

Quelle chirurgie pour l'adénomyose en 2017 ?

Which Surgery for Adenomyosis in 2017?

H Fernandez [1,2,3], G Giraudet [4], P Capmas [1,2,3], R Vanspranghels [4], A Pinard [5], V Villefranque [5]

1. AP-HP - CHU Bicêtre - Service Gynécologie Obstétrique - 78, rue du Général Leclerc 94270 Le Kremlin Bicêtre, France.
2. Faculté de Médecine Paris-Sud Saclay - 63, rue Gabriel Péri 94270 Le Kremlin Bicêtre.
3. CESP-INSERM U1018 « Reproduction et Développement de l'enfant » - 82, rue Gabriel Péri 94270 Le Kremlin Bicêtre.
4. CHU Lille - Service Gynécologie Obstétrique - 2, avenue Oscar Lambret 59000 Lille, France.
5. CH Eaubonne Montmorency Simone Veil - Service Gynécologie Obstétrique - 14, rue de Saint-Prix 95600 Eaubonne, France.

Résumé

L'adénomyose est asymptomatique dans 70 % des cas et n'impose aucun traitement.

Le traitement de référence est l'hystérectomie.

En l'absence de désir de grossesse, l'endométréctomie peut être proposée.

En cas de désir de maintenir la fertilité et quel que soit l'âge, un traitement par SIU au lévonorgestrel est à proposer. En cas d'échec, des traitements conservateurs peuvent être proposés comme la PMA.

Mots clés

- ◆ Adénomyose
- ◆ HIFU
- ◆ SIU lévonorgestrel
- ◆ Chirurgie

Abstract

Adenomyosis is asymptomatic in 70% of cases and imposes no treatment.

The standard treatment is hysterectomy.

In the absence of desire for pregnancy, endometrectomy can be offered.

If there is a desire to maintain fertility and any age, treatment with SIU levonorgestrel is proposed. In case of failure, conservative treatments may be proposed as the PMA.

Keywords

- ◆ Adenomyosis
- ◆ HIFU
- ◆ SIU levonorgestrel
- ◆ Surgery

Correspondance

Hervé Fernandez

CHU Bicêtre - Service Gynécologie Obstétrique - 78, rue du Général Leclerc 94270 Le Kremlin Bicêtre.

E-mail : herve.fernandez@aphp.fr / Tél : 01.45.21.77.01

Introduction

L'adénomyose est une pathologie utérine bénigne, définie par la présence d'ilots d'endomètre ectopiques au sein du myomètre. La fréquence est difficile à déterminer car classiquement elle est estimée à partir de pièces d'hystérectomies sans pour autant que l'on sache si l'indication opératoire était une adénomyose ou si c'est une recherche systématique au sein du myomètre qui a permis de déterminer le diagnostic. Ceci explique que cette fréquence puisse varier en fonction des séries entre 20 et 80 %.

Actuellement le diagnostic n'est plus systématiquement porté par l'examen histologique mais évoqué en imagerie soit par échographie au mieux en 3D ou par IRM.

L'utilisation de l'échographie 3D est devenue la clé du diagnostic. Le volume utérin est acquis par une coupe coronale, la variation de volume des échelles de gris permet d'affiner la sémiologie échographique en plan sagittal et transversal. Les principaux signes échographiques retrouvés sont les anomalies de la zone de jonction, l'infiltration du myomètre, l'épaisseur de la zone de jonction, la perte de l'aspect triangulaire de la cavité et la vascularisation en peigne. On peut ainsi constater sur l'utérus une augmentation de taille souvent asymétrique entre la paroi antérieure et postérieure, un myomètre hétérogène strié, la présence de lacune intra-myométriale en rapport avec les kystes adénomyosiques, l'existence d'adénomyomes dont le diagnostic différentiel avec un fibrome est la pénétration de la vascularisation en intra-tumoral avec des vaisseaux réguliers, ce qui permet de le différencier d'un sarcome. La présence d'au moins deux signes dans cette sémiologie échographique peut signer le diagnostic d'adénomyose (Fig 1) (1).

En IRM, les signes directs sont les spots hyper intenses intra-myométriaux en T2, + T1, les signes indirects sont l'épaississement de la zone de jonction endomètre myomètre avec un seuil > 12 mm et l'existence de zone focale hypo-dense mal limitée. Les séquences SWI (Susceptibility Weight Imaging ou imagerie de susceptibilité magnétique) peuvent favoriser la détection de

l'hémosidérine. L'IRM est classiquement toujours faite en seconde intention en cas de doute de diagnostic ou de lésion associée (Fig 2 et 3) (2-4).

