réticulines enchevêtrées développés surtout autour des glandes et des vaisseaux, pauvre en fibres collagènes, qui subit aussi une évolution cyclique.

Les cellules du stroma sont des cellules étoilées irrégulières, on y trouve également des cellules lymphoïdes libres et des leucocytes granuleux.

Les vaisseaux y sont nombreux : la vascularisation artérielle issue de l'utérine comporte à la fois un système capillaire basal et un système superficiel. Seul le réseau de surface formé par les artérioles spiralées, présente des modifications au cours du cycle. Ce réseau est drainé par un système veineux étendu.

I.1. 2 AU NIVEAU DE L'ISTHME

On rencontre les mêmes constituants de la muqueuse utérine, seulement les variations sécrétoires y sont moins marquées au cours de la phase lutéale, le stroma est peu dense.

I.1. 3 MUQUEUSE CERVICALE

Au niveau de l'exocol, partie saillante dans le vagin, l'épithélium est identique à celui du vagin : pavimenteux pluristratifié non kératinisé mais très riche en glycogènes. Elle subit des modifications cycliques comme la muqueuse corporeale.

Au niveau de l'endocol, la partie interne de la surface de la muqueuse est plissée et forme « l'arbre de vie », plus riche en formation glandulaire dans les 2/3 supérieures.

L'épithélium unistratifié est mucipare surtout dans les sillons. En cas d'inflammation chronique, on trouve fréquemment des dilatations glandulaires kystiques remplies de mucus. Ce sont les œufs de NABOTH.

I. 2 LE MYOMETRE (3)

En dehors de la grossesse, le myomètre est formé de trois couches de fibres musculaires lisses dont :

Au niveau du corps :

Une couche externe mince en deux plans : superficielle longitudinale et profonde circulaire.

Une couche moyenne plexiforme très épaisse formée de fibres musculaires entrecroisées dans tous les sens.

Une couche interne circulaire avec quelques fibres longitudinales profondes.

Au niveau du col :

La paroi est moins épaisse et les trois plans moins nets :

Les couches interne et externe longitudinales sont clairsemées.

La couche moyenne circulaire forme presque toute la paroi.

II. LA PHYSIOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL

En réalité il existe trois cycles mensuellement chez la femme : le cycle ovarien, le cycle utérin ou endométrial celui qui nous concerne en particulier dans cette étude et le cycle vaginal enfin. Tous ces cycles sont sous la dépendance des hormones sexuelles entre autres les oestrogènes et la progestérone ovariennes elles même régulées par la sécrétion anté-hypophysaire des gonadostimulines : la FSH et la LH. Et tout au sommet de la régulation de ces activités sécrétoires se trouve l'hypothalamus contrôlant l'hypophyse par l'intermédiaire de neuro-hormone le releasing-factor : le Gn-RH

L'activité sécrétante des glandes endométriales est sous la dépendance des oestrogènes qui sont plus abondantes en phase folliculaire qu'en phase lutéale.

Le cycle endométrial comprend quatre phases :

- La première du 5^e au 7^e jour, la phase de prolifération ou phase folliculaire : de la fin de l'écoulement menstruel jusqu'à la période ovulatoire. Elle est caractérisée par la régénération rapide de l'endomètre à partir de l'étroite zone restant après la menstruation précédente.
- La deuxième, la phase sécrétoire ou phase progestative : elle commence après l'ovulation et dure pendant 13 à 14 jours. Elle est caractérisée par l'hypertrophie des cellules glandulaires et l'augmentation du liquide interstitiel entraînant une augmentation de l'épaisseur de l'endomètre.
- La troisième, phase ischémique ou prémenstruelle : elle commence au treizième ou quatorzième jour après l'ovulation jusqu'à la menstruation, caractérisée par des changements vasculaires qui consistent en une contraction intermittente des artérioles spiralées entraînant l'anémie et l'ischémie de la muqueuse.
- La quatrième ou phase menstruelle :

elle est caractérisée par la nécrose de la couche fonctionnelle avec évacuation de tissu et de sang d'origines artérielle et veineuse constituant les menstrues. Cette phase est étroitement liée au collapsus des vaisseaux, et surtout à une résorption de la substance intercellulaire et à une cytolysse diffuse sans destruction de l'architecture générale. Elle aboutit à une contraction importante du stroma et des glandes endométriales sans desquamation importante. La nécrose superficielle est limitée et se fait par lambeaux de taille inférieure à 500 micromètres. (4)

Notons le fait que l'œstrogène est le responsable de l'hypertrophie endométriale.

III .L'ADENOMYOSE

III. 1 DEFINITION

L'adénomyose est caractérisée par présence ectopique et fonctionnelle de foyers d'endometre composés de glandes et de stroma (chorion cytogène) profondément enchâssés dans le myomètre. (5)

L'adénomyose est également connue sous le nom d'endométriose interne.

III. 2 EPIDEMIOLOGIE

L'adénomyose est présente chez 10 à 20 % des femmes dans la population générale et sur 40 % des pièces d'hystérectomie (6). Cette affection est essentiellement rencontrée chez les patientes multipares âgées de plus de 45 ans. (7)

Elle touche la femme en activité génitale ; retrouvée surtout en préménopause : la 4^e et la 5^e décennie et rarement après 60 ans. (8)

Les facteurs de risque sont la multiparité, le curetage, l'hyperoestrogenie. (9)

Quant au rôle de la césarienne dans la survenue de lésion adénomyosique, il reste discuté : Canis, Mage, Pouly (des Anglophones) soutiennent que les antécédents de chirurgie gynécologique autres que la césarienne sont des facteurs de risque. (6), (10) Alors que Lansac et Lecomte rapportent la découverte d'invagination d'endomètre dans les cicatrices de césarienne (11)

Les données épidémiologiques de l'adénomyose sont donc pour le moment assez relatives du fait de la faiblesse de la sensibilité des moyens diagnostiques non invasifs disponibles et de la différence de la technique d'analyses anatomo-pathologiques utilisées qui peuvent faire varier l'incidence de sa découverte sur une pièce d'hystérectomie de 5 à 70 % (6)

III. 3 PHYSIOPATHOLOGIE

Encore hypothétique (5) :

Pour Cullen, la migration des glandes endométriales dans le myomètre est secondaire à une fragilité de la sous-muqueuse, les nodules d'adénomyose se développent alors à partir de diverticules des couches basales de l'endomètre. Cette fragilité de la sous-muqueuse serait consécutive à des traumatismes de l'endomètre comme le curetage, les fausses couches. (12) Ces ectopies portent la même concentration de récepteur des œstrogènes que l'endomètre normal. (13) ; (14)

Pour Minh, c'est une métaplasie : transformation des cellules mésothéliales entre la couche basale de l'endomètre et le myomètre sous l'action d'un stimulus encore inconnu. (15)

D'autres théories ont été avancées :

Le facteur génétique est évoqué devant le cas d'adénomyose retrouvé chez des jumelles homozygotes. (16)

Le facteur hormonal, tel que les stéroïdes sexuels à forte dose, ou la prolactine, faciliterait la pénétration du tissu endométrial dans le myomètre en provoquant une dégénérescence myométriale. (17) Ces molécules agissent directement sur la zone de jonction endo-myométriale mise en évidence par

résonance magnétique. La rupture de cette zone de jonction apparaît comme étant l'étape initiale de la maladie. (18)

Le facteur enzymatique a été récemment étudié mais la recherche est encore à sa phase initiale. (19) ; (20)

III. 4 ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le diagnostic histologique peut être également difficile à réaliser du fait d'une association fréquente de l'adénomyose à d'autres lésions utérines comme le fibromyome, l'hyperplasie de l'endomètre, l'endométriose externe, voire une pathologie ovarienne ou tubaire. Par ailleurs s'il s'agit d'une adénomyose diffuse microscopique, les biopsies insuffisamment nombreuses peuvent passer à côté du diagnostic. (21)

Il est tout de même à noter que la localisation de glandes endométriales et de chorion cytogène dans les trompes de Fallope, séparée de l'ensemble de l'endomètre par une zone de muqueuse salpingienne saine, constitue non une adénomyose mais une salpingiose qui est une autre entité de l'endométriose.(6)

Macroscopique

L'utérus est augmenté de volume de façon harmonieuse, parois pâles, épaissies, souvent au niveau de la face postérieure et les cornes, la profondeur atteint au moins les 2/3 du myomètre et parfois toute son épaisseur voire la séreuse et dans ce cas elle prend l'aspect d'une endométriose externe. (22)

Microscopique

Les éléments glandulaires à l'état quiescent ou prolifératif et le chorion cytogène sont entourés de fibres musculaires lisses hypertrophiques à distance de la jonction endo-myométriale et envahissent le champ myométrial à

plus d'un champ microscopique (23) ; (24). Ces lésions sont le plus souvent diffuses ou localisées et il n'existe pas de zone de clivage entre ces foyers d'adénomyose et les fibres myométriales hypertrophiques qui l'entourent. (25)

Image n°1



Foyer ectopique de glande utérine au sein du myomètre

III. 5 CLINIQUE

Le diagnostic est rarement posé sur les signes cliniques mais sur les pièces d'hystérectomie.

La clinique est dominée par deux signes classiques : la douleur pelvienne et la ménorrhagie (26). Mais en réalité les signes sont très disparates, pouvant aller d'une simple dyspareunie à un gros col suggérant un cancer du col.

Les ménorrhagies sont d'allures secondaires avec une aggravation progressive rebelles aux traitements hémostatiques ou progestatifs voire au curetage. Le caractère résistant à toute thérapeutique est d'ailleurs très suspect d'adénomyose. On peut même voir des métrorragies pouvant être compliquées d'anémie (5).

Le syndrome douloureux est classiquement prémenstruel tardif, progressif pour atteindre son summum le 2^e et 3^e jour de l'écoulement du flux

menstruel. Cette dysménorrhée est dans la plupart des cas primaire 76% et aggravée dans 40% des cas. Il peut exister de pesanteur pelvienne inter menstruelle à irradiation postérieure, ainsi qu'une dyspareunies profonde, ou des troubles urinaires. (5) ; (8) Et cette liste est loin d'être exhaustive.

L'examen clinique reste le plus souvent normal, trouve parfois un utérus légèrement augmenté de volume, dur et douloureux surtout en période prémenstruelle. (27)

Les douleurs pelviennes sont souvent cycliques et rebelles aux antalgiques habituels. (28)

Et il reste encore une fraction de 5 à 35% qui est asymptomatique. (26)

III. 6 COMPLICATIONS

Surtout la stérilité secondaire mais peut être primaire chez les femmes jeunes par obstacle cornuale. En cas de grossesse les complications obstétricales comme la rupture utérine, le placenta praevia, le placenta accreta ou percreta peuvent se voir mais c'est rare car les femmes porteuses d'adénomyose tombent rarement enceintes. (2)

L'association adénomyose cancer reste controversée, aucun lien de cause à effet n'a été jusqu'à ce jour retrouvé. (28) ; (29)

III. 7 PARACLINIQUES

Il n'existe pas actuellement de diagnostic biologique. L'examen paraclinique repose surtout sur l'imagerie médicale.

III. 7. 1. L'HYSTEOSALPINGOGRAPHIE

Elle donne des signes directs confirmant le diagnostic sous forme **d'image d'addition** : pathognomonique, vue sur le cliché en réplétion, siège au

niveau du corps utérin, ou bien des images en boule de gui ou des spicules perpendiculaires au bord utérin. (27)

Et les signes indirects : au niveau des cornes, réalise le *tuba erecta* ou en tête de taureau (ectasie). On peut voir aussi des rigidités des parois utérines réalisant des lignes brisées. (30)

L'obstruction tubaire se traduit par une rétention endo-utérine de produit de contraste sur des clichés tardifs.

