



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Chirurgie de l'adénomyome kystique**  
Série rétrospective de patientes opérées

Présentée et soutenue publiquement le 08/10/2018 à 18h00  
au Pôle Formation  
**Par Sarah Dericquebourg**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre COLLINET**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Sophie CATTEAU - JONARD**  
**Madame le Docteur Géraldine GIRAUDET**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Professeur Chrystèle RUBOD DIT GUILLET**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## **Table des matières**

<b>Résumé.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>Matériels et méthodes .....</b>	<b>7</b>
<b>I. Type d'étude .....</b>	<b>7</b>
<b>II. Patientes .....</b>	<b>7</b>
A. Diagnostic .....	7
B. Interventions.....	8
C. Recueil des données rétrospectives .....	9
<b>III. Consentement .....</b>	<b>10</b>
<b>IV. Accord de la CNIL .....</b>	<b>10</b>
<b>V. Statistiques.....</b>	<b>10</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>11</b>
<b>I. Population .....</b>	<b>11</b>
<b>II. Diagnostic .....</b>	<b>12</b>
<b>III. Interventions chirurgicales .....</b>	<b>15</b>
<b>IV. Technique opératoire .....</b>	<b>16</b>
<b>V. Traitement post-opératoire .....</b>	<b>18</b>
<b>VI. Evolution de la douleur .....</b>	<b>19</b>
<b>VII. Fertilité post-opératoire .....</b>	<b>21</b>
<b>Discussion.....</b>	<b>23</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>31</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>32</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>36</b>

## **RESUME**

L'adénomyome kystique est une lésion située au sein du myomètre, bordée d'endomètre à contenu hémorragique. Cette entité rare encore mal connue est décrite comme une forme focale d'adénomyose. Les symptômes principaux liés à cette lésion sont des douleurs pelviennes. La lésion est parfois diagnostiquée chez des patientes souffrant d'infertilité. La prise en charge des patientes symptomatiques n'est pas codifiée. Notre étude décrit, chez une série de patientes rétrospective, la tolérance et l'efficacité du traitement chirurgical conservateur de l'adénomyome kystique.

Nous avons inclus rétrospectivement toutes les patientes opérées d'un adénomyome kystique avec conservation utérine au CHRU de Lille entre Janvier 2011 et Janvier 2018. Les patientes ont été recontactées et l'évaluation des douleurs a été demandée en utilisant une échelle numérique. Leur évolution a été évaluée sur une échelle d'amélioration. Le devenir obstétrical des patientes a été retracé.

18 patientes ont été incluses. 3 patientes ont été perdues de vue. 15 ont bénéficié d'une coelioscopie pour exérèse de l'adénomyome et 3 d'une hystéroscopie opératrice. Les complications per et post opératoires ont été rares, portant sur 3 patientes, et de faible gravité. Parmi 15 patientes recontactées, 1 patiente douloureuse n'a pas vu d'amélioration après chirurgie et 2 patientes n'ont vu qu'une amélioration partielle sur leurs douleurs. 7 patientes ont obtenu au moins une grossesse avec issue favorable après la chirurgie.

En nous appuyant sur cette série, nous pensons que le traitement chirurgical conservateur pour adénomyome kystique permet une amélioration des symptômes concernant la douleur et une fertilité ultérieure, sans engendrer de morbidité.

## **INTRODUCTION**

L'adénomyome kystique est une lésion rare de l'utérus. Elle a été décrite dès la fin du XIX siècle (1,2) mais reste une entité mal connue, tant sur le plan physiopathologique que sur les possibilités thérapeutiques.

Il correspond à une lésion kystique sans communication avec la cavité utérine, bordée d'endomètre sain, situé au sein d'un myomètre (1) et contenant un liquide hémorragique décrit de couleur chocolat. Sur le plan anatomo-pathologique, les glandes endométriales sont entourées de stroma et se situent au sein de cellules musculaires lisses telles que les cellules myométriales (3). L'adénomyome kystique est la forme focale de l'adénomyose.

L'adénomyose est une pathologie fréquente dont l'existence serait observée sur 5 à 70% des pièces opératoires d'hystérectomie selon les études (4–6). Elle est décrite sur le plan histologique comme un envahissement du myomètre par des cellules endométriales ectopiques (7). L'envahissement du myomètre doit être situé à une profondeur minimale qui est discutée, avec un seuil fréquemment retenu de 2.5 mm entre la basale de l'endomètre et l'adénomyose (6). L'adénomyose se présente habituellement sous forme diffuse, avec des glandes endométriales et du stroma endométrial entraînant un épaissement des parois utérines. Par ailleurs, on retrouve une hypertrophie du myomètre autour de l'adénomyose (7). L'adénomyose est une forme de localisation ectopique d'endomètre, comme l'endométriose pelvienne profonde à laquelle on la rattache fréquemment (8). Pour cette raison on utilise parfois le terme d'endométriose utérine pour désigner l'adénomyose (9,10).

Une entité nommée « adénomyose externe » correspond en réalité à des lésions d'endométriose infiltrant le myomètre de l'extérieur vers l'intérieur depuis la séreuse (11–13).

L'adénomyome kystique correspond à une forme focale d'adénomyose où les cellules endométriales ectopiques s'organisent de manière à border un kyste contenant du liquide brun-chocolat.

L'origine du développement de cette lésion n'est pas véritablement connue : certains auteurs la décrivent comme une forme focale d'adénomyose (4) alors que d'autres la rattachent aux malformations utérines liées à une anomalie dans le développement des canaux de Muller (14,15). De même, on retrouve des cas rapportés de patientes présentant des lésions kystiques répondant à la définition anatomo-pathologique précédente sous différentes dénominations : adénomyome kystique, adénomyome kystique juvénile (JCA), masse utérine accessoire cavitaire (ACUM), ou encore masse utérine-like. Le fait que différents termes soient employés pour des lésions similaires est une source de confusion à l'origine d'une difficulté dans l'analyse de la littérature mais surtout dans la prise en charge des patientes présentant de telles lésions.

D'après la littérature, les patientes présentant un adénomyome kystique symptomatique décrivent principalement des douleurs. Les dysménorrhées sont au premier plan. Il s'agit même d'un critère d'inclusion pour inclure les patientes d'une série opérées d'adénomyome kystique juvénile décrite par *Hiroyuki T.* et al (16). Ces dysménorrhées peuvent être associées à des douleurs pelviennes chroniques et des dyspareunies (16–23). Les métrorragies et ménorragies sont parfois associées (17,19,20,24).

Dans de rares cas décrits, l'infertilité est le mode de révélation de ce type de lésion (18). Un lien entre l'adénomyose diffuse et l'infertilité paraît exister, sans qu'il ait pu être complètement prouvé à ce jour. Des études montrent clairement une diminution du taux de succès de procréation par FIV dans une population avec adénomyose comparativement à une population sans adénomyose. Ceci s'explique notamment par un taux de fausses couches spontanées beaucoup plus important dans la première population (31% contre 14.1%) (25). Par ailleurs, des méta-analyses ont montré un risque relatif augmenté d'accouchement prématuré et de rupture spontanée des membranes chez les patientes porteuses d'adénomyose (respectivement RR : 3.09 et RR : 3.23) (26,27). Concernant la forme focale de l'adénomyose, les données de la littérature ne permettent pas d'établir un lien entre l'adénomyome kystique et une diminution de la fertilité car aucune série suffisamment grande n'est publiée du fait de la très faible prévalence. Nous ne connaissons pas non plus les liens possibles entre l'adénomyome kystique et les complications obstétricales pour cette même raison.