Ces progrès des techniques d'imagerie font que la fréquence du diagnostic augmente en particulier chez les femmes jeunes alors que classiquement l'adénomyose apparaissait comme une pathologie des femmes de 40 à 50 ans. Il faut donc considérer que l'adénomyose nécessitant un traitement ne concerne que l'adénomyose cliniquement symptomatique représentée par la présence de ménorragies, de ménométrorragies, de dysménorrhées ou de douleurs pelviennes isolées ou associées entre elles. La notion d'infertilité reste encore sujette à questionnement : est-ce un symptôme et y a-t-il un réel lien entre la présence à l'imagerie de lésions adénomyosiques et des difficultés de conception ? Il est actuellement probable qu'il existe plusieurs formes étiopathogéniques de l'adénomyose, certaines étant dues à une infiltration d'endométriose pelvienne vers le corps utérin avec infiltration de la séreuse et du myomètre, et d'autres formes où l'adénomyose provient directement de l'endomètre s'infiltrant dans le myomètre (5). Ces deux formes ne sont probablement pas associées, la première étant plus fréquemment rencontrée chez les femmes plus jeunes et dans ce cas peut être associée à une infertilité.

Traitements

Le traitement de référence de l'adénomyose reste encore l'hystérectomie en dehors de tout désir de procréation (6). Cependant, la première étape est toujours médicale que la symptomatologie soit les saignements isolés ou associés à des douleurs, voire l'infertilité.

Le système intra-utérin au lévonorgestrel (SIU-LNG) doit être le traitement de première intention et doit être préféré aux progestatifs par voie orale car son efficacité est plus grande et ses effets secondaires plus faibles, rendant l'observance thérapeutique de meilleure qualité (7). Le SIU-LNG modifie l'angiogenèse endométriale et la prolifération des cellules endométriales (8). Les études à long terme montrent une réduction durable des saignements et des douleurs. L'efficacité maximum a 1 an et décroît avec probablement un phénomène d'échappement au bout de 3 ans (9). Cependant l'hormonodépendance des cellules endométriales ectopiques ne s'avère pas constante, expliquant tout ou partie de l'échec de certaines hormonothérapies

Dans les très gros utérus avec une hystérométrie supérieure à 10 cm, il semble préférable avant l'insertion du SIU-LNG de proposer 3 mois de traitement par agonistes GnRH afin de réduire le volume utérin et de poser ensuite le SIU-LNG (10). Dans toutes les indications de ce traitement, il est souhaitable de remplacer le SIU-LNG au bout des 3 ans même si les effets secondaires sont moindres qu'avec les progestatifs.

Au cours du traitement, des effets secondaires ont pu être constatés avec une augmentation du poids (29 %), la présence de kystes ovariens fonctionnels (22 %) et la persistance de douleurs pelviennes (13 %). Par ailleurs, un taux d'expulsion de 15 % a été rapporté (11,12). En cas d'échec s'ouvrent les possibilités d'autres traitements, en particulier les agonistes de la GnRH sur une durée de 3 à 6 mois avec add-back thérapie pour limiter les effets secondaires. Ce traitement peut précéder la réalisation d'une assistance médicale à la procréation (AMP), mais il n'existe pas de recommandations et il n'y a pas d'AMM au-delà de cette période de 3 à 6 mois dans l'adénomyose (13,14).

Les Selective Progesterone Receptor Modulator (SPRM).

La mifépristone bloque sélectivement les récepteurs de la progestérone, cette molécule a été testée sur un modèle murin avec démonstration de la régression de la prolifération adénomyosique par inhibition de la prolifération cellulaire et stromale œstrogéno-dépendante (15).

Concernant l'acétate d'ulipristal, un essai thérapeutique 10 mg versus placebo est terminé (Fernandez et al.) et les résultats en attente au jour de la rédaction de la présentation. Plusieurs présentations en congrès semblent montrer une efficacité aussi bien pour la régression des symptômes que pour faciliter l'obtention de grossesses spontanées ou en AMP.

Les traitements chirurgicaux

Les alternatives au traitement chirurgical radical doivent être développées et en particulier en cas de désir de préservation de la fertilité. Ce dernier point représente un nouveau paradigme pour les médecins car les progrès en procréation assistée, en don de gamètes ou d'embryons, ont permis de reculer les possibilités de grossesses dans des tranches d'âges au-delà des possibilités habituelles de grossesses spontanées.