Image n°2



Image en cornes de taureau, image d'addition, élargissement cavitaire

III. 7. 2. L'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE (IRM)

Cet examen, contrairement à l'échographie a l'avantage d'être non manipulo-dépendant. L'image obtenue en T1 est normale alors qu'en T2 le signal est plus intense que le myomètre adjacent. Les critères retenus sont un élargissement de plus de 5mm de la zone de jonction avec un aspect hétérogène du myomètre hypertrophié. La valeur prédictive négative de l'IRM est de l'ordre de 89% et sa valeur prédictive positive est de 65%. (31) ; (32)

L'autre avantage de l'IRM est de permettre dans 90% des cas d'éliminer un myome interstitiel qui présente une interface nette et non infiltrative avec le myomètre adjacent. (33)

III. 7. 3. L'ECHOGRAPHIE

Endo-vaginale elle montre un myomètre d'échostructure hétérogène associée ou non à des kystes. (31) Elle montre également de manière variable les éléments suivants : **augmentation de la longueur antéro-postérieure ou de la largeur utérine et de l'asymétrie des faces utérines.** (33) ; (34)

Sa spécificité et sa sensibilité sont de 86% voisinant celles de l'IRM, c'est-à-dire de l'ordre de 97% (31)

Abdominale elle montre juste **un utérus augmenté de volume** simulant souvent un utérus polymyomateux. Par voie abdominale l'ultrasographie n'est pas de grand secours pour porter le diagnostic d'une adénomyose. (5)

Le couplage au doppler couleur présente deux intérêts, même si la vascularisation des lésions d'adénomyose est peu spécifique. Il est utile pour différencier adénomyome et fibrome ou sarcome, ainsi que pour guider les biopsies myométriales dans les zones d'interruption du flux sanguin au niveau de la zone de jonction endo-myométriale. (35)

III. 7. 4. L'HYSTEROSCOPIE

Elle est aussi utile sur le plan diagnostique que thérapeutique. Le diagnostic peut être évoqué soit devant des signes majeurs correspondant à des orifices diverticulaires, ou à des kystes bleutés, soit devant des signes mineurs tels que des zones hypervascularisées focalisées, une rigidité des bords ou des cornes utérines étroites, d'aspect fibreux. Leur valeur prédictive négative serait de 95%. (36)

Image n°3



Orifices des diverticules adényomyosiques

III. 7. 5. LA BIOPSIE DE L'ENDOMETRE

Elle peut être réalisée soit par écho-guidée soit sous coelioscopie et a une spécificité voisinant les 100%. Ou bien on la réalise en pratiquant une coelioscopie. (37) ; (38)

III. 8 TRAITEMENTS

III. 8.1. BUTS :

Le but du traitement est de réduire et si possible supprimer les signes fonctionnels et les lésions anatomiques.

III. 8.2. MOYENS

Les moyens thérapeutiques peuvent être divisés en deux :

Les moyens conservateurs représentés par :

- les progestatifs dont voici une liste des produits couramment utilisés :

Médroxyprogestérone ou FARLUTAL® 10 mg

Promégestone ou SURGESTONE® 125-250 mg

Déméfestone ou LUTIONEX® 15 mg

Norétistérone ou NORLUTEN® 5 mg

Lynestrenol ou ORGAMETRIL® 5 mg

Nomegestrol acetate ou LUTENYL® 5-10 mg

Tous ces médicaments sont à prendre en 2 comprimés par jour du 5^e au 16^e voire au 25^e jour du cycle durant 6 ou 9 mois.

Mais il y a également l'administration locale de progestatif à l'aide d'un dispositif intra-utérin connu sous le nom de MIRENA® à laisser en place pendant 6 mois à un an.

- Les analogues de la LH-RH comme:

La triptoréline ou DECAPETYL LP® 3 mg

La leuproréline ou ENANTONE LP® 3, 75 mg Ce sont des préparations injectables en ampoule de 2ml à administrer par voie sous cutané ou en intramusculaire au 5^e jour du cycle ou toutes les 4 semaines et durant au moins 6 mois.

- La dérivée de la testostérone :

Le danazol ou DANATROL® 200 mg, comprimé que l'on donne comme les progestatifs. (39)

Mais actuellement le danazol est administré par voie locale depuis quelques années au moyen d'un dispositif intra-utérin. Cette méthode est en train de révolutionner actuellement l'évolution et le pronostic de l'adénomyose.

Le stérilet est imprégné de 300 mg de danazol et laissé en place chez la femme pendant 6 à 9, voire 12 mois si on veut avoir un effet contraceptif. (1)

Le contrôle par IRM de l'épaisseur de l'endomètre à 3 mois montre déjà une réduction à 1/3 de son épaisseur initiale associée à une rémission nette des éléments algiques et les meno-métrorragies. En plus l'administration locale du danazol évite ses effets systémiques donc on peut le prescrire même chez une personne ayant de risque cardio-vasculaire ou d'antécédent d'embolie. Enfin le DIU au danazol ne compromet pas la fécondité de la femme, après le traitement la conception et la gestation sont encore possibles. (1)

Les récurrences semblent moins fréquentes que pour les traitements hormonaux administrés par voie générale. (1)

Les moyens chirurgicaux ou moyens radicaux :

- L'endoméctomie, elle peut être réalisée par l'hystérocopie opératoire, soit par photocoagulation au Laser Nd-YAG ou par coagulation électrique au « *roller-ball* » soit par résection à l'anse diathermique qui a l'avantage de préserver les pièces opératoires pour l'étude anatomo-pathologique.

L'endoméctomie se réalise après avoir distendu la cavité utérine au glycolle.

Les limites de l'endoméctomie sont la difficulté de réalisation en cas d'utérus trop volumineux ou de présence de foyer d'adénomyose trop enchassé en profondeur dans le myomètre. Le risque de perforation utérine et le syndrome de dilution sont des incidents qui peuvent survenir mais ils sont très rares.

- l'hystérectomie, elle doit être totale étant donné les cas de récurrence sur col restant, elle doit être la solution de dernier recours.

III. 8. 3. INDICATIONS :

Le consensus actuel veut qu'on utilise :

Chez les femmes jeunes moins de 40 ans, les progestatifs du 14^e au 26^e jour du cycle ou en continue en première intention.

Les dérivés de la LH-RH chez les plus de 40 ans ou en cas d'échec des progestatifs.

Le dispositif intra-utérin au danazol doit être proposé à toutes les femmes jeunes et moins jeunes désirant encore une grossesse et doit être préféré aux progestatifs.

Après 40 ans et si l'utérus n'est pas de trop grand volume et après échec des progestatifs l'endométréctomie sera proposée.

L'hystérectomie sera réalisée seulement en cas d'échec de tous les autres moyens conservateurs, semi-conservateurs ou chez les ménopausées. Une hystérectomie d'emblée sera décidée si l'adénomyose pénètre à plus de 10 mm le myomètre ou si l'utérus est de trop gros volume.

III. 9. EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de l'adénomyose est imprévisible. Sans traitement elle évolue vers la chronicité : il y a des femmes qui vont se trouver avec des douleurs pelviennes cycliques ou permanentes. D'autres femmes auront des dysménorrhées de toute sorte : des polyménorrhées ou des hyperménorrhées. Et même si les accidents métrorragiques cataclysmiques pouvant mettre en péril la vie de la patiente sont exceptionnels, ils restent possibles. D'autres femmes associeront douleurs et métrorragies.

Certes, une guérison spontanée peut se voir sans que l'on sache pourquoi. Et des régressions sans traitement existent pendant la grossesse et à la ménopause.

Sous traitement médical, la plupart du temps on obtient une rémission relative des symptômes sans toujours avoir une guérison histologique. D'où la fréquence des récives. Et le problème ne se résout qu'au prix d'une hystérectomie totale. (39)

Actuellement, le DIU au danazol semble promettre un résultat beaucoup plus satisfaisant avec rémission symptomatique au bout de 3 à 6

mois et histologique au bout de 12 à 18 mois, avec possibilité de fécondité au bout de 24 mois(1)

L'hystéroscopie opératoire semble la meilleure solution sur les symptômes mais malheureusement elle compromet définitivement l'avenir obstétrical de la femme. Son efficacité est de l'ordre de 89% et les échecs post-hystéroscopie sont dus à la taille de l'utérus et à la profondeur de l'adénomyose. (40)

Du point de vue pronostique, on peut noter trois faits : l'adénomyose reste encore comme une maladie chronique mais ce pendant elle est guérissable.

Elle peut entailler sur le pronostic obstétrical de la femme en diminuant la fécondité et non la fertilité.

En fin, la relation adénomyose-cancer de l'endomètre semble inexistante. Du moins, pour le moment on ne l'a pas encore démontrée. (29)

DEUXIME PARTIE
NOS OBSERVATIONS

I. PREMIERE PATIENTE

I.1 L'INTERROGATOIRE

Notre première patiente est une femme de 42 ans, elle a eu huit gestes, quatre pares et quatre avortements dont deux provoqués suivis de deux autres spontanés et quatre enfants vivants.

Elle a été vue en consultation le 30 Novembre 2004 pour des ménorrhagies de plus de 7 jours et fréquentes, toutes les 3 ou 4 semaines depuis Février 2003 et pour des douleurs pelviennes évoluant depuis plus de deux ans sans traitement approprié ; traitement préconisé : paracétamol

Dans ses antécédents : ménarche à 12 ans, avec des cycles très irréguliers allant de 10 jours à 30 jours durant 4 jours avec algomenorrhée vers la fin des flux menstruels. Ses dernières règles datent du 15 Novembre 2004, c'est-à-dire il y a 15 jours. Elle est porteuse de leucorrhées blanchâtres de faible abondance depuis plus de 6 ans qui n'ont pas encore été traitées. Elle n'a pas encore été sous contraceptif et a été opérée de kyste de l'ovaire droit à 22 ans.

On retiendra en particulier quatre curetages pour ses quatre avortements à l'âge de 35ans, de 36ans, de 37ans et de 39 ans après ses quatre accouchements par voie basse à l'âge de 23 ans, de 25 ans, de 28 ans, et de 31ans. Seulement on n'a pas pu obtenir de renseignement précis sur la modalité des ses accouchements : on n'a pas pu savoir entre autre chose s'il y a eu ou non révision utérine dictée par une quelconque problème de la délivrance. Elle se rappelle seulement que tous ses quatre enfants sont nés à terme.

I. 2. L'EXAMEN CLINIQUE :

Il est normal dans son ensemble :

La femme a une morphologie typiquement féminine, elle n'est pas obèse, 54Kg pour 1m58 : son index de masse corporel est de 24

On note une pâleur assez prononcée des paumes des mains et des conjonctives.

L'abdomen paraissait légèrement augmenté de volume. Au spéculum, le col laisse sourdre du sang de moyenne abondance, le museau de tanche est de couleur normale, avec un ectropion à midi. La jonction épithéliale est bien individualisée. Les parois du vagin paraissent normales, légèrement pâles.

Au toucher vaginal combiné au palper abdominal, l'utérus est légèrement augmenté de volume, douloureux à la palpation. La mobilisation antéro-postérieure et latéro-latérale n'est pas douloureuse. Le col est long, postérieur, de consistance ferme, l'orifice externe entrouvert légèrement irrégulier. Les doigts sont souillés de sang.