L'imagerie de première intention souvent réalisée est l'échographie pelvienne. Elle permet de décrire une image intra-myométriale (21,22) arrondie, aux bords nets, kystique, à contenu liquidien finement échogène. Le développement du recours à l'IRM permet un diagnostic relativement aisé des kystes utérins hémorragiques intramuraux. Les caractéristiques de l'adénomyome kystique en IRM ont été bien décrites depuis 1998 par *Robert N. Troiano et al* (28). L'IRM pelvienne révèle une image arrondie, bien limitée, au sein du myomètre avec un contenu ayant un signal d'allure hémorragique en hypersignal T1. L'utérus est de forme normale par ailleurs, les annexes également. La lésion est bien distincte de l'endomètre. On remarque un

signal hyper-intense en T1 homogène ; ce signal reste intense en séquence fat-sat. En séquence T2, le signal est plus variable, soit hyper intense soit iso-intense, homogène ou discrètement hétérogène. Un halo périphérique hypo-intense est observé. Enfin, un niveau liquide-liquide peut être observé au sein du kyste, correspondant à des contenus hémorragiques à différents stades d'organisation. Ce type d'image peut être retrouvé sur des endométriomes. (16,28) Le diagnostic différentiel principal est le fibrome utérin. Le contenu hémorragique de l'adénomyome kystique, bien visible en IRM, permet souvent de faire la différence entre les deux diagnostics (11,28).

Parmi les traitements conservateurs, plusieurs types de prise en charge de patientes sont relatés dans la littérature. Des prises en charges hormonales par pilules oestro-progestatives ou par analogues de la GnRH sont décrits (28–30), avec une efficacité partielle ou temporaire le plus souvent. Un cas de ponctions itératives est relaté (24) en alternative à la chirurgie. Enfin, des équipes décrivent des prises en charges chirurgicales avec des techniques par laparotomie (17,21), par coelioscopie (16,22,23,31) ou par hystéroscopie (18–20) s'inspirant des techniques de myomectomie ou de résection hystéroscopique. La rareté du diagnostic explique l'absence de consensus actuel sur l'attitude à adopter devant une patiente symptomatique, ou présentant un désir de grossesse, porteuse d'un adénomyome kystique.

Notre objectif est d'évaluer l'efficacité du traitement par chirurgie programmée de l'adénomyome kystique sur les symptômes et la fertilité chez une série rétrospective de patientes.

## MATERIELS ET METHODES

### I. Type d'étude

Nous avons procédé à une étude rétrospective, descriptive, monocentrique au sein du CHRU de Lille, menée sur une série de patientes opérées d'adénomyome kystique entre Janvier 2010 et Janvier 2018.

### II. Patientes

#### A. *Diagnostic*

Le diagnostic d'adénomyome kystique était suspecté par l'imagerie. Le diagnostic d'adénomyome kystique était retenu grâce à l'IRM, devant une image intra-myéométriale arrondie, distincte de la cavité utérine, à bords nets, à contenu hémorragique, associée à un utérus de forme normale. L'échographie pelvienne était souvent réalisée avant l'IRM, et parfois suffisait au diagnostic. Dans ce cas, le kyste intra-myéométrial avait un contenu hypo-échogène avec de fins échos internes et des bords réguliers.

La confirmation diagnostique était donnée par l'aspect per opératoire de la lésion et si possible par l'analyse anatomopathologique. Il s'agissait d'un kyste intramural bombant au niveau de la cavité utérine ou au niveau de la séreuse utérine, avec un écoulement de liquide caractéristique brun-chocolat lors de l'effraction de la paroi kystique. L'analyse anatomopathologique de la lésion était faite lorsque l'exérèse de celle-ci était réalisée. L'anatomopathologiste affirmait le diagnostic

d'adénomyome kystique devant une lésion kystique, bordée par de la muqueuse glandulaire endométriale, au sein d'un tissu musculaire lisse sans signe d'atypie.

## **B. Interventions**

Les patientes incluses ont bénéficié d'un traitement chirurgical sous anesthésie générale. Il existait plusieurs voies d'abord possibles.

Certaines patientes ont bénéficié d'exérèse de l'adénomyome par voie coelioscopique. La technique utilisée est comparable à celle de la myomectomie par voie coelioscopique, la différence réside dans l'absence de plan de dissection clairement identifiable entre l'adénomyome et le myomètre sain. La séreuse et le myomètre sont incisés jusqu'au contact du nodule. Celui-ci est ensuite disséqué pas à pas jusqu'à son exérèse complète. On s'assure de l'absence d'effraction de la cavité utérine. En cas de doute une épreuve au bleu est réalisée pour constater l'effraction de la cavité ou non. L'utérus est ensuite suturé, le plus souvent en deux plans par des points musculaires et des points au niveau de la séreuse. Si une effraction de la cavité utérine est constatée pendant l'intervention, une hystérocopie diagnostique pour contrôle de l'intégrité de la cavité est réalisée à distance de la chirurgie.

D'autres patientes ont été opérées par abord hystérocopique, en phase liquide au sérum physiologique. L'adénomyome bombait alors dans la cavité utérine. Deux techniques étaient possibles. Certaines patientes ont bénéficié d'une résection de l'adénomyome à l'anse bipolaire. Pour d'autres patientes, l'opérateur a procédé à l'ouverture du kyste à la pointe bipolaire avec évacuation du contenu liquidien et coagulation des parois du kyste. Les patientes opérées par voie hystérocopique se sont vu proposer une hystérocopie diagnostique de contrôle à distance de l'intervention.

L'intervention chirurgicale comprenait la réalisation d'un test de perméabilité tubaire au bleu de méthylène quand il était réalisable, soit en cas de patientes non vierges et d'abord coelioscopique.

Dans certains cas, le traitement de l'adénomyome kystique s'effectuait lors d'une intervention traitant des lésions d'endométriose pelvienne profondes ou superficielles associées. Il s'agissait alors d'interventions par voie coelioscopique.

### *C. Recueil des données rétrospectives*

Nous avons consulté les dossiers des patientes de manière rétrospective pour recueillir l'anamnèse de chaque patiente, les données radiologiques, anatomopathologiques, et chirurgicales. Les complications per et post-opératoires ont été recensées et classées selon la classification de Clavien-Dindo (32) (*Annexe 2*) et la durée de séjour précisée.

Nous avons ensuite contacté les patientes pour recueillir des données post-opératoires. Les patientes ont été contactées par téléphone ou par courrier et ont répondu à un questionnaire concernant l'évolution de leurs symptômes, leur fertilité post-opératoire et les traitements complémentaires dont elles avaient bénéficié. Nous avons évalué l'évolution du symptôme douloureux par une échelle d'amélioration (33) (*Annexe 1*) et par une échelle numérique de zéro à dix au moment de l'appel téléphonique. De même, une évaluation de la douleur existante en période préopératoire était demandée sur une échelle numérique au moment de cet appel téléphonique. Enfin, les patientes ont été interrogées sur d'éventuelles nouvelles

interventions en raison d'une récurrence d'adénomyome kystique, d'une endométriose ou d'une chirurgie pour infertilité.

### **III. Consentement**

Les patientes ont signé un consentement écrit nous permettant l'utilisation de leurs données de manière anonyme dans le cadre d'une étude rétrospective.

### **IV. Accord de la CNIL**

Une déclaration de fichier de recueil des données a été remplie auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le caractère rétrospectif et descriptif de l'étude n'a pas nécessité d'accord d'un comité d'éthique.

### **V. Statistiques**

Cette étude rétrospective est descriptive. Seuls des calculs de médianes et de moyennes avec les écarts types associés ont été réalisés.

## RESULTATS

### I. Population

Nous avons inclus toutes les patientes opérées entre Janvier 2010 et Janvier 2018 pour un adénomyome kystique avec preuve anatomo-pathologique à l'hôpital Jeanne de Flandre du CHRU de Lille.