En cas d'adénomyome, on peut pratiquer une adénomyomectomie par voie hystéroscopique, cœlioscopique ou laparotomique en fonction de la localisation de l'adénomyome et de la dextérité du chirurgien. La résection d'adénomyome est peu différente de la résection de fibrome, hormis le fait qu'il n'y a pas de plan de clivage. Sur un plan de technique opératoire, il est utile de terminer sa résection par une vaporisation en électrochirurgie bipolaire du fond de l'adénomyome pour parfaire l'hémostase. Dans les autres localisations purement intra-myométriales, la discussion doit se faire entre cœlioscopie et laparotomie. La difficulté en cœlioscopie est liée également à l'absence de plan de clivage responsable de saignements diffus et d'une difficulté de reconstruction du mur utérin pouvant rendre cette voie plus difficile. Au moindre doute il ne faut pas hésiter à faire une laparoconversion si l'on pense que la qualité du mur utérin sera jugée supérieure.

En cas d'adénomyose diffuse résistante à toute thérapeutique médicale, la métrectomie de réduction dans le but de pratiquer une exérèse du tissu adénomyomateux est une alternative qui nécessite une laparotomie avec reconstruction de l'utérus en trois plans. Sur une série de 104 patientes, Osada montre une réduction significative des dysménorrhées et des ménorragies, et 50 % de grossesses évolutives chez des femmes souhaitant être enceinte avec grossesses menées à terme sans rupture utérine.

Dans les kystes adénomyosiques (Fig 4,5,6), l'abord thérapeutique peut être considéré comme similaire à l'abord thérapeutique des adénomyomes. Dans les pures localisations intra-myométriales, on peut proposer une vaporisation du kyste par voie hystéroscopique sous contrôle échographique. Après remplissage de la vessie, on pose une sonde échographique par voie abdominale pour le guidage hystéroscopique. L'introduction de ciseaux opératoires type 7 French, puis de sondes bipolaires de type spiralées ou torsadées pour perforer le mur utérin et pénétrer dans le kyste sont utilisées (Fig 7). Une fois la libération de liquide clair brun, l'électrode bipolaire va vaporiser la paroi du kyste de façon à créer une synéchie du kyste.

Gordts et al. (16) propose un nouveau dispositif appelé utéro-spirotome qui offre la possibilité également par voie hystéroscopique d'un abord direct et frontal vers le kyste. En cas de kyste situé dans le myomètre mais proche de la séreuse, un abord laparoscopique ou laparotomique peut être proposé. On pratique une installation de lidocaïne à 1 % avec adrénaline ou injection de vasopressine (1 ml, soit 20 unités diluées dans 40 ml de sérum) mais cette dernière injection est contre-indiquée en France. Le mur utérin est ensuite incisé à l'électrode monopolaire ou en électrochirurgie harmonique ou plasma énergie, jusqu'à atteindre la cavité et l'on retire, malgré l'absence de plan de clivage, l'intégralité du kyste. Le myomètre est ensuite suturé en 1, 2 ou 3 plans avec des sutures en mono-filaments sur la séreuse.

Que l'abord soit hystéroscopique, coelioscopique ou laparotomique, malgré le faible niveau de preuve, après chirurgie conservatrice la mise en place d'un produit anti-adhérentiel en fin de traitement chirurgical est conseillée.

Chez les femmes présentant des ménorragies avec une adénomyose superficielle soit jusqu'à 12 mm et ne souhaitant pas conserver leurs possibilités de grossesses, on peut proposer un simple traitement de la cavité utérine si celle-ci ne dépasse pas 10 cm.

Les techniques de première génération réalisées en hystéroscopie (résection à l'anse diathermique ou coagulation par la roller-ball) traitent l'endomètre dans toute son épaisseur et le myomètre sur 3 à 5 mm. L'efficacité de ces techniques est intégralement reliée à la compétence chirurgicale et à la minutie de la réalisation de la résection complète de l'endomètre sans omettre les régions péri-ostiales et le fond utérin. L'utilisation d'un traitement préopératoire par agonistes ne modifie pas le résultat terminal. Dans cette situation on peut proposer la pose d'un SIU-LNG à la fin de l'intervention afin de renforcer l'efficacité thérapeutique.