I. 3. LES EXAMENS PARACLINIQUES :

Le frottis cervico-vaginal du 10/12/04 a montré un frottis subatrophique dans les limites de la normale.

L'échographie abdomino-pelvienne du 02/12/04 retrouve un utérus légèrement augmenté de volume avec des plages hétérogènes et un noyau hypoéchogène de 27mm diamètre en interstitiel antérieur et conclut : utérus myomateux.

L'hémogramme retrouve une anémie normochrome normocytaire avec une hémoglobinémie à 89g/l

I. 4. LES TRAITEMENTS

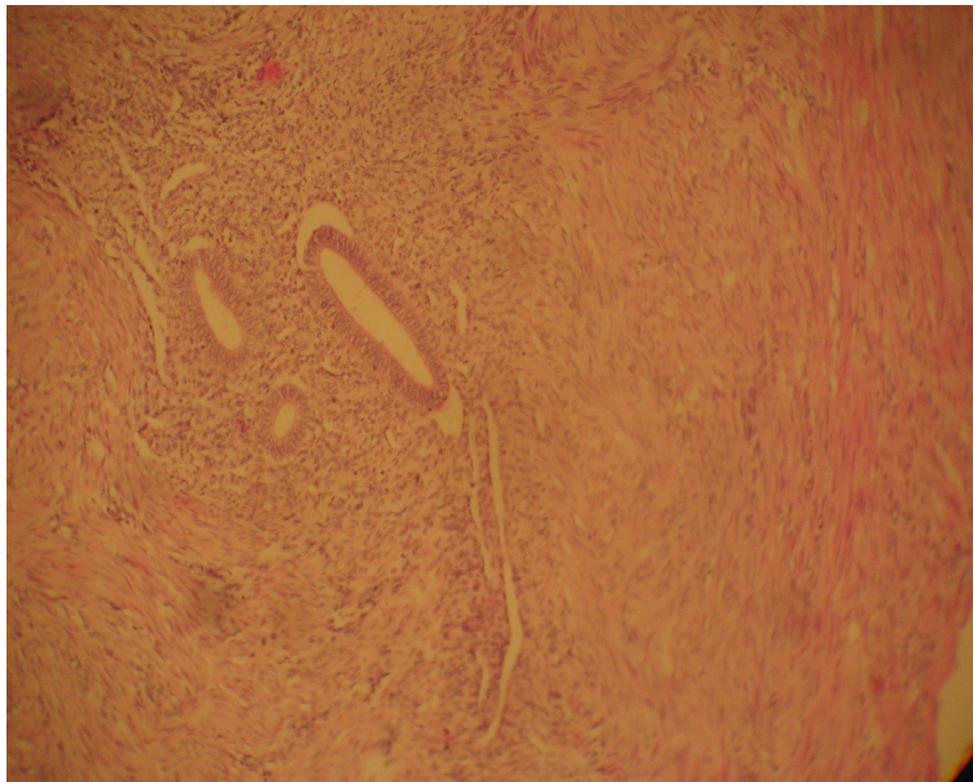
Combinant le tableau clinique avec les données paracliniques, on a décidé pour cette femme une hystéroscopie opératoire dont voici le compte rendu :

L'hystéroscopie du 20/12/04 a montré : face postérieure de l'endomètre pâle et atrophique ; face antérieure envahie de polypes. On procède à un curetage et une endométrectomie totale. Les pièces opératoires

sont envoyées en anatomie pathologique dont le résultat revient avec volumineux kyste cervical sans dysplasie, hypertrophie glandulaire utérine avec atypie.

Deux mois après l'intervention, arrêt de la menometrorragie mais persistance de la douleur pelvienne. On a alors décidé une hystérectomie totale par voie haute avec ablation des annexes, et l'anatomie pathologie revient avec **adénomyose et endométrite chronique**, pas de signe de malignité.

Photo n°1



I. 5. L'EVOLUTION

La suite a été favorable à part un hématome pariétal du 10^e jour post-opératoire.

II. DEUXIEME PATIENTE

II. 1. L'INTERROGATOIRE

Notre deuxième patiente est une femme de 37 ans ayant eu quatre gestes, deux pères, deux avortements, et deux enfants vivants.

Elle est admise d'urgence à l'hôpital pour métrorragies abondantes le 11 Octobre 2003. Elle avait d'abord eu un petit saignement depuis quatre jours puis la quantité devenait plus importante, l'obligea à venir aux urgences. Ses dernières règles datent du 28/08/03 et ont duré 4 jours.

Dans ses antécédents on note :

Ménarche assez précoce d'après elle, seulement, elle ne se souvient plus de sa date exacte.

Cycle très irrégulier variant de 20 à 35 jours, avec un flux sanguin de 4 ou 7 jours. Accompagné de douleurs pelviennes intense le deuxième jour.

Dans son passé, on note : -une salpingectomie pour grossesse ampullaire en 1995,

-Depuis longtemps, elle avait consulté, et avait été traitée sans succès pour leucorrhée de moyenne abondance, non prurigineuse et qui a quand même nécessité un frottis cervico-vaginal voire même une cônisation.

-une notion de salpingite subaiguë imposa une hospitalisation ici à l'hôpital militaire pendant une semaine en 1998,

-un fibrome découvert fortuitement par échographie en 2001 mais qui n'a pas nécessité un traitement particulier,

-un avortement de deux mois par aspiration endo-utérine en 2003,

-une turbinectomie pour végétations adénoïdes en 1983,

-une appendicectomie la même année.

Ses accouchements et ses grossesses se sont déroulés sans trop de difficulté notable, et elle a allaité tous ses deux enfants.

II. 2. L'EXAMEN CLINIQUE

Elle a conservé son état général. Elle avait un léger surpoids : 60 Kg pour 1m54 avec un index de masse corporelle à 27, on apprécie une discrète anémie des conjonctives.

Le principal signe était la métrorragie abondante, accompagnée de douleurs pelviennes intenses, permanentes, et majorées par l'écoulement sanguin, sans signe de cystite.

Le palper abdominal note juste un utérus douloureux non augmenté de volume et de surface régulier.

Le toucher vaginal perçoit un gros col, bourgeonnant, postérieur, perméable à un doigt, très sensible, les culs de sacs sont sensibles mais libres. Les doigtiers ramènent du sang rouge et des caillots.

Le reste de l'examen s'est avéré normal.

Notons que cet examen est fait à 5 jours de son avortement par aspiration.

II. 3. LES EXAMENS PARACLINIQUES

-Un frottis cervico-vaginal pratiqué le 25/11/02 montre une cervicite marquée à *Gardnerella vaginalis*, avec modification cellulaire probablement d'origine réactionnelle.

-Le deuxième frottis de dépistage du cancer du col, effectué le 08/04/03 revient avec les résultats suivants : le frottis exo-cervical apparaît de bonne cellularité, et présente une desquamation malpighienne de cellules superficielles et intermédiaires, avec d'assez nombreux cellules para-basales. Le fond se compose d'une flore mixte abondante et de nombreux polynucléaires altérés. Le frottis endo-cervical montre une desquamation de cellules malpighiennes également. Le fond se compose de mucus, de polynucléaires neutrophiles et de nombreux histiocytes. On ne trouve pas de cellules épithéliales atypiques ou suspectes de malignité. En tout, il s'agit d'une

lésion inflammatoire modérée non spécifique. Sans lésion dysplasique ou suspecte de malignité.

-L'échographie abdomino-pelvienne du 15/10/03 montre une vessie en réplétion à paroi fine, un utérus vide, de structure échogène homogène, de position et de taille normales. Pas d'anomalie annexielle, le douglas est libre.

-Une deuxième échographie du 25/10/03 retrouve un ovaire droit micropolykystique et un utérus fibromateux.

-Un dosage de beta H.C.G est de 71192 UI/l le jour de son avortement puis de 661 UI/l le 14/10/03 c'est à dire 8 jours après.

-Son ECBU est normal

II. 3. LES TRAITEMENTS

-D'urgence, on a d'abord arrêté l'hémorragie par des anti-hémorragiques classiques : acide tranexamique 250 mg injectable à raison de 3 ampoules toutes les 24 heures associées à de l'étamsylate comprimé de 500 mg à raison de 2 comprimés 3 fois par jours.

Ce traitement a pu juguler la métrorragie en cinq jours mais il reste maintenant le problème de gros col suspect, de la dystrophie ovarienne et du myome utérin.

-On décide alors d'une conisation le 02/11/03 :

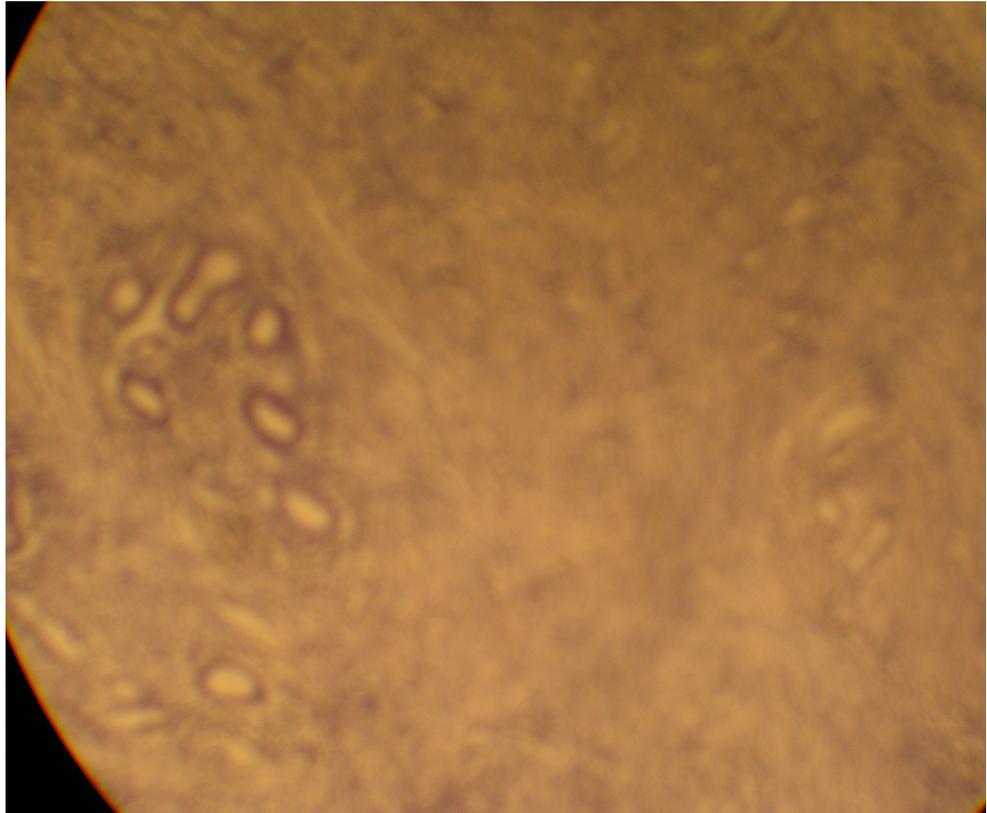
Et le résultat anatomo-pathologique revient avec cervicite chronique avec atypie.

-On décide d'une hystérectomie totale par voie haute un mois après pour la dystrophie ovarienne et le fibrome.

Per opératoire on note : un pelvis inflammatoire, un syndrome de Master Allen. On pratique une hystérectomie totale interannexielle en deux temps car le col était très friable. Une ovariectomie droite car l'ovaire paraissait suspect. Et fermeture pariétale.