Entre 2011 et 2018, 18 patientes ont bénéficié d'une chirurgie pour adénomyome kystique diagnostiqué en imagerie à l'hôpital Jeanne de Flandre. Nous avons étudié le dossier médical des 18 patientes (*tableau 1*). 15 patientes ont été contactées secondairement par téléphone, 3 ont été perdues de vue.

Il s'agit majoritairement de patientes jeunes, avec une moyenne d'âge calculée à 28 ans (écart type : +/- 6,7 ans). La quasi-totalité des patientes se plaignait de douleurs en début de prise en charge : des dysménorrhées, des douleurs pelviennes chroniques ou des dyspareunies, parfois associées. L'infertilité touchait seulement 7 patientes, mais l'âge des patientes étant bas, bon nombre de patientes étaient nullipares sans désir de grossesse. 5 patientes avaient déjà au moins un enfant, dont 2 patientes en infertilité secondaire.

Le délai entre la ménarche et les premières douleurs est très variable avec une moyenne de 3,9 ans (écart type +/- 3,6 ans). Certaines patientes (5 patientes) ont déclaré leurs premières douleurs dans l'année suivant leurs premières règles alors que pour d'autres, il s'est écoulé plusieurs années entre les deux, jusqu'à 14 ans.

## II. Diagnostic

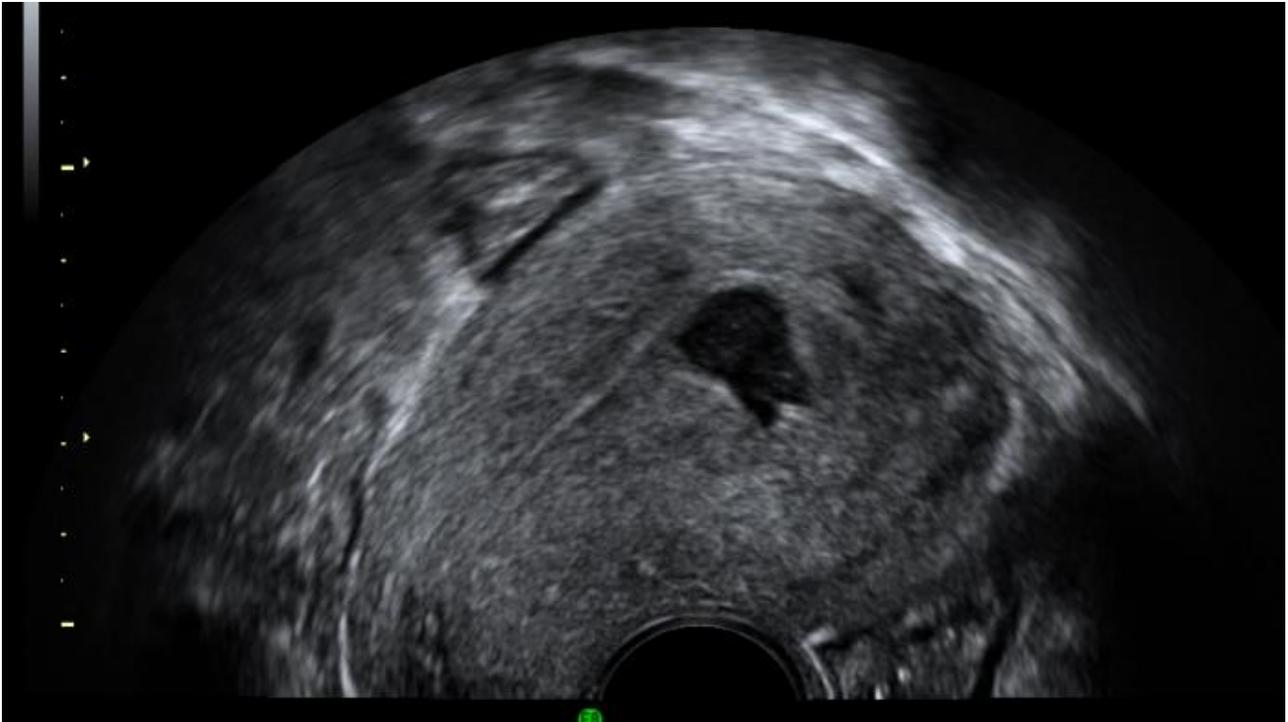
Les patientes ont bénéficié d'une imagerie suite à leurs plaintes fonctionnelles. Pour une seule patiente, l'échographie pelvienne de première intention a été suffisante pour affirmer le diagnostic d'adénomyome kystique. Il s'agissait alors d'un petit adénomyome de 4 mm de localisation proche de la cavité utérine. Toutes les autres patientes ont bénéficié d'une IRM pelvienne permettant le diagnostic d'adénomyome kystique. Pour 3 patientes, le diagnostic n'a été posé qu'après deuxième lecture des clichés d'IRM par des radiologues expérimentés en imagerie de la femme. En IRM, le diagnostic d'adénomyome kystique était associé pour 2 patientes à de l'adénomyose : pour l'une il s'agissait d'adénomyose interne et pour l'autre d'adénomyose externe. 6 patientes présentaient des lésions d'endométriose pelvienne, qu'elles soient superficielles ou profondes. 11 patientes, soit 61,1 %, présentaient un adénomyome kystique isolé.

L'analyse anatomopathologique sur les pièces opératoires a été demandée systématiquement lorsqu'il y avait exérèse de la lésion. En cas de traitement hystéroscopique avec ouverture de l'adénomyome et coagulation des parois, l'examen anatomopathologique n'était pas possible. Le diagnostic d'adénomyome kystique a été retenu pour 15 patientes sur 16 analyses anatomopathologiques au total. Dans ces cas, le pathologiste décrit des îlots de muqueuse endométriale au centre, entourés de cellules musculaires lisses. Pour une patiente, le pathologiste ne conclut pas au diagnostic d'adénomyome kystique. Il décrit des fragments composés entièrement de faisceaux de fibres musculaires lisses régulières. Il n'est pas observé de contingent de

type muqueux. L'aspect per-opératoire et en IRM était concordant avec un adénomyome.

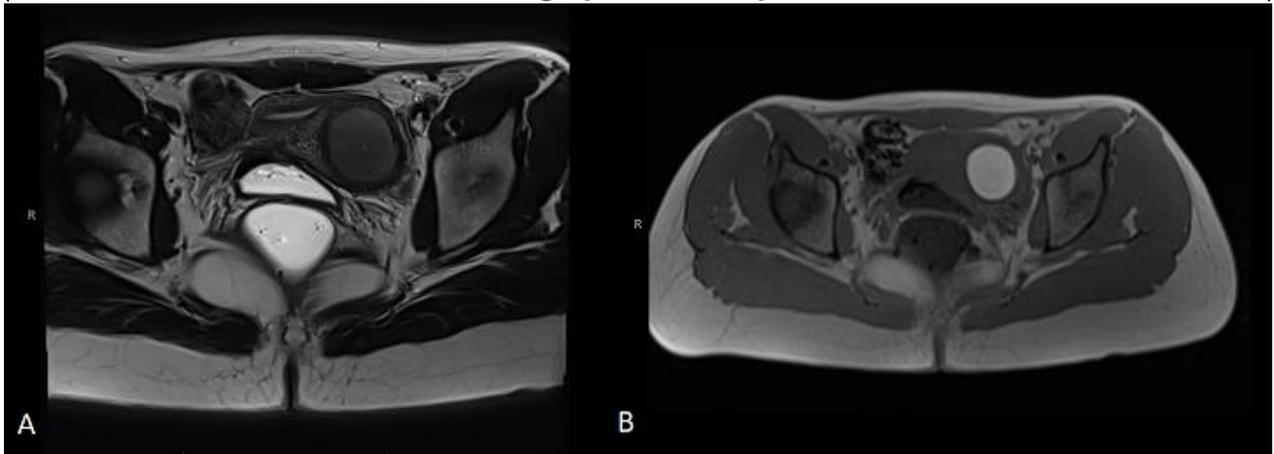
<b>Tableau 1 : Population (n=18)</b>			
		Nombre	%
Age (an)	Min – max	17 – 41	-
	Moyenne (+/- écart type)	28,8 (+/-6,7)	-
	Médiane	27.5	
Gestité/Parité	Nulligeste/Nullipare	11	61,1
	Gestité ≥ 1/Nullipare	2	11,1
	Parité ≥1	5	27,7
Symptômes	Douleurs*	16	88,8
	<i>Dont Dysménorrhées</i>	16	88,8
	<i>Douleurs pelviennes chroniques</i>	11	61,1
	<i>Dyspareunies</i>	4	22,2
	Infertilité	7	38,8
	<i>Primaire</i>	5	27,7
	<i>Secondaire</i>	2	11,1
	Méno-métrorragies	2	11,1
Taille adénomyome (mm)	Moyenne (+/- écart type)	24,7 (+/-8,7)	-
	Médiane	24.5	
Diagnostics associés	Adénomyose diffuse	1	5,5
	Adénomyose externe	1	5,5
	Endométriose pelvienne**	6	33,3
	<i>Endométriome</i>	3	16,6
	<i>Cloison recto-vaginale</i>	3	16,6
	<i>Ligaments utéro-sacrés</i>	2	11,1
	<i>Cloison vésico-utérine</i>	1	5,55
	<i>Lésions superficielles</i>	1	5,55
Désir de grossesse		7	-
<i>* Toutes douleurs confondues, ** toutes lésions d'endométriose confondues</i>			