Les techniques de deuxième génération réalisent une destruction thermique de l'endomètre ou électrique (énergie bipolaire délivrée par radiofréquence). Ces techniques traitent de façon optimale toute la surface de l'utérus sans recourir à l'hystéroscopie opératoire, ce qui optimise les résultats car de ce fait ne dépendent pas la dextérité du chirurgien et limite le taux de complications. La profondeur de destruction est similaire à celle observée après résection plus roller-ball.

L'efficacité de ces traitements conservateurs sur le saignement est estimée entre 80 et 90 %.

Place des alternatives non chirurgicales

L'embolisation des artères utérines ; le but est de diminuer le volume du myomètre et l'épaisseur moyenne de la zone jonctionnelle et ainsi de réduire aussi bien les saignements que les dysménorrhées associées à l'adénomyose. L'indication de l'embolisation est au mieux, précisée par l'aspect de l'utérus en IRM car l'existence d'un signal d'intensité en séquence T2 supérieure à 0,475 augmente les chances d'obtenir une nécrose complète (17).

Les ultrasons focalisés de haute fréquence ; cette technique est réalisée sous contrôle IRM ou échographique en utilisant l'effet thermique d'un faisceau d'ondes ultrasonores créant une destruction tissulaire. Les données sont cependant limitées dans cette indication (18).

Conclusion

Les progrès du diagnostic en imagerie de l'adénomyose vont devoir faire discuter les indications thérapeutiques. S'il est évident qu'en cas d'adénomyose asymptomatique il n'existe aucune indication d'un traitement qu'il soit médical ou chirurgical, dans les autres situations le traitement radical se doit d'être toujours de seconde intention et être précédé par un traitement médical et/ou un traitement chirurgical conservateur dont l'indication est de plus en plus fréquemment indiquée chez des patientes souhaitant conserver même tardivement leurs possibilités de procréation.

Déclaration publique d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Exacoustos C, et al. Adenomyosis: three-dimensional sonographic findings of the junctional zone and correlation with histology. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;37:471-9.
2. Bazot M, et al. Ultrasonography compared with magnetic resonance imaging for the diagnosis of adenomyosis: correlation with histopathology. *Hum Reprod*. 2001;16:2427-33.
3. Dueholm M, Lundorf E. Transvaginal ultrasound or MRI for diagnosis of adenomyosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007;19:505-12.
4. Dueholm M, et al. Magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography for the diagnosis of adenomyosis. *Fertil Steril*. 2001;76:588-94.
5. Leyendecker G, Wildt L, Mall G. The pathophysiology of endometriosis and adenomyosis: tissue injury and repair. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280:529-38.
6. Brun JL et al. Adénomyose : Traitement. *EMC*. 2015;10:1-9.
7. Fedele L et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertil Steril*. 1997;68:426-9.
8. Maia Jr, H et al. Effect of menstrual cycle and hormonal treatment on ki-67 and bcl-2 expression and adenomyosis. *Gynecol Endocrinol*. 2005;20:127-31.
9. Cho S et al. Clinical effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine device in patients with adenomyosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:373:1-7.
10. Zhang P et al., Efficacy of combined levonorgestrel-releasing intrauterine system with gonadotropin-releasing hormone analog for the treatment of adenomyosis. *Med Princ Pract*. 2013;22:480-3.
11. Kelekci S, Kelekci KH, Yilmaz B. Effects of levonorgestrel-releasing intrauterine system and T380A intrauterine copper device on dysmenorrhea and days of bleeding in women with and without adenomyosis. *Contraception*. 2012;86:458-63.
12. Peng FS, et al. Insertion of the Mirena intrauterine system for treatment of adenomyosis-associated menorrhagia: a novel method. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2010;49:160-4.

13. Niu Z et al. Long-term pituitary downregulation before frozen embryo transfer could improve pregnancy outcomes in women with adenomyosis. *Gynecol Endocrinol.* 2013;29:1026-30.
14. Zhou LM et al. Study on leuprorelin acetate in treatment of uterine adenomyosis with infertility. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2013;48:334-7.
15. Nagasawa H et al. Stimulation of mammary tumorigenesis and inhibition of uterine adenomyosis by suppressed progesterone effects in SHN mice. *Anticancer Res.* 1989;9:827-32.
16. Gordts S, Campo R, Brosens I. Hysteroscopic diagnosis and excision of myometrial cystic adenomyosis. *Gynecol Surg.* 2014;11:273-8.
17. Jung DC et al. Prediction of early response to uterine arterial embolisation of adenomyosis: value of T2 signal intensity ratio of adenomyosis. *Eur Radiol.* 2012;22:2044-9.
18. Fan TY et al. Feasibility of MRI-guided high intensity focused ultrasound treatment for adenomyosis. *Eur J Radiol.* 2012;81:3624-30.