L'examen anatomo-pathologique revient avec adénomyose diffuse.

Photo n° 2



II. 4. EVOLUTION

La suite opératoire était simple.

III. LA TROISIEME PATIENTE

III. I L'INTERROGATOIRE

Notre troisième patiente est une femme de 41 ans.

Elle a eu deux gestes, deux pères et deux enfants vivants : ses enfants, elle les a eu à trente ans et à trente cinq ans.

Elle a été admise à l'hôpital pour une hystérectomie par voie basse dictée par une ménométrorragies traitées sans succès depuis deux ans par des progestatifs de synthèse.

Dans ses antécédents on note :

-Ménarche à douze ans.

-Cycles particulièrement irréguliers tous les mois et demi ou tous les trois mois, voire tous les six mois. Et qui durent cinq à sept jours, avec des douleurs pelviennes intenses au deuxième et au troisième jour.

-Elle n'a jamais été sous contraceptif.

En particulier, elle avait depuis l'âge de 37 ans des règles prolongées jusqu'à 7 jours voire 10 jours avec des caillots et douleurs pelviennes intenses qui durent tout le long de l'écoulement du flux sanguin. Elle a également remarqué que la durée de son cycle diminuait : au lieu d'avoir ses règles espacées d'au moins 35 jours, elle les avait depuis ces trois dernières années plus fréquemment, à 25 jours d'intervalle parfois même à 22 jours. Elle a été mise sous PRIMOLUT-NOR® 10mg par jour du 15^e au 25^e jour du cycle sans amélioration notable.

-Les grossesses et l'accouchement de ses deux enfants se sont tous déroulés sans histoire particulière, d'après ses souvenirs. La délivrance n'a pas nécessité une révision utérine. Et les suites de couches ont été favorables sans phlébite ni infection.

-Elle a toujours allaité ses enfants.

-Les autres antécédents médicaux sont : une allergie à la pénicilline, une hypertension artérielle connue et traitée par beta bloquant depuis l'âge de 39 ans.

-Elle n'a jamais été opérée.

III. 2. L'EXAMEN CLINIQUE

Le tableau clinique est dominé par des ménometrorragies assez abondantes évoluant depuis deux ans mais devenues beaucoup plus importantes ces deux derniers mois. Elles sont associées à des douleurs pelviennes parfois intenses avant l'émission de caillots sanguins surtout.

Elle présente une obésité modérée en pesant 62 Kg pour 1m58 avec un index de masse corporelle à 28 Elle présentait une discrète anémie clinique avec pâleur conjonctivale discrète.

Elle ne présentait pas d'anomalie sénologique particulière.

L'abdomen augmentait un peu de volume, avec un utérus sensible au palper, augmenté de volume et de surface plus ou moins lisse.

Au spéculum on retrouve un col postérieur, avec une muqueuse exocervicale légèrement pâle, un ectropion à midi et la ligne de jonction épithéliale est bien visible sur le reste du col.

Du sang rouge et quelques caillots sourdent par l'orifice externe du col. Les parois vaginales sont normales à part une pâleur de la muqueuse.

Le toucher vaginal retrouve un col postérieur, long, ferme et fermé. L'utérus est antéversé, augmenté de volume. Sa mobilisation latéro-latérale est douloureuse, et il n'y a pas de masse pelvienne palpable.

Les doigts sont souillés de sang.

Ailleurs, il n'y a rien à signaler.

III. 3. LES EXAMENS PARACLINIQUES

L'hémogramme objective l'anémie avec une hémoglobémie à 96g/l.

Et pour tout examen morphologique, elle a juste bénéficié d'une échographie abdomino-pelvienne qui retrouve un utérus antéversé, mesurant 78 mm sur 56mm sur 37 mm. Avec une endomètre épaisse et 4 noyaux de myomes interstitiels corporeaux et isthmiques. Et conclut pour un utérus polomyomateux.

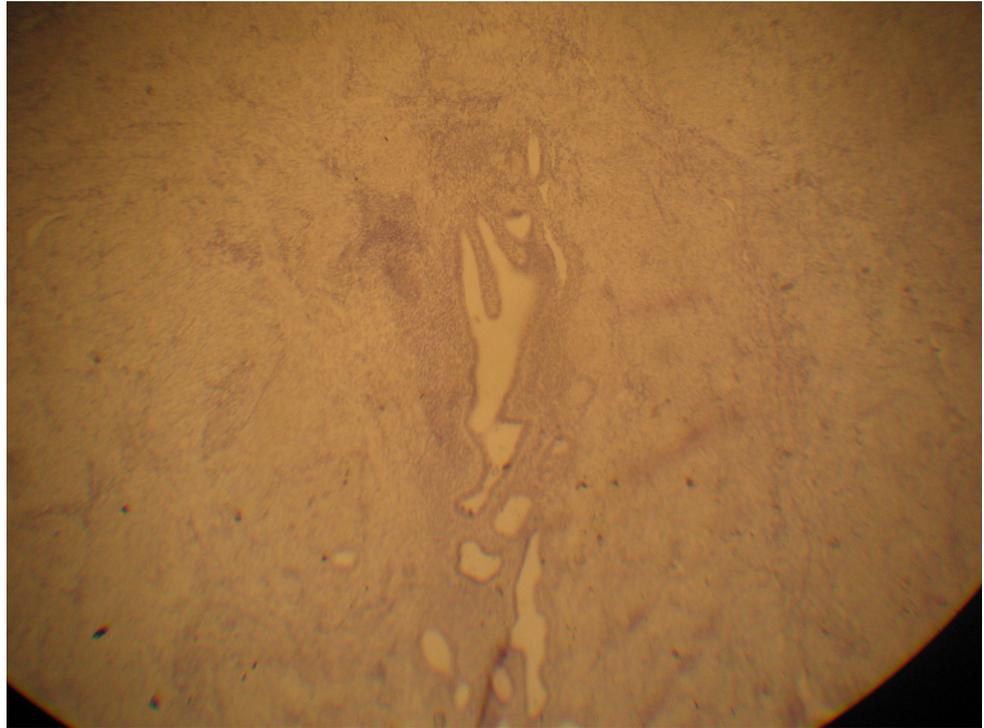
III. 4. LE TRAITEMENT

Pour cette patiente, on a d'emblée opté pour l'hystérectomie totale par la voie basse dont la suite a été simple.

L'examen anatomo-pathologique revient avec le résultat suivant :

col et utérus avec des léiomyomes et des foyers d'adénomyose.

Photo n° 3



III. 4. L'EVOLUTION

Après le traitement radical, la suite fut simple, et les symptômes ont disparu, douleurs et saignements.

IV. QUATRIEME PATIENTE

VI. 1. L'INTERROGATOIRE

La quatrième patiente dans notre série fut une femme de 35 ans admise dans le service pour métrorragie de grande abondance évoluant depuis 3 mois, l'obligeant à changer de garniture au moins dix fois la journée.

Un an auparavant, elle a été déjà hospitalisée pour le même motif : métrorragie abondante que l'on avait mise sur le compte de fibrome utérin. Et ainsi on l'a mise sous progestatif de synthèse qui n'a pas donné de bon résultat.

Cette métrorragie est associée à des douleurs pelviennes intenses d'allure cyclique.

Dans ses antécédents on note : la ménarche à l'âge de 13 ans, elle avait eu quatre grossesses, trois accouchements normaux par voie basse et à terme, un enfant mort-né, aucun avortement et trois enfants vivants. Son premier enfant elle l'avait eu à l'âge de 22 ans et son dernier enfant à l'âge de 32 ans. Pour ses trois premiers enfants, l'intervalle génésique est de 2 ans. Et puis il y a eu 4 ans entre ses deux derniers enfants.

Elle a toujours allaité ses enfants.

Cette femme n'a jamais été sous contraceptif. Et ses règles étaient régulières de 28 jours, durant 4 jours sans syndrome prémenstruel. Ses dernières règles datent d'il y a 29 jours du jour de son admission.

Elle n'avait jamais eu de notion d'infection génitale.

Par contre elle affirme avoir des dyspareunies profondes quelque mois après l'apparition de ses troubles des règles. Et cette dyspareunie persiste durant le rapport sexuel.

Elle affirme qu'aucune de ses trois sœurs n'a eu de problème particulier en ce qui touche leur vie gynéco-obstétricale.

IV. 2. L'EXAMEN CLINIQUE

Cette femme a toujours conservé son état général malgré l'intensité des ses symptômes.

Certes l'examen clinique met en évidence une anémie marquée avec pâleur conjonctivale et palmaire et un faciès subictérique.

Les seins sont normaux.

L'abdomen est de volume normal. Au palper, il y a une douleur intense de toute la région hypogastrique avec une irradiation vers les lombes. La douleur a un caractère sourd en dehors des règles et elle s'intensifie au cours des périodes menstruelles.

La palpation ne retrouve pas de masse abdominale ni latéro-utérine.

L'utérus est de volume normal, à surface lisse et douloureux à la palpation.

L'examen au spéculum met en évidence un col postérieur, avec un orifice externe rectiligne entrouvert, sans ectropion. La muqueuse exo-cervicale est rose luisante et la ligne de jonction épithéliale est bien nette. On voit sourdre de l'exocol du sang rouge mêlé à des caillots. Les parois vaginales sont de couleur rouge légèrement enflammées.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal retrouve un col postérieur, long, ferme, à orifice externe recevant la pulpe d'un doigt. L'utérus est antéversé. Il est de volume sensiblement normal. Sa consistance est ferme et sa surface est lisse. Il est douloureux à la mobilisation dans toutes les directions. Les culs de sac sont libres. Les doigtiers ramènent du sang rouge et beaucoup de caillots.

Le reste de l'examen clinique est normal

IV. 3. LES EXAMENS PARACLINIQUES

L'hémogramme met en évidence une anémie patente avec une hémoglobinémie à 87g/l.

Il n'y a pas de signe d'infection ni d'inflammation : plaquettes à 200 000/ml et leucocytes à 7840/ml.

La crase sanguine est normale avec un taux de prothrombine à 96% et un temps de céphaline active à 21s par rapport à celui du témoin à 19s. L'I. N. R. est à 1,1.(normal)

L'examen morphologique réalisé a été une échographie abdomino pelvienne qui trouve :

- un utérus antéversé mesurant 64mm x 44mm x 31mm ;
- un endomètre épais de 9mm ;
- trois images arrondies échogènes mesurant respectivement 11mm, 7mm et 4mm au sein du myomètre fundique et isthmiques pouvant correspondre à des noyaux de fibromes utérins ;
- Les ovaires ne sont pas visibles ;

- il n'y a pas d'épanchement dans le cul de sac de Douglas.

Conclusion : utérus polomyomateux.

L'hystérosalpingographie n'a pas été pratiquée.

IV. 4. LE TRAITEMENT

Vu la taille de l'utérus qui était normale et l'âge de la patiente qui est encore jeune : une hystéroscopie opératoire a été décidée pour cette patiente après 5 jours de son admission à l'hôpital.