**Iconographie 1 : Echographie par voie endovaginale**



*Coupe sagittale : lésion kystique anéchogène au sein du myomètre de 18 mm, adénomyome kystique de 18 mm de grand axe*

**Iconographie 2 : IRM pelvienne**



*Séquence T2 axiale : lésion iso-intense intra-murale au niveau de la corne utérine gauche  
a. Séquence T1 axiale : lésion hyper-intense spontanément*

### III. Interventions chirurgicales

15 patientes ont bénéficié d'une coelioscopie avec exérèse de l'adénomyome kystique et 3 ont été opérées par voie hystéroscopique. Parmi ces patientes, une résection à l'anse bipolaire a été réalisée chez une patiente et l'ouverture du kyste avec coagulation de la paroi a été effectuée pour deux patientes.

Le temps opératoire des interventions est calculé entre l'incision et la fermeture. Il inclut donc l'intervention concernant l'adénomyome kystique mais aussi le test au bleu et la chirurgie d'endométriose associée quand ils ont lieu. Cela explique des durées opératoires allant jusque 303 min par voie hystéroscopique. Une coelioscopie pour chirurgie d'endométriose pelvienne profonde était associée dans ce cas. (*tableau 2*)

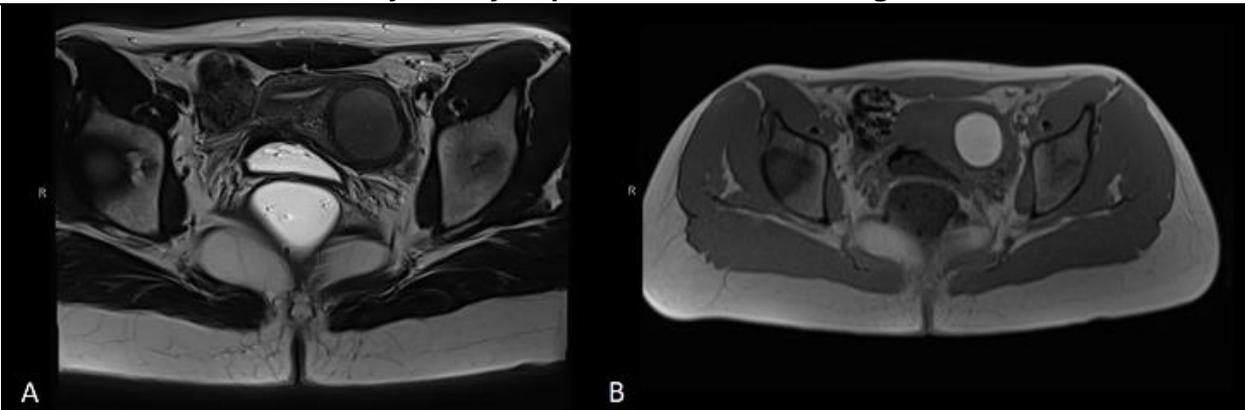
Deux complications per-opératoires ont été recensées : un saignement hémorragique quantifié à 700 mL lors de la dissection de l'adénomyome et une plaie de vessie du fait de l'absence de plan de clivage net entre la vessie et la lésion (*tableau 2*). 89% des patientes ont eu des suites opératoires simples, sans complication (*tableau 2*). 2 patientes ont présenté des complications post-opératoires. L'une a présenté une anémie secondaire au saignement per-opératoire décrit plus haut (grade II de la classification de Clavien-Dindo). Elle a nécessité une transfusion post-opératoire. L'autre patiente a présenté un hématome de paroi, au niveau de l'orifice de trocart ombilical, de résolution spontanée (grade I de Clavien-Dindo).

<b>Tableau 2 : Complications et période péri-opératoire selon la voie d'abord chirurgicale (n=18)</b>			
		Coéloscopie (n=15)	Hystéroscopie (n=3)
Chirurgie associée*	Endométriose pelvienne	5	2
	Néosalpingostomie	2	0
Durée opératoire (min)	Min – max	21 - 336	41 - 303
	Moyenne (+/- écart type)	137,2 (+/-54,6)	154,6 (+/-98,8)
Durée du séjour hospitalier (jours)	Min – max	2 - 5	1 - 4
	Moyenne (+/- écart type)	3,4 (+/-0,7)	2,3 (+/-1,1)
Complications per et post-opératoires (**)	Nombre	4	0
	Plaie de vessie (II)	1	0
	Hémorragie per-opératoire (I)	1	0
	Anémie (II)	1	0
	Hématome de paroi (I)	1	0

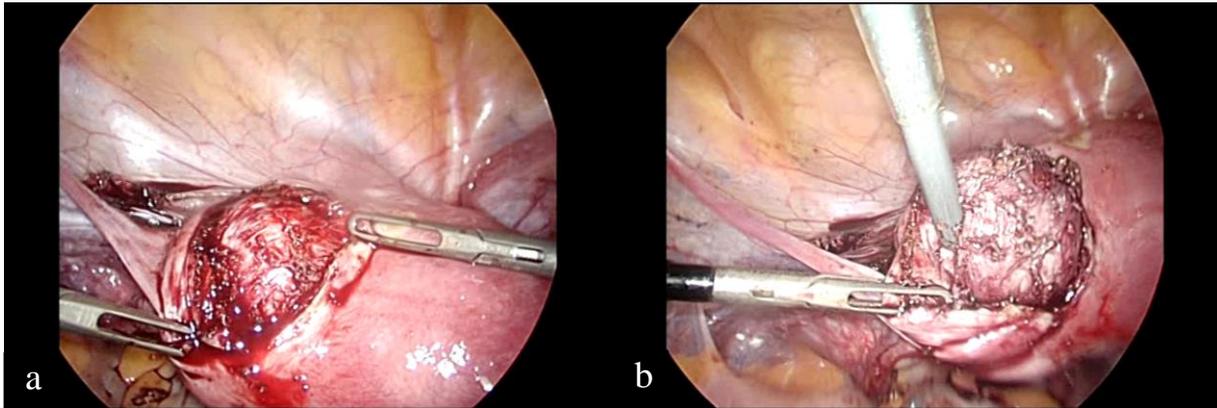
\* geste chirurgical associé par voie coelioscopique ; \*\*grade de la complication selon la classification de Clavien Dindo