Légende des figures

Figure 1 : Poster : Descriptif échographique de l'adénomyose.
 Figure 2 : Image IRM.
 Figure 3 : Image IRM.
 Figure 4 : Kyste adényomyosique.
 Figure 5 : Kyste adényomyosique en 2D-TVUS.
 Figure 6 : Kyste adényomyosique en 3D-TVUS.
 Figure 7 : EasyCare 5 mm avec instrumentation en 7 Fr.

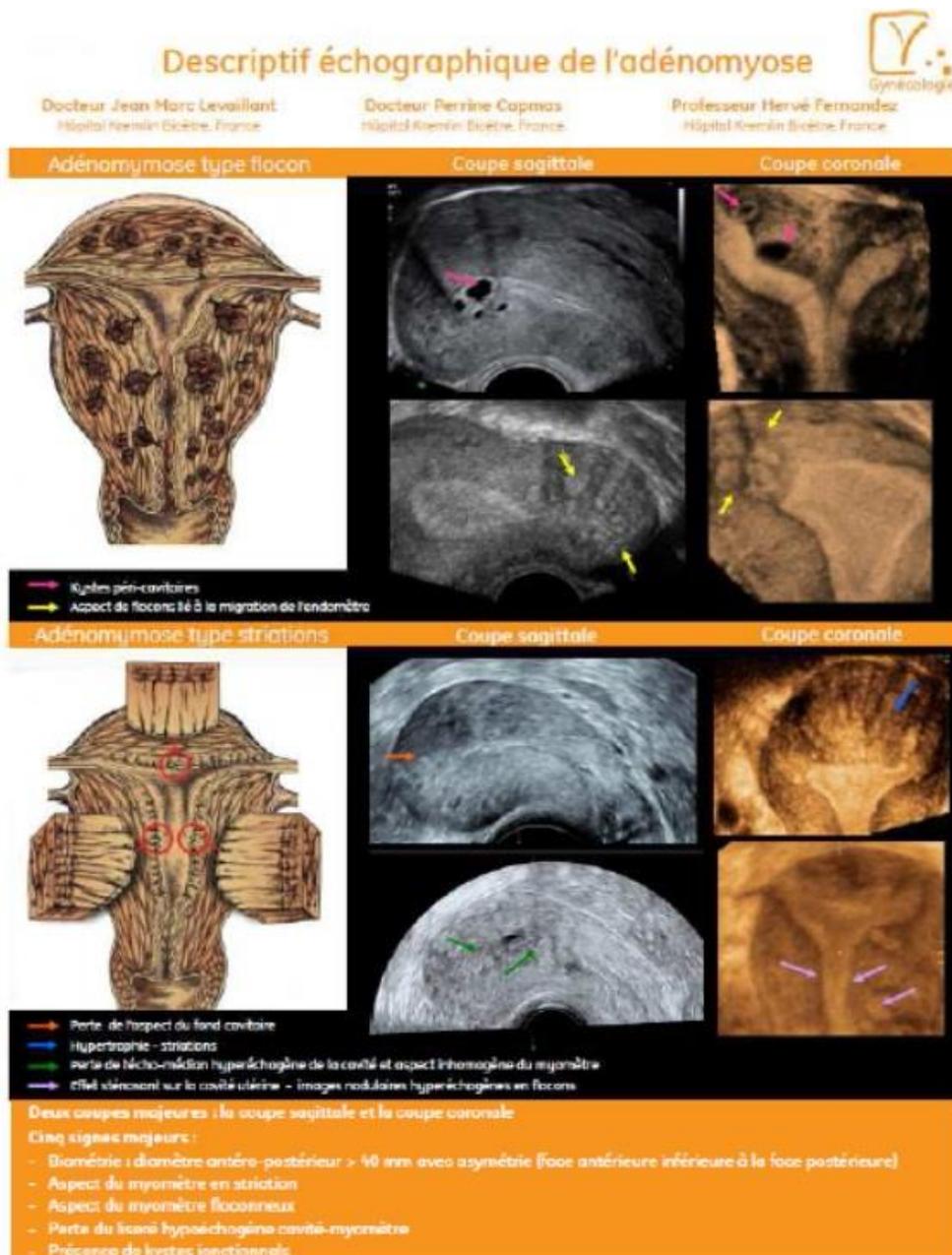


Figure 1 : Poster : Descriptif échographique de l'adénomyose.