Voici le compte-rendu opératoire :

-endomètre épais inflammatoire :

-polypose de la paroi postérieure :

- endomètre antérieur moins épais et pâle :

- endoméctomie débutée au niveau de la muqueuse fundique puis de la paroi postérieure et de la paroi antérieure emportant plus de $\frac{3}{4}$ de la totalité de l'endomètre ;

-pièces opératoires envoyées pour un examen anatomie pathologique dont les résultats sont les suivants :

- muqueuses endométriales en phase folliculaire :

- le revêtement épithélial paraît pseudostratifié par place sans épine conjonctive :

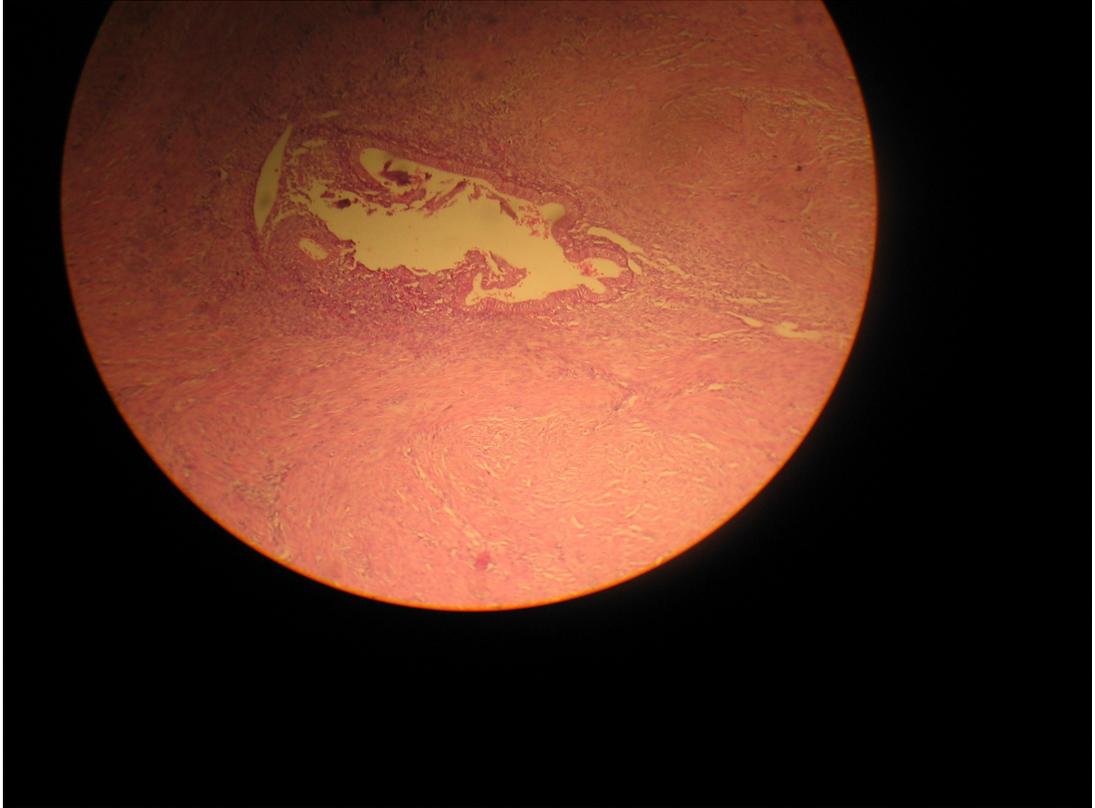
- on retrouve par contre quelques artérioles spiralées

- sur certains fragments, le myomètre est visible comportant quelque aspect évocateur d'adénomyose ;

- il n'a pas été vu de signe de malignité, ni de lésion inflammatoire spécifique.

En conclusion l'anatomie pathologique affirme : endomètre dystrophique comportant quelque asynchronisme de maturation, accompagné d'aspect évocateur d'adénomyose débutante sans signe de malignité.

Photo n°4



IV. 5. L'EVOLUTION

La suite opératoire de cette patiente fut simple : elle a pu sortir de l'hôpital 5 jours après son intervention.

Un mois après son hospitalisation, elle a été vue en consultation externe pour contrôle et tout était rentré dans l'ordre : elle ne présentait plus ni douleur pelvienne ni saignement.

Trois mois et six mois après elle a été encore vue en consultation et tout était normal excepté l'aménorrhée secondaire qui a été prévisible.

V. CINQUIEME PATIENTE

V. 1. L'INTERROGATOIRE

Notre cinquième patiente est une femme de 40 ans, unigeste, nullipare et sans enfant vivant. Elle a eu une grossesse ectopique à l'âge de 28 ans qui a été sanctionnée par une salpingectomie gauche.

Elle est admise aux urgences pour un syndrome occlusif sur ventre cicatriciel. Ses dernières selles datent de plus de 72 heures ; et présente également un arrêt des gaz depuis à peu près le même moment.

Mais deux jours auparavant, elle avait des diarrhées liquido-glaireuses qu'elle a essayées de traiter par métronidazol, actapulgite® et colicalme® sans succès.

Elle se plaignait de douleurs abdominales qui ont été d'abord de siège sus pubien avec irradiation dans les deux fosses iliaques et dans les lombes mais qui sont maintenant généralisées sur tout l'ensemble de l'abdomen.

Ses dernières règles datent d'il y a 20 jours en ce jour de son admission.

On notera également dans ses antécédents :

- une ménarche à l'âge de 16 ans,
- des cycles irréguliers allant de 32 à 45 jours les règles durent 3 ou 4 jours,
- des dysménorrhées qui sont maximales le deuxième jour des règles avec douleurs pelviennes intenses.

Elle a été opérée d'une grossesse ampullaire gauche à l'âge de 28 ans après une cure de stérilité au sulfate de clomifène.

On lui a pratiqué une salpingectomie gauche avec conservation de l'ovaire. Et après cette intervention elle a renoncé à tout traitement hormonal.

Elle n'a pas encore présenté de signe d'infection uro-génitale : elle n'a jamais eu ni leucorrhée symptomatique ni dysménorrhée.

Bref, sur le plan gynécologique elle avait surtout un problème de dysménorrhée.

Il n'y rien de particulier sur les autres plans médical et ou chirurgical.

Par contre elle a fait remarquer que ses deux autres sœurs ont également des douleurs identiques aux siennes durant ses règles et ont également des cycles qui durent 35 voire 45 jours.

Par contre ses deux sœurs ont eu chacune deux enfants sans avoir eu à recourir à un traitement de stérilité.

V. 2. L'EXAMEN CLINIQUE

Il montre une altération modérée de l'état général.

Les conjonctives sont roses.

La langue saburrale mais humide

Les signes généraux ne sont pas inquiétants : la tension artérielle est à 110/70mmHg, le pouls à 95/mn, la température à 37°5.

La femme est plutôt obèse : 68 kg pour 1m57. avec un index de masse corporel à 30

Les seins sont d'aspect normal. Et il n'existe pas d'écoulement par les mamelons.

L'abdomen est augmenté de volume avec une altération de la respiration abdominale. Il est douloureux spontanément et à la palpation. On note une défense nette au niveau de la fosse iliaque droite.

L'utérus est sensible et de volume normal. Cependant on peut individualiser une masse indépendante de lui dans la fosse iliaque gauche. Cette masse est de surface régulière, de la taille d'une orange et elle est fixe. Elle est de consistance ferme et très douloureuse à la palpation.

L'arrêt de matière et de gaz est net depuis deux jours. Mais la femme ne présentait pas ni nausée ni vomissement.

A part cette masse pelvienne latéro-utérine gauche, la palpation abdominale ne perçoit pas d'organomégalie : foie et rate sont de taille normale.

La femme ne présente pas de trouble urinaire.

L'examen au spéculum retrouve un col long postérieur. Son orifice externe est fermé. Le museau de tanche est de couleur normale et on voit bien l'épithélium jonctionnel de l'endocol et de l'exocol. Il ne présente pas d'ectopie muqueuse.

Les parois vaginales sont de couleur normale.

On ne retrouve pas de perte pathologique ni d'effraction de la muqueuse vaginale.

Le toucher vaginal retrouve un col long, postérieur, ferme et fermé.

L'utérus est antéversé, il est de volume normal.

Sa mobilisation est douloureuse dans le sens latéro-latéral et dans le sens antéro-postérieur.

Dans le cul de sac de Douglas on perçoit une masse retro-utérine très douloureuse et de consistance ferme. Cette masse est mobilisable indépendamment de l'utérus. Cette masse est estimée à 10 cm x 8 cm et semble être fixée dans le douglas.

Le cul de sac latéral gauche est comblé et douloureux. Par contre à droite le cul de sac est libre et moins sensible qu'à gauche.

Le toucher rectal trouve une ampoule rectale vide et perçoit dans la cloison recto-vaginale la même masse individualisée par le toucher vaginal.

Le reste de l'examen clinique ne retrouve aucune anomalie.

V. 3. LES EXAMENS PARACLINIQUES

L'abdomen sans préparation montre des images hydro-aériques plus hautes que larges en périphérique faisant penser à une occlusion intestinale.

L'échographie abdomino-pelvienne retrouve :

- une vessie non en réplétion,
- une volumineuse formation hypoéchogène bien circonscrite avec une petite calcification centimétrique interne en rapport avec l'utérus. Mesurant 12 cm x 7 cm environ,
- également une formation hétérogène à contenu liquidienne épaisse dans le Douglas, mesurant 8 cm de grand axe.

- il n'y pas d'épanchement dans le douglas ni dans l'espace de Morrison.

Le foie et la rate ainsi que les reins et le pancréas sont de taille et d'échostructure normales.

En tout l'échographie retient le diagnostic d'utérus myomateux et un kyste de l'ovaire enclavé dans le douglas.

Les examens biologiques sont tous normaux :

- hémogramme normal :

Hématies 4 450 000/m l

Leucocytes 8200/ ml

Hémoglobine 12 g/ l

Plaquettes 260 000/ml,

- fonction rénale normale :

Azotémie 10,5 mmol/l

Créatininémie 56 μ mol/l

L'équilibre hydro-électrolytique est normale :

Sodium 136mEq/l

Potassium 5,3 mEq/l

Glycémie normale à 5,5 mmol/l

V. 4. LES TRAITEMENTS

D'urgence on a d'abord réglé le problème d'occlusion en taylorisant la patiente. On l'a mise sous aspiration digestive haute et on a mis en place une sonde rectale.

Après 12 heures de la mise en place du procédé de Taylor, l'occlusion a cédé et il y eu reprise du transit avec émission de gaz et des matières.

Le cliché radiographique de l'abdomen sans préparation de face debout ne montre plus d'images hydro-aériques.

La patiente a été alors transférée dans le service de maternité pour le fibrome utérin et le kyste de l'ovaire enclavé dans le douglas.

On l'a alors programmée pour une laparotomie exploratrice.

A l'ouverture du péritoine on tombe sur des adhérences multiples : épiplo-pariétales, iléo-iléales, sigmoïdo-rectales que l'on libère d'emblée.

On découvre en effet un utérus polomyomateux de Pozzy et kyste de l'ovaire gauche enclaver dans le douglas. L'ovaire droit est petit et présente une coque fibreuse très épaisse.