#### IV. Technique opératoire

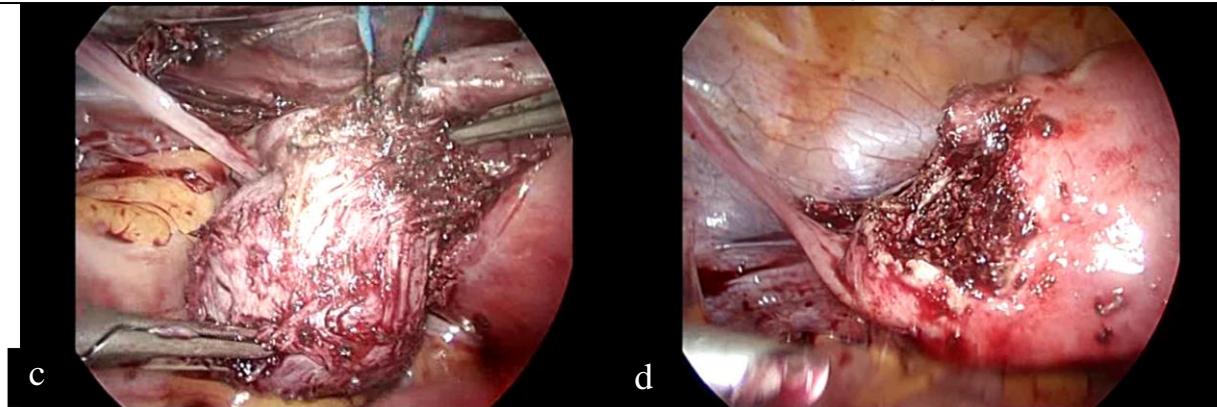
**Iconographie 3 : Technique opératoire par voie coelioscopique : exérèse d'un adénomyome kystique de la corne utérine gauche**



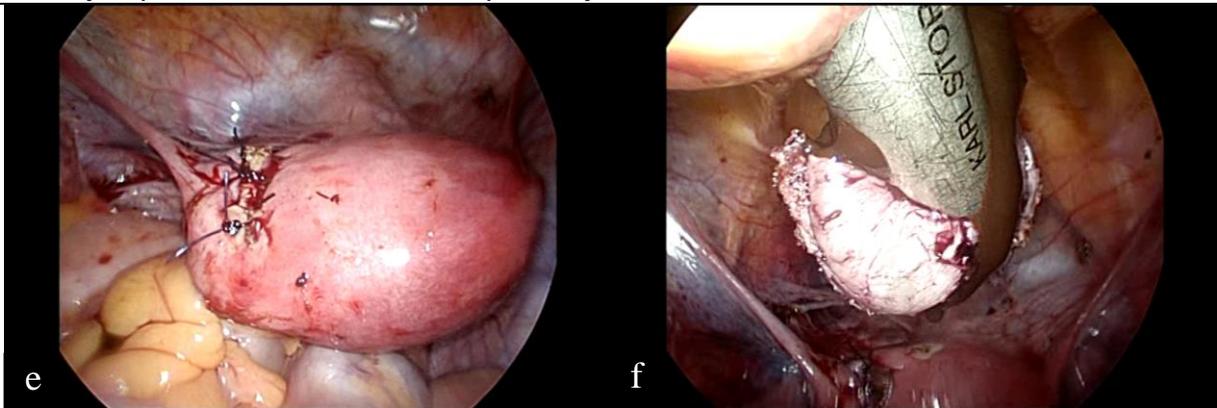
*IRM pelvienne pré-opératoire : A : séquence T2, coupe transversale, B : séquence T1. Lésion kystique cornuale gauche bien limitée, à contenu homogène.*



a. Repérage de l'adénomyome bombant au niveau de la corne utérine droite, incision de la séreuse et du myomètre jusqu'à la lésion. b. Dissection pas à pas de la lésion



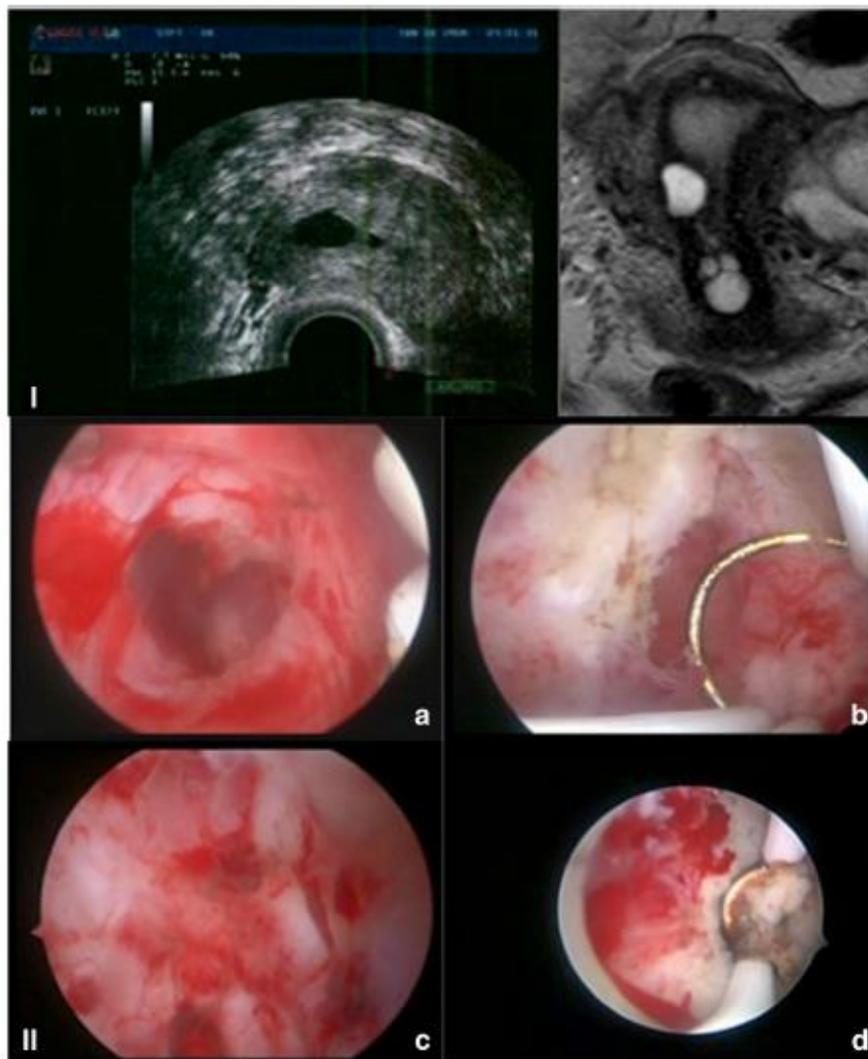
c. progression dans la dissection, sans plan de clivage bien identifiable. d. adénomyome kystique extrait, brèche dans la paroi myométriale sans effraction de la cavité utérine.



e. suture du myomètre et de la séreuse avec du fil mono-filament résorbable par des points séparés. f. morcellation de l'adénomyome kystique laissant soudre un liquide brun-chocolat caractéristique, pour extraction de la pièce opératoire via un orifice de trocart abdominal.