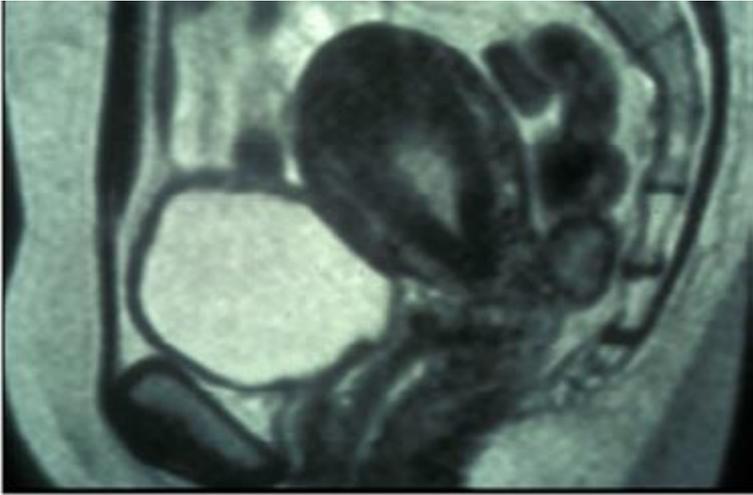


Figure 2 : Image IRM.

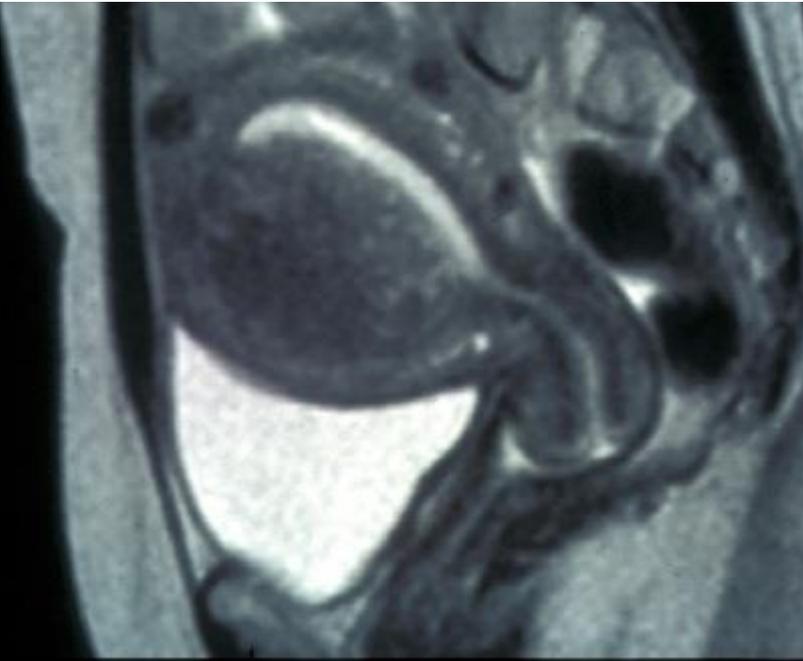


Figure 3 : Image IRM.