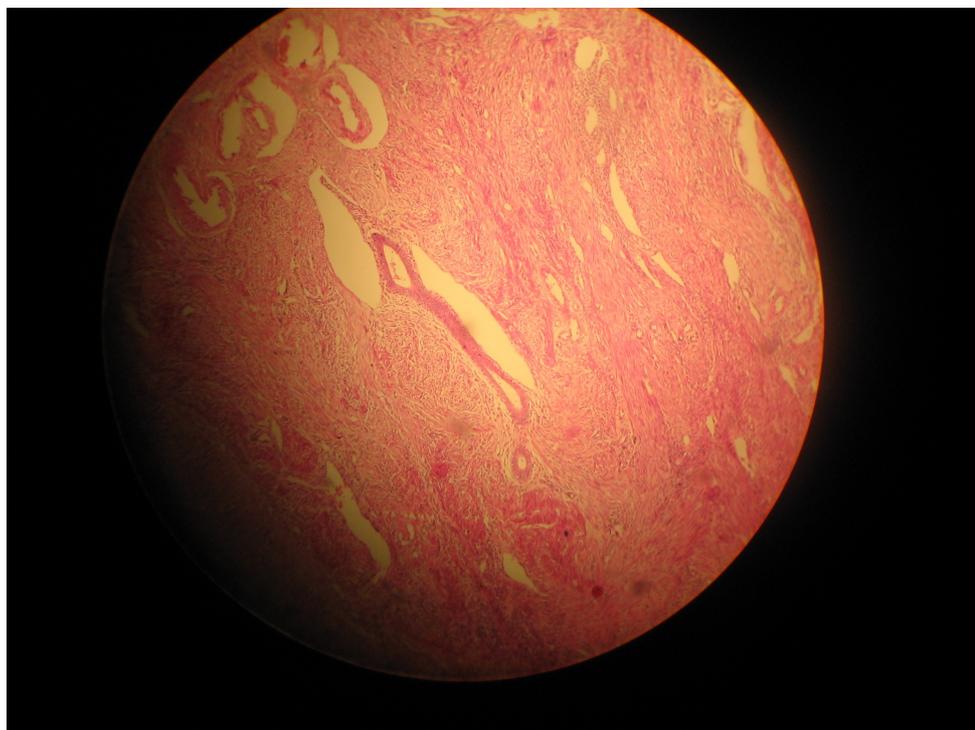
On décide alors de faire une hystérectomie sub-totale laissant en place le col. Ensuite on procéda à l'ablation du kyste de l'ovaire gauche enclavé dans le douglas. Sur l'ovaire droit on décida d'entailler un quartier d'orange.

Fermeture plan par plan et sur un drain tubulaire dans le douglas.

Les pièces opératoires sont envoyées en anatomie pathologique et l'étude histologique revient avec le résultat suivant :

- ***Léiomyome et adénomyose diffuse sur l'utérus et cystadénome d'origine ovarienne sans signe de malignité dans la limite de l'organe prélevé.***

Photo n° 5



V. 5. L' EVOLUTION

La suite opératoire fut simple et la patiente a pu rentrer chez elle au 5^e jour après son intervention.

Lors des ses contrôles de 1 mois puis de 3 mois et de 6 mois, on a constaté que cette femme ne présentait pas de complication particulière.

Certes elle n'a plus ses règles mais en même temps elle n'a plus ses dysménorrhées.

Le trouble du transit n'existe plus et le frottis cervico-vaginal systématique est normal sans signe suspect.

VI. SIXIEME PATIENTE

VI. 1. L'INTERROGATOIRE

Notre sixième patiente est une femme de 43 ans qui avait eu 6 gestes ; 5 pères, un avortement spontané de trois mois et 5 enfants vivants.

Elle est admise dans le service pour métrorragies chroniques rebelles aux traitements médicaux. Depuis deux ans elle a été mise sous progestatifs de synthèse et des anti-hémorragiques sans succès.

Ses métrorragies ont été d'abord de faible abondance puis depuis ces trois derniers mois, elle a remarqué que les saignements augmentaient de volume et devenaient de plus en plus fréquents : règles tous les 20 ou 25 jours et de plus en plus persistants : 7 voire 10 jours au lieu de 4 ou 5 jours d'habitude.

Ses métrorragies sont isolées c'est-à-dire non accompagnées de douleurs pelviennes.

Dans ses antécédents nous retiendrons les faits suivants :

Ménarche à l'âge de 15 ans.

Ses cycles sont réguliers de 30 jours, les règles durent 4 jours sans syndrome pré ou per-menstruel. Elle n'a pas de syndrome douloureux lors des ses règles.

Elle n'a jamais été mise sous contraceptif.

Ses enfants, elle les a eu entre l'âge de 23 ans et 36 ans par des accouchements eutociques qui n'ont pas nécessité de soins particuliers.

Son avortement est survenu après son 5^e enfant suite à un syndrome palustre négligé qui failli tourner en neuro-paludisme à la 14^e semaine d'aménorrhée.

Autrement, il n'y a rien de particulier dans son passé gynéco-obstétrique.

Elle n'a ni diabète ni hypertension artérielle.

Il n'y a pas de notion de cancer dans sa famille.

VI. 2. L'EXAMEN CLINIQUE

L'état général est conservé. Les signes généraux sont normaux : tension artérielle 120/70mmHg, le pouls est à 78/mn, la température est à 37°2.

La femme pèse 54 kg pour 1m60.

Les seins sont normaux.

L'abdomen est de volume normal et respire bien.

La palpation abdominale est indolore et on ne trouve pas de masse palpable.

L'utérus est de taille normale et il est non sensible. Les ovaires ne sont pas perçus.

L'examen au spéculum retrouve un col long, postérieur, donnant issue à du sang rouge assez abondant par son orifice externe qui est entrouvert. La muqueuse de l'épithélium exo-cervical est rose légèrement pâle. On voit bien la ligne de jonction entre les deux épithélium. Les parois vaginales sont roses et elles ne présentent pas de signe d'irritation ou d'infection.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal retrouve un col postérieur, long, ferme et recevant la pulpe d'un doigt. Les culs de sac sont libres et indolores. L'utérus est antéversé et de volume normal, et non douloureux à la mobilisation latéro-latérale et antéro-postérieure. Les doigtiers sont souillés de sang avec des caillots assez abondants.

Le reste de l'examen est normal : les membres inférieurs ne présentent ni de varice ni trouble trophique ; l'appareil urinaire n'a pas de trouble quelconque.

VI. 3. LES EXAMENS PARACLINIQUES

L'échographie abdomino-pelvienne trouve une vessie en réplétion à paroi fine, un utérus vide de taille normale, à contour régulier avec des plages homogènes. Présence d'une structure hypoéchogène latéro-utériene gauche, d'allure liquidienne mesurant 78 mm x 48 mm, incluse dans le douglas. Une autre formation latéro-utérine droite anéchogène à contenu liquidien, mesurant 24 mm de grand axe.

En tout l'échographie affirme le diagnostic de kystes ovariens bilatéraux.

L'hémogramme est fait de :

Hématies à 3 760 000/ml

Leucocytes à 7 200 /ml

Hématocrite à 33 %

Plaquettes à 300 000/ml

Taux de prothrombine à 88 %

L'équilibre électrolytique est normale :

Sodium à 132 mEq/l

Potassium à 3,5 mEq /l

Glycémie à 5,5 mmol/l

La fonction rénale est normale :

Urée à 46 mmol/l

Créatininémie à 55µmol/l

VI. 4. TRAITEMENT

On décide alors pour cette femme une hystérectomie totale avec ablation des deux ovaires.

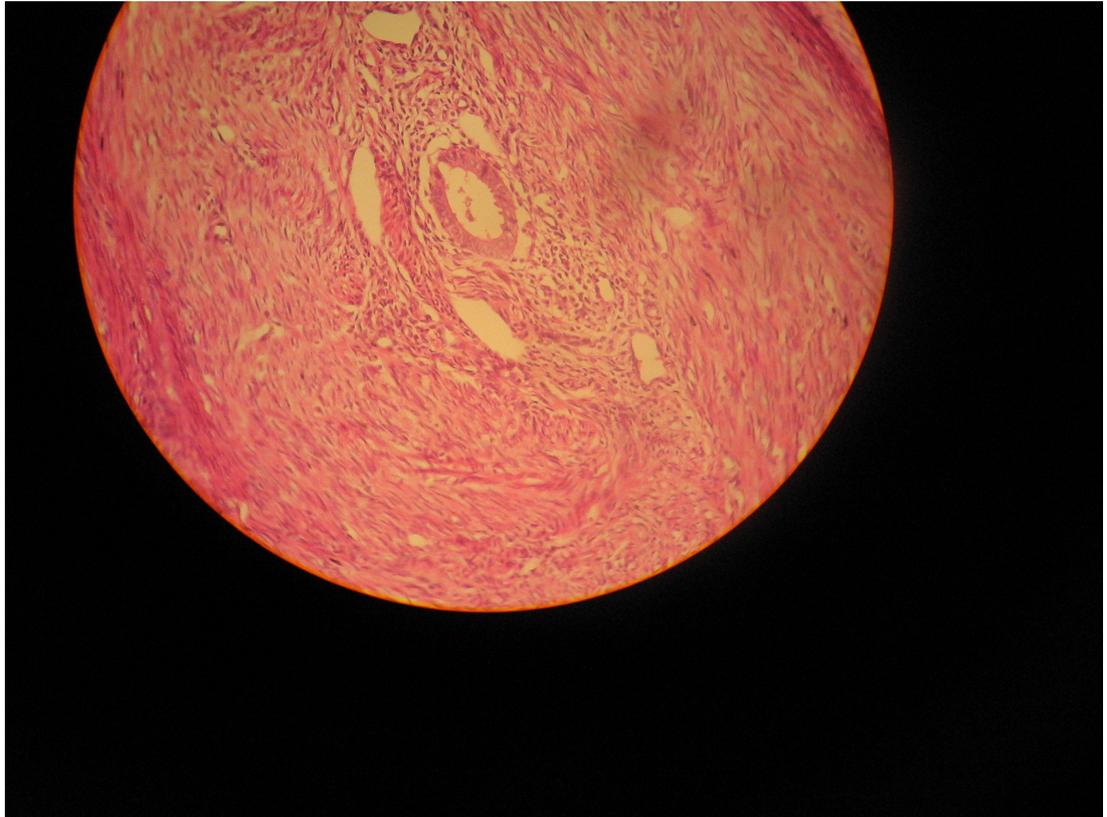
A l'ouverture du péritoine on tombe sur un utérus légèrement inflammatoire avec kyste de l'ovaire droit endométriosique enclavé dans le douglas. On fait l'hystérectomie en deux temps :

- En premier temps, hystérectomie après ligature et section des ligaments ronds, des ligaments lombo-ovariens et des artères utérines.

- En deuxième temps, on a fait une ablation du col restant après ligature et section des branches cervico-vaginales puis fermeture de la partie supérieure du vagin au vicryl serti 1 par des points séparés.

- En troisième temps, on a procédé à la cure du kyste endométriosique dans le douglas en enlevant au maximum la coque. Puis fermeture plan par plan.

Les pièces opératoires sont envoyées en anatomie pathologique et le résultat revient avec : kyste ovarien endométriosique de la capsule ovarienne ; col utérin kystique et l'utérus présente un léiomyome avec foyers d'adénomyose.

Photo n°6

VI. 5. EVOLUTION

Dans les suites immédiates post-opératoires, tout se passait sans difficulté particulière : cicatrisation rapide de la plaie opératoire ; un mois après l'intervention des bouffées de chaleur apparaissaient et un traitement substitutif hormonal a été institué et les signes se sont atténués.

Trois mois après, la patiente vue en consultation externe se portait bien à part des crampes musculaires que l'on a traité avec du MAGNE-B6®.

Lors du contrôle du sixième mois une vaginite atrophique a nécessité un traitement par une crème de colposeptine et tout était rentré dans l'ordre.