**Iconographie 4 : Technique opératoire par voie hystéroscopique  
Résection d'un adénomyome kystique isthmique bombant dans la cavité utérine**

**Fig. 4** Case no. 2. **I** Ultrasound and MRI image of cystic lesion right isthmic part. **II** *a* Access to cystic structure after ultrasound-guided creation of channel to intramural cyst, *b* widening of access to cyst using a bipolar resectoscope, *c* insight view of cyst, *d* coagulation of insight cyst using a bipolar loop resectoscope



*Hysteroscopic diagnosis and excision of myometrial cystic adenomyosis. Gordts S. (18)*

## V. Traitement post-opératoire

Les prises en charge médicales après l'intervention étaient multiples. Concernant les traitements hormonaux pour prise en charge des symptômes douloureux, certaines patientes n'ont bénéficié d'aucun traitement (sept patientes, dont 6 avec un désir de grossesse). Certaines ont suivi une contraception orale oestro-progestative (quatre patientes, dont deux avec traitement en continu) ou par macro-

progestatif en continu (une patiente). D'autres ont bénéficié d'un DIU hormonal à la progestérone (deux patientes). Enfin deux patientes ont suivi un traitement par analogue de la GnRH dans le cadre d'une endométriose pelvienne profonde associée. Nous n'avons pas de donnée concernant la prise en charge médicale ultérieure à la chirurgie pour 2 patientes.

S'agissant des 8 patientes avec un désir de grossesse en période post-opératoire, 5 patientes ont bénéficié d'une prise en charge en PMA. Il s'agissait d'inséminations intra-utérines pour une et de Fécondations In Vitro pour les autres.

## VI. Evolution de la douleur

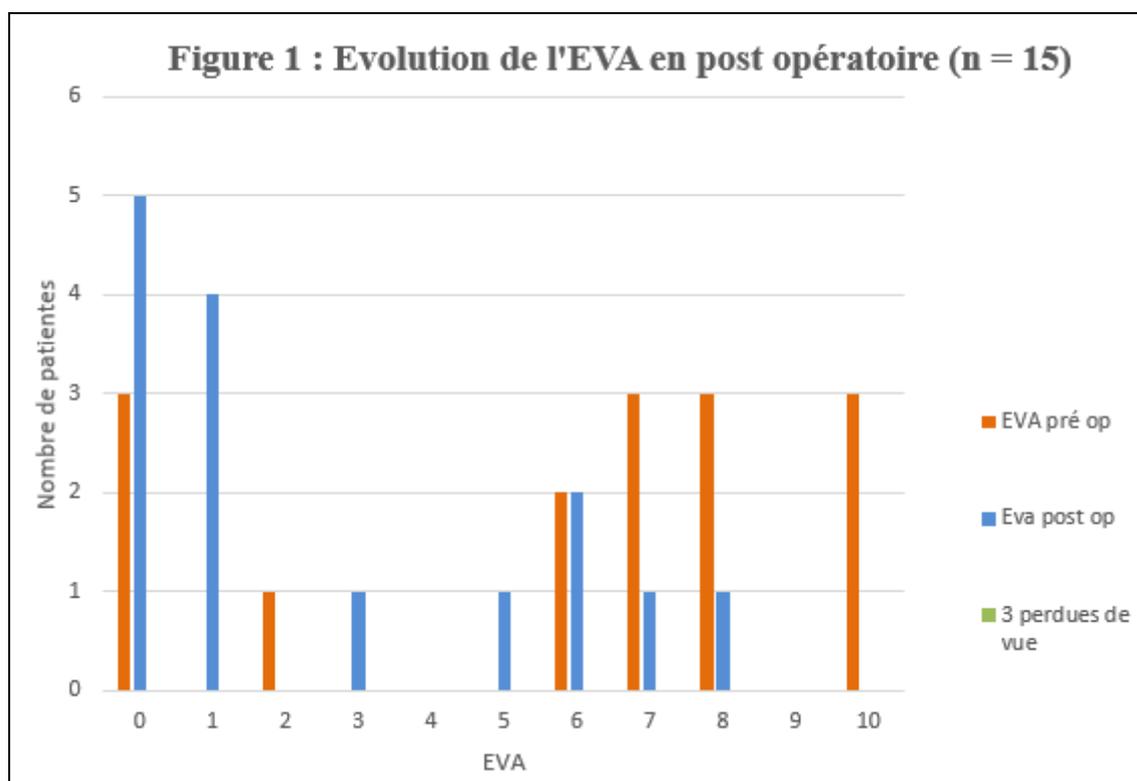
Il s'est écoulé de 6 mois à 8 ans entre la chirurgie et le recueil des données post-opératoires. Le délai moyen écoulé entre la chirurgie et le questionnaire relatif aux données post-opératoires est de 3,8 ans (écart type +/-2,3 et médiane : 3,5 ans).

Avant la chirurgie, quatre patientes ne présentaient pas ou peu de douleurs (douleur évaluée inférieure ou égale à 2 sur une échelle numérique de 0 à 10). Concernant les autres, elles présentaient toutes des douleurs intenses avec des douleurs estimées à postériori supérieure ou égale à 6 sur une échelle numérique (allant de 0 à 10). En post-opératoire, 5 patientes n'ont pas de douleurs, et six ont des douleurs modérées, avec une évaluation numérique inférieure ou égale à 5. (*figure 1*)

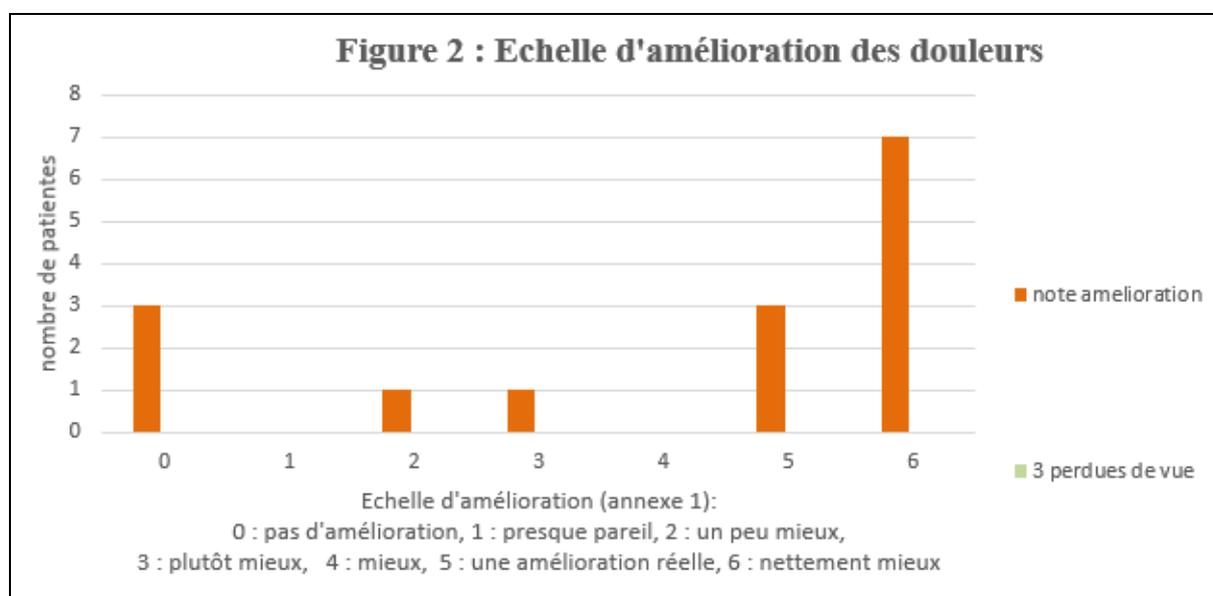
Sur quinze patientes recontactées, seules quatre présentent des douleurs modérées à intenses (avec une échelle numérique de la douleur supérieure à 5) après

leur intervention chirurgicale. Une n'a jamais eu de modification de sa douleur après traitement avec un recul de 6 mois depuis la chirurgie, une autre n'a eu qu'une amélioration minime de sa douleur, traitée par macroprogestatifs. 2 patientes ont une récurrence des douleurs à distance de la chirurgie (7 ans après) après avoir eu une nette amélioration en post-opératoire, sans nouveau bilan d'imagerie réalisé. Ces 2 patientes ne bénéficient d'aucun traitement hormonal. L'une des deux avait un implant contraceptif et les douleurs sont apparues à la suite du retrait de l'implant.