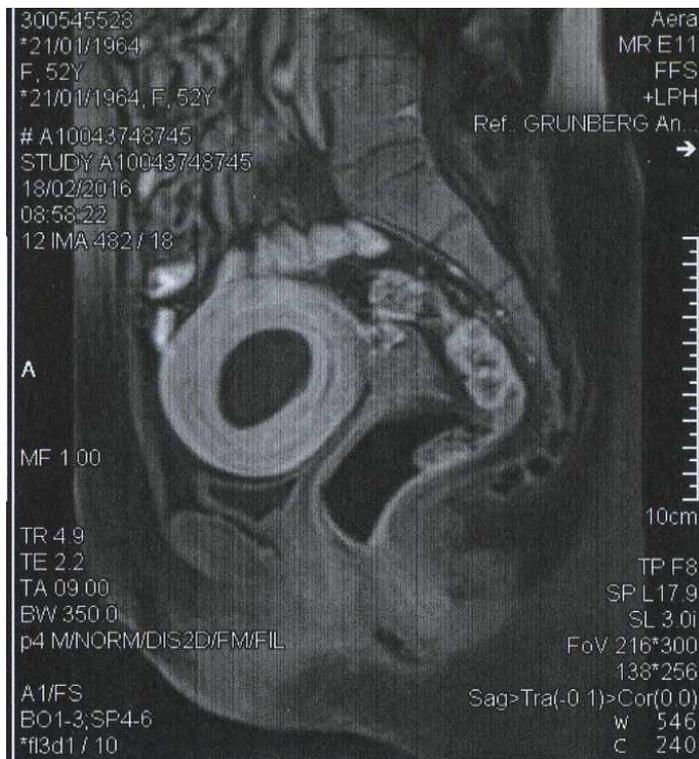


Figure 4 : Kyste adényomiosique.

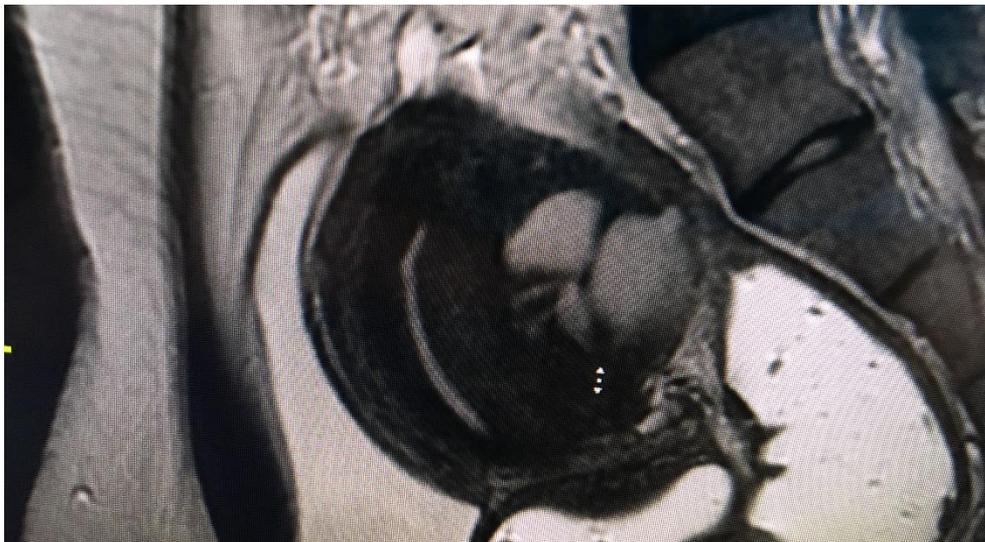


Figure 5 : Kyste adényomiosique en 2D-TVUS.

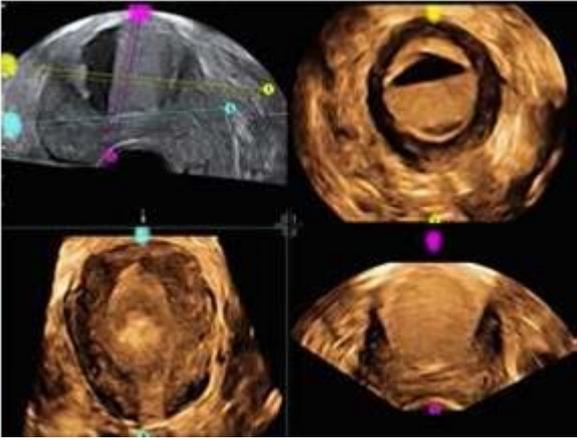


Figure 6 : Kyste adényomiosique en 3D-TVUS.

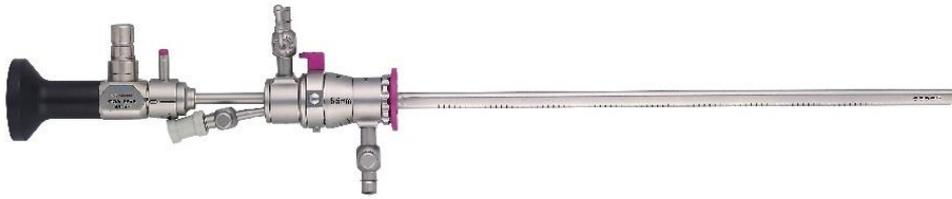


Figure 7 : EasyCare 5 mm avec instrumentation en 7 Fr.