TROISIEME PARTIE
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I. EPIDEMIOLOGIE

Les cas de nos patientes vérifient bien la littérature qui dit que l'adénomyose touche surtout les femmes de la quatrième et de la cinquième décennie dans la péri ménopause. En effet, la plupart de nos patientes a plus de 40 ans. Elle est même plus précoce chez les femmes de notre série car aucune d'elle n'avait eu plus de 50 lors de la découverte de leur adénomyose. Il a été même constaté que toutes les femmes de notre série avaient encore ses règles au moment du diagnostic histologique de leur maladie.

Il est également dit dans les littératures que les multipares développent plus que les pauci pares l'adénomyose mais ceci n'est pas vérifié par nos cas car il n'y a eu qu'une d'elles qui a eu 8 pares, les restes avaient toutes **eu** moins de 5 enfants.

PHYSIOPATHOLOGIE

Notre étude a également montré que dans la pathogénie de l'adénomyose la relation de cause à effet entre le curetage endo-utérin et la migration myométriale des glandes utérines et le stroma existe bel et bien; une de nos patientes a eu 4 curetages, une autre a eu 4 grossesses dont deux se sont terminées par un curetage après des avortements provoqués et un autre a eu une grossesse qui a été volontairement arrêtée et qui ensuite a été curetée.

L'étude de cette série suggère également que probablement il existe une prédisposition des femmes avec un surpoids à l'adénomyose. En effet quatre de nos six patientes ont une tendance vers l'obésité en ayant un index de masse corporel supérieur à 28

III. LE TABLEAU CLINIQUE

Les tableaux clinique présentés pas nos six patientes ont montré à quel point l'expression clinique de l'adénomyose peut être polymorphe et sournoise.

-La métrorragie reste certes le signe le plus constant ; en effet quatre des six patientes ont présenté ce signe. Elle est isolée pour deux femmes et associée aux douleurs pelviennes pour les deux autres.

- Le second signe est la douleur pelvienne, trois des six patientes avaient des douleurs pelviennes cycliques. La douleur pouvait prendre toutes les formes : allant d'une simple pesanteur pelvienne ou une dyspareunie à une colique utérine intense avec agitation comme l'avait présenté l'une de nos patientes.

- Mais lors de l'étude de cette série, la littérature a été largement dépassée par l'expression clinique que présentait une de nos six patientes. Effectivement une de nos six patientes avait présenté une infection cervicale chronique avec leucorrhée intarissable malgré le traitement antifongique et antibiotiques à long cours, et un gros col suspect.

Durant deux ans cette femme avait été suivie pour cette infection cervicale chronique et avait été traitée par toute sorte d'antibiotiques sans aucune amélioration. Elle a même dû subir une conisation devant son gros col suspect mais qui n'avait pas résolu son problème. En effet, l'anatomie pathologique de cette conisation n'eut trouvé qu'une cervicite chronique.

Et c'est seulement après avoir épuisé toutes les ressources diagnostiques et thérapeutiques que l'on s'est résolu à pratiquer une hystérectomie. Et c'est là qu'on s'est fait, une fois de plus, surprendre par le résultat d'anatomie pathologique quand il revient avec « foyer d'adénomyose »

Et c'est là seulement que l'on est parvenu à bout de cette infection cervicale chronique.

Ainsi donc la leucorrhée chronique rebelle aux traitements classiques peut être une manifestation clinique de l'adénomyose ; aspect que nous n'avons pas pu trouver dans la littérature. Et même si cela pouvait paraître aberrant de pratiquer une hystérectomie pour seulement une leucorrhée, la guérison pour cette patiente n'a été obtenue qu'à ce prix.

En fin, à côté de ces tableaux cliniques invalidant, il existe aussi des femmes qui ne présentent rien pouvant faire évoquer, pas même faire penser à l'adénomyose. C'est le cas de notre patiente qui a été admise d'urgence à

l'hôpital pour syndrome occlusif expliqué par un kyste de l'ovaire droit enclavé dans le douglas. Et c'est arbitrairement que l'on a décidé d'enlever son utérus lors de la laparotomie prévue au départ pour une cure chirurgicale de son kyste. Il a été tellement difficile de disséquer le kyste de la face postérieure de l'utérus qui en même temps était polymyomateux.

Et c'est encore fortuitement que le résultat d'anatomie pathologique fait la découverte de léiomyome avec plages d'adénomyose.

Bref, la clinique de l'adénomyose est très polymorphe.

IV. PARACLINIQUES

Pour nos six patientes, l'échographie par voie abdominale a été le seul examen disponible et pour les six patientes, l'échographie a toujours montré des noyaux de myome sans avoir pu faire la part entre myome et adénomyose. Ce fait nous renseigne sur la sensibilité de cet examen ; elle est très mauvaise et ne peut pas être employée comme moyen de diagnostique. Sa sensibilité n'est que 63 % entre des mains très entraînées. (5)

Et pour les autres examens disponibles dans les pays avancés comme l'échographie endo-vaginale, l'imagerie par résonance magnétique avec des sensibilités plus élevées respectivement 89 % et 90 %(5), nos patientes n'ont pas encore pu en bénéficier. Et c'est bien une des raisons qui empêchent le diagnostic à temps de cette maladie.

L'hystérosalpingographie, n'a pas été pratiquée pour la simple raison que nous avons préféré pratiquer d'emblée une hystérectomie opératoire pour gagner plus de temps et économiser ainsi des dépenses financières. Or chez une de nos deux patientes qui ont été endometrectomisées, on était passé à côté du diagnostic de l'adénomyose par contre on a pu diagnostiquer et traiter l'autre.

L'explication à ce demi-réussite est la profondeur de l'ectopie endométriale : pour la première femme les foyers adénomyosiques ont été enchâssés trop profondément dans le myomètre. Pour la deuxième femme cette profondeur a été probablement moins marquée ainsi on a pu extraire en

entier les migrations de l'endomètre au sein du myomètre. Et de ce fait l'étude anatomo-pathologique a pu identifier les plages d'adénomyose et l'endométréctomie totale a pu mettre fin à la ménorragie et aux douleurs pelviennes de cette femme.

Enfin il faut dire que la biopsie de l'endomètre sous échographie est encore de pratique rarissime dans notre centre hospitalier ; or elle a une sensibilité voisine de l'imagerie par résonance magnétique voire plus.

En un mot, l'échographie abdominale seul examen disponible dans nos formations sanitaires n'est pas un bon moyen pour faire le diagnostic de l'adénomyose.

Et il faut préférer actuellement l'hystérocopie opératoire à l'hystérosalpingographie pour explorer et dans la mesure du possible pour traiter une métrorragie que l'on suppose d'origine endométriale.

V. TRAITEMENTS

Contrairement à la nouvelle tendance dans les pays disposant suffisamment de moyens thérapeutiques et diagnostiques, l'adénomyose demeure encore chez nous liée à l'hystérectomie.

En effet cinq de nos six patientes ont été hystérectomisées. Certes toutes les hystérectomies ont été dictées non pas par la découverte d'adénomyose mais plutôt pour un utérus polomyomateux et le diagnostic d'adénomyose, pour toutes les patientes, a été un diagnostic rétrospectif.

Il en est de même pour les traitements hormonaux de certaines patientes ; d'aucun n'a été destiné pour traiter une adénomyose mais plutôt c'était de traitement destiné à régulariser un éventuel trouble des règles. Donc ils ne seront pas évalués ici comme étant un traitement spécifique de l'adénomyose.

Dernière constatation à propos du traitement, c'est la réussite d'une des deux hystérocopies opératoires sur deux de nos patientes. Même si cette hystérocopie n'a pas été tout de suite à visée thérapeutique pour

l'adénomyose, elle a tout de même permis la guérison complète de celle qui en a bénéficié.

Et dans le pays comme le notre, cette technique doit être préconisée tant que l'on ne dispose pas de moyen de diagnostic non invasif suffisamment sensible pour permettre un diagnostic précis et précoce comme l'échographie endo-vaginale et ou l'imagerie par résonance magnétique.

Enfin, aucune de nos patientes n'a été traitée par le nouvel essai thérapeutique avec le DIU imprégné de danazol. Ce dérivé de la testostérone a un effet réductionnel important sur l'endomètre ectopique sans pour autant entraîner les effets systémiques secondaires à l'administration per os. Or nous ne disposons pas encore de ce traitement mécano-hormonal qui aurait de très bonnes indications pour ces patientes qui sont encore relativement jeunes. Ce procédé est encore plus performant que le MIRENA® que l'on commence à utiliser dans notre pays.

On se demande bien si l'on n'aurait pas évité à ces femmes l'hystérectomie de première intention si l'on avait disposé de ce type de traitement.

VI. EVOLUTION

Trois faits marquent l'évolution de l'adénomyose lors de cette étude des cas de ces six patientes.

- Premièrement, la stérilité secondaire semble aller de pair avec cette maladie. En effet, toutes les femmes de cette série peuvent être classées de paucipares : même celle qui avait huit grossesses avec quatre avortements n'avait plus eu de grossesse après ses curetages répétés qui ont été certainement le primum movens de sa maladie. Les autres femmes n'ont eu que 2 ou 3 enfants. Et l'illustration de cette relation de cause à effet entre la stérilité et l'adénomyose est le cas de la dernière femme qui n'a pas eu un seul enfant après une grossesse qui a été volontairement arrêtée.

Deuxième fait, les suites opératoires des hystérectomies pour adénomyose ont été toujours simples. Ceci nous suggère le fait que le souci de

dégénérescence maligne ne se pose pas une fois que l'anatomie pathologique confirme le diagnostic d'adénomyose. D'ailleurs, même dans les littératures, l'association carcinome de l'endomètre et adénomyose reste controversée. (16)

L'adénomyose est donc une maladie bénigne. Ce n'est même pas un état pré-cancéreux. (18)

La troisième constatation c'est celle de l'échec de l'hystéroscopie opératoire sur l'une des six patientes qui a dû nécessiter secondairement une hystérectomie. Cela signifie que la récurrence est possible après endométrectomie si l'ectopie endométriale est enchâssée profondément dans le myomètre. D'où l'intérêt de disposer d'un moyen de diagnostic permettant de mesurer objectivement la migration de l'endomètre dans le myomètre comme l'imagerie par résonance magnétique et ou l'échographie par voie endo-vaginale.

CONCLUSION

L'adénomyose ou encore l'endométriose interne est la migration ectopique des glandes endométriales et du chorio cytogène dans le myomètre.

C'est une maladie encore mal connue et obscure tant dans sa physiopathologie que dans son expression clinique et surtout dans sa prise en charge. Elle obligeait quasi systématiquement à l'hystérectomie. Cependant cette fatalité semble désormais être en pleine révolution. (5)

Dans la pathogénie, en plus de la théorie d'effraction traumatique du myomètre par l'endomètre de Cullen (8) et la métaplasie de Minh après un stimulus indéterminé sur l'endomètre (25), l'hypothèse sur une fragilité primaire de la jonction endo-myométriale semble séduisante et mérite d'être approfondie (10).

Le tableau clinique de l'adénomyose est dominé par les ménométrorragies et les douleurs pelviennes cycliques. Mais après l'étude de cette série de six femmes nous avons pu constater l'aspect polymorphe et mystérieux de cette maladie : elle peut être totalement asymptomatique ou bien elle se révèle par son mode classique associant règles abondantes et prolongées, ou bien elle va tromper même l'esprit le plus averti en simulant un cancer du col utérin avec leucorrhée rebelle et un gros col suspect.