Concernant les 4 patientes douloureuses lors du questionnaire, 3 ont été opérées il y a 7 ans ou plus, une a été opérée il y a 6 mois.



Parmi les 15 patientes ayant répondu à notre échelle d'amélioration (33) (Annexe 1), 3 ne présentent pas d'amélioration de leur symptomatologie douloureuse (Figure 2). 2 d'entre elles ne présentaient en réalité pas de douleurs avant la chirurgie. Une seule patiente n'a donc vu aucune amélioration concernant sa douleur. 2 patientes ont été partiellement améliorées, et dix ont été nettement améliorées sur le plan des douleurs.



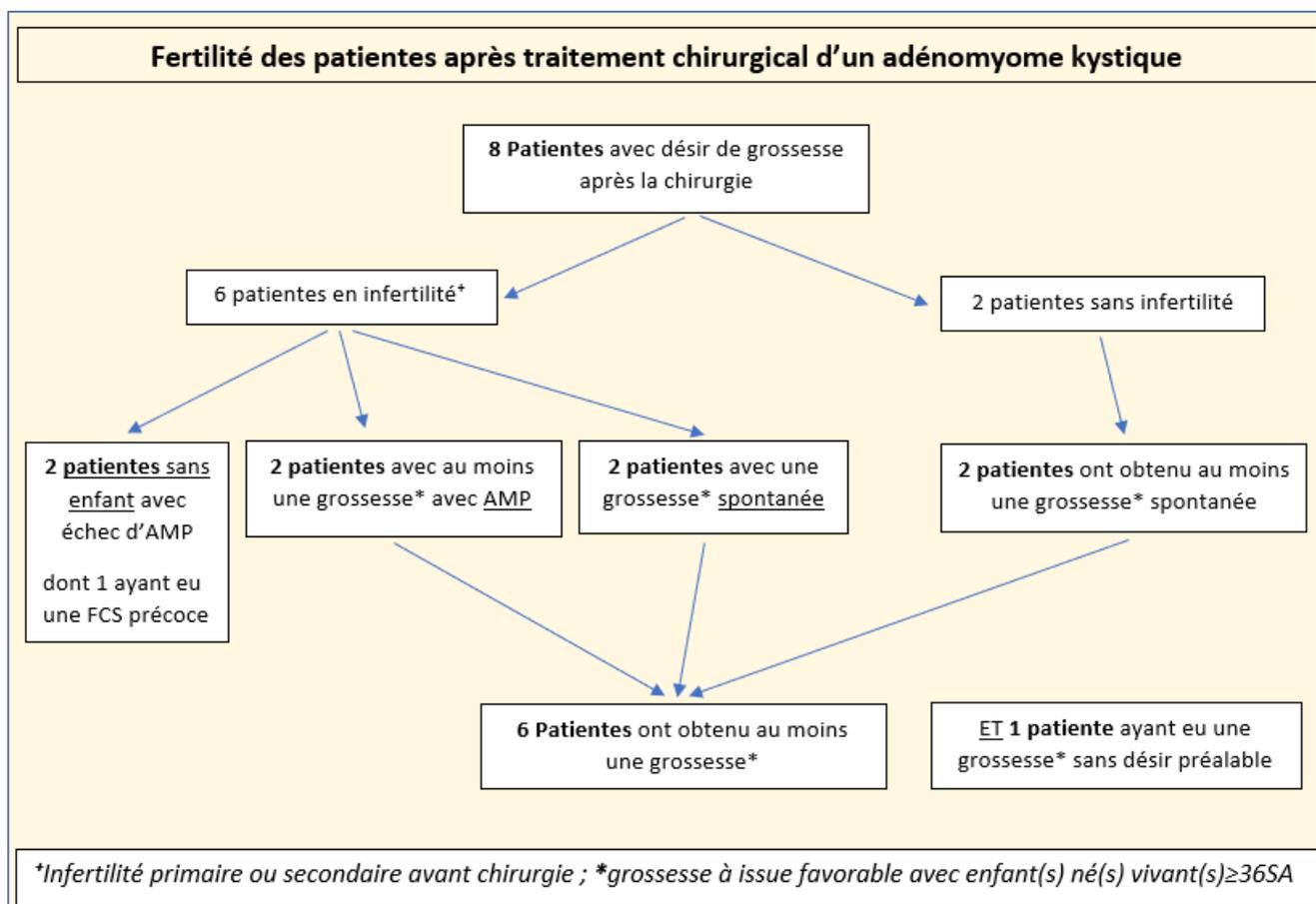
## VII. Fertilité post-opératoire

Lors de leurs prises en charge initiales, 7 patientes étaient en situation d'infertilité. Pour deux d'entre elles, l'infertilité était isolée, sans douleur associée. Parmi ces 7 patientes, une n'a plus de désir de grossesse après la chirurgie. Au totale, on dénombre 12 grossesses obtenues par 7 patientes.

Un nouveau-né est né prématurément à 36 semaines d'aménorrhées (SA), les

autres sont nés après 37 SA. Sur douze accouchements, on compte 3 césariennes. Les indications de césarienne n'avaient pas de lien avec l'antécédant de chirurgie pour adénomyome kystique.

Les deux patientes n'ayant pas d'enfant à ce jour n'avaient pas de lésion d'endométriose associée ni d'adénomyose diffuse. Une a été opérée par voie coelioscopique et une par voie hystéroscopique.



## DISCUSSION

A ce jour, la prise en charge des patientes symptomatiques avec adénomyome kystique n'est pas consensuelle du fait du peu de données sur la pathologie et sur les traitements potentiels. Cette étude rétrospective permet de regrouper une série de 18 patientes. A l'heure actuelle, aucune étude n'a permis de regrouper autant de patientes du fait de la rareté du diagnostic et de sa prise en charge chirurgicale. L'équipe de *Hiroyuki T. et al* avait publié une série prospective de 9 patientes opérées par coelioscopie pour exérèse d'adénomyome kystique (16). Cette série laissait penser que le traitement chirurgical avait une nette efficacité sur les dysménorrhées et donnait cette option thérapeutique comme prometteuse. En effet, les patientes étaient suivies tous les 6 mois après la chirurgie sur une période moyenne de 35,9 mois. Un de leurs critères d'inclusion était la présence de dysménorrhées. Ces dysménorrhées étaient cotées entre 8 et 10 sur une échelle numérique d'évaluation de la douleur avant l'intervention chirurgicale pour leur 9 patientes ; et entre 1 et 3 après la chirurgie. Dans notre étude, le délai entre la chirurgie et le recueil des données post-opératoires s'étend à 8 ans pour certaines patientes, ce qui nous permet d'avoir un grand recul sur l'évolution des symptômes, d'observer des récurrences tardives et la fertilité post-opératoire à moyen et long terme.

De nombreux cas décrivent des douleurs apparues très rapidement après la ménarche (14,21,23,30), chez des adolescentes. Cela amène certains auteurs à

penser qu'une origine malformative de l'adénomyome kystique est possible (14). Dans cette hypothèse, dès les premières règles, l'adénomyome kystique augmenterait de taille chaque mois, entraînant des douleurs. Ces auteurs apparentent les lésions d'adénomyome kystique aux malformations liées aux canaux de Muller. Outre des symptômes apparaissant rapidement après la ménarche, la localisation fréquente des adénomyomes kystiques latérale, proche de la naissance du ligament rond conforte ces auteurs dans leur hypothèse. Concernant notre série de patientes, le délai ménarche-apparition des douleurs est très variable, de quelques mois à 14 ans, ne confirmant pas cette tendance et donc cette hypothèse. En revanche, concernant la topographie des lésions, la majorité des patientes ont une lésion latéralisée, proche de la naissance du ligament rond avec 7 adénomyomes décrits comme étant de localisation cornuale et 4 adénomyomes décrit comme étant corporéo-fundiques latéralisés.