L'avènement de l'imagerie par résonance magnétique et l'amélioration de la technique échographique qui permettent une analyse de cette zone jonctionnelle, même si nous n'en disposons pas encore, autorise à croire à un diagnostic plus précoce et surtout à une meilleure adaptation du traitement.

La réduction endométriale constitue la base du traitement de l'adénomyose. Cette réduction de l'endomètre peut se faire de trois façons :

- la réduction par les progestatifs de synthèses peut être tentée chez les patientes jeunes et qui portent un adénomyose débutante,
- la réduction peut se faire mécaniquement sous hystéroscope soit par résection ou soit par cautérisation au « roller ball » (boule chauffante),

- enfin il existe actuellement le moyen mécanico-hormonal, à l'instar du DIU au danazol 300 qui a l'air de promettre un triple avantages à savoir : il donne une rémission clinique nette au bout de trois mois, il évite les effets secondaires propres au danazol administré par voie entérale, et surtout il permet encore après arrêt du traitement une grossesse, chose impossible avec les autres moyens radicaux.

Enfin il n'est pas superflu de redire que l'adénomyose malgré son caractère mystérieux et sournois reste toujours une pathologie bénigne.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. Boubli, l'adénomyose. Les événements de l'année 2000 en gynécologie et obstétrique, ESKA, Paris, 2001 : 111-114
2. . De Tourris H. Henrion R, Delecour, L'endométriose. Gynécologie et Obstétrique, 4^e édition, Masson, Paris, 1994 : 201-212
3. Marie-Claude Bousquet, Michel Canis, Maurice Antoine Bruhat, L'adénomyose. La revue du praticien n°49, Paris, 1999 ; 282
4. [www. Uvp5. univ_ paris5. fr](http://www.Uvp5.univ_paris5.fr)
5. Azziz R. Adenomyosis : current perspective. OGCNA, 1989 ; n°16 : 183-191
6. Léon Boubli, L'adénomyose. Gynécologie, Pradel, Paris, 1989 ; 341
7. Ota h, Igarshi S, Hatazawa J., Endometrial nitric oxide synthase in the endometrium during the menstrual cycle in patients with endometriosis and adenomyosis. Fertility Sterility, 1998 ; n°69 : 303-308
8. Molitor JJ. Adenomyosis: a clinical and pathological appraisal. American Journal of Obstetric and Gynecology, 1971 ; n° 110 : 275-284
9. Jacques Lansac, P. Lecomte, L'adénomyose. Gynécologie pour les praticiens, 2^{ème} édition SIPEM, Bruxelles 1984 :284-296
10. Canice M., Mage G., Adénomyose. Encycl-Méd-Chir, Gynécologique 1999, 150 A 20 : .5

11. Racinet C., Morin X., Adenomyosis in endometriosis. Gynecological Obstetric collection, 1987 n°16 : 183-189
12. Von Schröder F., Endomètre. Anatomie Pathologique, Masson, Paris, 1990 ; 187-200
13. Perlemuter, L'utérus. Cahier d'anatomie, abdomen II et Petit bassin, Masson, Paris, 1980 : 152-154
14. Coullen TS., Adenomyoma of uterus. Textbook of Gynecology, Philadelphia, 1908 ; 258-259
15. Bergqvist A., Ferno M., Estrogen and progesterone receptors in endometrial tissue and endometrium, comparison according to localisation and recurrency. Fertility Sterility, 1997 ; n° 67 : 63-68
16. Fujishita A., Nakane PK., Koji T., Expression of Estrogen and Progesterone receptors in endometrium and peritoneal endometriosis: an immunohistochemical and in situ hybridization study. Fertility Sterility 1997 ; n°67 : 856-864
17. Minh H. N., Smadja A., Orcell L., Une Conception histogénique unitaire des endometrioses internes et externe. Journal Gynécologique et Obstétrique, Biologie de la Reproduction, 1986 ; n°15 : 29-35
18. Emge L., The Elusive Adenomyosis of Uterus. American Journal of Obstetric and Gynecologic, 1962 ; n°83 : 1541
19. Mori T., Singtripop T., Kawashima S., Animal model of uterine adenomyosis. American Journal of Obstetric and Gynecologic, 1991 ; n°165 : 232-234

20. Brosens J.J., De Souza, Uterin junctional zone: function and disease. The Lancet 1995 ; n°346 : 558-560
21. Ota H., Igarashi S., Endothelial nitric oxide synthase in the endometrium during the menstrual cycle in patients with endometriosis and adénomyosis. Fertility Sterility 1998 ; n°69 : 303-308
22. Siegler A., Camilien L., Adénomyosis, clinical perspectives. Journal de la Reproduction 1994 ; n°39 : 841-853
23. Jourdain O., Rauch F., Rivel J., Adénomyose, Encycl- Méd-Chir, Gynécologie, 1997 ; 150 A 20 : 5
24. Molitor JJ., Adenomyosis : a clinical and pathological appraisal. American Journal of Obstetric and Gynecologic, 1971 ; n°110 : 275-280
25. Kurmann RJ, Craig JM, Endometrioid and clear cell Carcinoma of the ovary. Cancer, 1972, n°29 : 1653
26. Olive DL., Silverberg KM., Endometriosis and adenomyosis. Textbook of Gynecology, Philadelphia, Saunders, 1993 ; 495-500
27. Nishida M. Relationship between the onset of dysmenorrhea and histologic findings in adenomyosis, American Journal of Obstetric and Gynecology, 1999 ; n°165 : 229-231
28. Groupe d'Etude sur l'Endométriase, Compte-rendu des 3è journées du GEE, Contraception fertilité sexualité, 1994 ; n°22 : 791-864

29. Hall J B. Young Rh. Nelson JH. The prognostic significance of adenomyosis in endometrial carcinoma. *Gynecology Oncologic* 1984 ; n°17 :32-40
30. Arnold LL. Ascher Sm. Schrufer JJ. The non surgical diagnostic of adenomyosis. *Obstetric and Gynecology* 1995 ; n°86 : 461-465
31. Reinhold C., MC Carthy S., Bret P., Diffuse Adenomyosis: Comparison of Endovaginal US and MR Imaging with histopathologic correlation. *Radiology*, 1996 , n° 199 : 151-158
32. Brosens JJ;, De Souza NM., Barker FG., Endovaginal Ultrasonography in the Diagnosis of Adenomyosis uterin: Identifying the Predictive Characteristics. *British Journal Obstetric Gynecological*, 1995, n°102 : 471-474
33. Outwater EK., Siegelman ES., Van Deerlin V., Adenomyosis: Current Concepts and Imaging Considerations. *American Journal Roentgen* 1998 ; n° 170 : 437-341
34. Wood C., Wingfield M., Biopsy Diagnosis and Conservative surgical treatment of Adenomyosis, In ICSS, Progress in the Management of Endometriosis. The Proceeding of the 4th World Congress on Endometriosis 1994 ; 349-351
35. Kang S., Turner DA., Foster GS., Adenomyosis in Specificity of 5 mm as the Maximum Normal Uterine Junctional Zone Thickness in MR Images. *American Journal Roentgen* 1996 ; n° 166 : 1145-1150
36. Mergui JL., Solidakis A., Adénomyose: Place du Traitement Hystéroscopique. *Contraceptive Fertility Sexual*, 1995 ; n°23 : 590-594

37. Vercellini P., Trespidi L., Panazza S., Laparoscopic Uterin Biopsy for Diagnosing Diffuse Adenomyosis. *Journal for Reproduction Medicinal* 1996 ; n°41 : 220-224
38. Popp LW., Schweidessen JP., Gaetje R., Myometrial Biopsy in the Diagnosis of Adenomyosis Uterin. *American Journal Obstetrical Gynecological*, 1993 ; n°169 : 546-549
39. Vercellini P, Ragni G., Trespidi L., Adenomyosis. *Obstetrical Gynecological Survey* 1993 ; n° 48 : 789-794
40. Jovencon C., Etude et Résultats des Endométréctomies Réalisées entre 1989 et 1993 à la Polyclinique Philippe-Marcombes. Thèse de Médecine Clermont-Ferrand, 1997 ; 83-91

Nme and Surnimes : RASOLOFONDRAIBE Robin Richard

Title of thesis : ADENOMYOSIS, STADY FROM SIX CASES

Rubrique : Surgery

Number of pages : 49

Number of figures : 03

Number of photos : 06

Number of references : 40

SUMMARY

This study of some series of six patients, followed in the service of maternity in the Centre Hospitalier de Soavinandriana for adenomyosis shows how difficult to detect it is and how far it is linked to the hysterectomy despite its benignity.

The aim of this study is to show its polymorphism that worsens the depiction: although its habitual form is called menometrorragie with algomenorrhoea, it may take the simple form of dyspareunia or only a big suspected col. Otherwise it can just stay symptomatic.

Often, this disease is detected with other gynecologic diseases. Particularly the uterin fibrom, the kyste of ovaire and the endometriosis. Its association with the cancer of endométre seems to be impossible.

Endovaginal echography and the IRM with a sensibility and specificity around 93% are the best way to detect it.

Its treatment is hardly satisfying with the progestatives. We prefer staying with the hysterectomy when operational hysteroscopy seems to be inefficient or impossible. Nowadays, the sterilet with danazol 300 pretends to give a new way out.

Key-words : Adénomyose – endométre – myométre – ménométrorragie – algoménorrhée – échographie – progestatifs – danazol – hystérocopie - hystérectomie

Director of thesis : Professor RASOLOFONDRAIBE Aimé

Reportor of thesis : Doctor ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

Adresse de l'auteur : Bloc 66/Poche-4 ANKATSO II Antananarivo

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko noho ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

LE PRESIDENT DE THESE

Signé : Professeur RASOLOFONDRAIBE Aimé

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Nom et prénoms : RASOLOFONDRAIBE Robin Richard

Titre de la thèse : ADENOMYOSE A PROPOS DE SIX CAS

Rubrique : Chirurgie

Nombre de pages : 49

Nombre de figures : 03

Nombre de photos : 06

Nombre de références : 40

RESUME

L'étude de cette série de six patientes prises en charge dans le service de maternité du Centre Hospitalier de Soavinandriana pour adénomyose montre bien à quel point cette pathologie est difficile à diagnostiquer et à quel point elle reste liée à l'hystérectomie malgré sa bénignité.

Le but de ce travail est de montrer le déroutant polymorphisme clinique de cette maladie : sa manifestation clinique habituellement faite de ménométrorragie avec algoménorrhée, en effet, peut prendre la forme d'une simple dyspareunie ou d'un gros col suspect ou bien elle reste complètement asymptomatique.

Cette pathologie est souvent associée à d'autres pathologies gynécologiques en particulier le fibrome utérin le kyste de l'ovaire et l'endométriose. Certes, son association avec le cancer de l'endomètre semble inexistante.

Les meilleurs moyens pour affirmer son diagnostic sont l'échographie endovaginale et l'IRM avec une sensibilité et spécificité voisines des 93%.

Son traitement est souvent décevant avec les progestatifs ; on finit la plupart du temps par se résigner à l'hystérectomie quant l'hystéroscopie opératoire s'est avérée inefficace ou impossible. Actuellement le stérilet au danazol 300 semble apporter une nouvelle possibilité.

Mots clés : Adénomyose – endomètre – myomètre – ménométrorragie – algoménorrhée – échographie – progestatifs – danazol – hystéroscopie - hystérectomie

Directeur de thèse : Professeur RASOLOFONDRAIBE Aimé

Rapporteur de thèse : Docteur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

Adresse de l'auteur : Bloc 66/Poche-4 ANKATSO II Antananarivo