38.8% de nos patientes étaient porteuses de lésions d'endométriose superficielles, profondes ou ovariennes. L'étude de *Hiroyuki T. et al* retrouve également des lésions d'endométriose parmi les patientes étudiées : une patiente de la série est porteuse d'un endométriome et 5 patientes présentent des lésions d'endométriose péritonéales de moins de 1cm (16). Cette forte association des deux types de lésion paraît conforter l'idée que les mécanismes physiopathologiques en jeu dans leur développement seraient les mêmes.

Le diagnostic a pu être posé grâce à la réalisation d'une IRM pelvienne dans 94,4% des cas. L'échographie pelvienne seule a permis d'affirmer le diagnostic d'adénomyome chez une seule patiente. Il s'agissait alors d'un adénomyome kystique de petite taille (4mm) proche de la cavité utérine. Cela montre les difficultés

diagnostiques de cette lésion et l'intérêt à la réalisation d'une IRM pelvienne. En effet, l'adénomyome kystique se présente comme une lésion nodulaire intramyométriale. Un des diagnostics différentiels en imagerie est le fibrome utérin en nécrobiose. Ensuite, la différence avec les malformations utérines de type corne rudimentaire sur utérus bicorne n'est pas toujours aisée. Plusieurs cas rapportés décrivent des situations de mauvais diagnostic posé initialement en ce sens (17,22,23). La réalisation d'une hystérosalpingographie est présentée comme étant une aide au diagnostic dans certains cas. Cet examen n'a pas été nécessaire pour notre série de patientes pour suspecter le diagnostic d'adénomyome kystique. Il n'avait été réalisé que pour une patiente, dans un contexte d'infertilité.

Enfin, la complexité du diagnostic vient aussi du fait que l'entité d'adénomyome kystique n'est pas bien définie dans la littérature, avec des auteurs ne faisant pas rentrer les mêmes critères dans la définition de cette pathologie. L'équipe d'*Hiroyuki T. et al.* retenait des critères cliniques et paracliniques restrictifs : un âge  $\leq 30$  ans, la présence de dysménorrhées et une lésion kystique  $\geq 1$  cm, indépendante de la lumière de la cavité utérine, entourée de myomètre visible en imagerie. Il utilise le terme d'adénomyome kystique juvénile (*Juvenil Cystic Adenomyoma*) pour définir cette pathologie. On remarque l'absence de critère anatomopathologique utilisé dans ce cas. Une description anatomopathologique a par ailleurs été réalisée par l'équipe de *Tahlan et al.* : 26 pièces d'hystérectomie contenant un adénomyome ont été étudiées. Dans cette série, l'âge des patientes était compris entre 22 ans et 60 ans et le symptôme principal était la présence de saignements utérins anormaux (des ménorragies ou des métrorragies) (3). On constate donc l'absence de concordance dans la définition de cette entité. Nous avons choisi comme critères d'inclusion, parmi les patientes opérées, un diagnostic d'adénomyome kystique en imagerie et

per-opérateur associé si possible à un diagnostic anatomo-pathologique, afin de ne pas réduire cette pathologie à une seule forme d'expression clinique, ce qui aurait pu être le cas si l'on avait sélectionné les patientes sur leurs caractéristiques ou leurs symptômes.

Les techniques chirurgicales décrites pour traiter les adénomyomes kystiques ont été développées à partir des techniques de myomectomie. Les voies d'abord sont les mêmes : laparotomie, coelioscopie ou hystéroscopie, en fonction de la localisation de la lésion et de sa taille (16–19,21). La différence que l'on peut souligner entre une myomectomie et le traitement de l'adénomyome kystique est l'absence de plan de clivage entre la lésion et le myomètre sain environnant. La dissection peut donc être plus difficile. Les limites n'étant pas nettes, le risque serait de réséquer du myomètre sain, fragilisant l'utérus inutilement, ou de léser le pédicule utérin en s'en approchant sans s'en rendre compte ou encore de léser la trompe en cas d'adénomyome cornual. Il nous paraît donc important de cartographier correctement la lésion par une imagerie de qualité et d'apprécier les rapports de la lésion avant l'intervention. Dans ces conditions, nous observons un taux de complications faible et des complications de grade I ou II d'après la classification de Clavien – Dindo (30). La durée d'hospitalisation est courte (3,4 jours $\pm$ 0,7 jours en cas de coelioscopie et 2,3 jours $\pm$ 1,1 jours en cas d'hystéroscopie), reflétant des suites opératoires majoritairement simples. Il faut noter que lorsque la chirurgie de l'adénomyome est isolée, sans chirurgie pour endométriose ou tubaire associée, la durée d'hospitalisation est en moyenne plus courte, de 2,9 jours ( $\pm$  0,8 jours).

La grande majorité de nos patientes (88,8%) présentait des dysménorrhées, souvent associées à des douleurs pelviennes chroniques et parfois à des dyspareunies. Les cas reportés de patientes avec adénomyome kystique montrent une quasi omniprésence des dysménorrhées (16,17,31,34), il s'agit du mode de révélation le plus fréquent.

Nous observons que le traitement chirurgical, tant par voie coelioscopique que par voie hystéroscopique, ne présente que peu de complications et permet dans la très grande majorité des cas une nette diminution des douleurs : seule une patiente n'a pas eu d'amélioration sur ses symptômes douloureux et deux une amélioration partielle. Les différents cas reportés de chirurgie de l'adénomyome kystique montrent pour la plupart une résolution partielle ou totale des dysménorrhées. La série de 9 patientes de *Hiroyuki et al* montre une nette amélioration pour les 9 patientes, avec une évaluation de la douleur comprise entre 8 et 10 sur une échelle de 0 à 10 avant chirurgie passant à une évaluation entre 1 et 3. Les différents cas supplémentaires rapportés (case report) dans la littérature, soit environ une dizaine, présentant des patientes opérées pour excrèse d'adénomyome kystique décrivent un amendement des symptômes douloureux en période post-opératoire (17,19,21–23,30). Cependant, concernant ces cas, l'évaluation de la douleur avant et après la chirurgie n'est pas chiffrée par la patiente et le suivi post-opératoire est d'un an maximum. L'efficacité à long terme n'est pas évaluée. Notre étude est concordante sur l'efficacité du traitement chirurgical concernant les douleurs, mais permet aussi de constater deux récurrences de douleurs très à distance de la chirurgie. Ces récurrences apparaissent chez des patientes sans traitement hormonal ou l'ayant interrompu. Etant donné qu'aucune récurrence à long terme des douleurs n'est décrite, nous n'avons pas d'éléments suffisants pour savoir si un traitement hormonal post-opératoire pourrait jouer un rôle dans la réduction du risque de récurrence.

Même si l'infertilité est un mode de révélation de la pathologie dans notre étude, le lien entre les deux n'est pas établi. Ceci s'explique par le peu de données existantes, et l'association fréquente de cette lésion avec de l'adénomyose diffuse ou de l'endométriose pelvienne qui constitue un biais de confusion. 6 patientes sur 8 avec un désir de grossesse ont obtenu au moins une grossesse avec une issue favorable après leur intervention chirurgicale. Un seul accouchement était prématuré, à 36 SA, sur 12 grossesses. Quelques grossesses obtenues après chirurgie sont décrites parmi les quelques cas connus d'exérèse d'adénomyome kystique (23). Dans la série de *Hiroyuki et al*, 3 patientes étaient désireuses de grossesse après la chirurgie et 2 ont pu en obtenir au moins une, avec issue favorable. Ces grossesses ont cependant été obtenues 2 et 7 ans après la chirurgie. Un effet direct du traitement chirurgical sur la fertilité n'est donc pas évident. Il n'est pas précisé si un recours à l'aide médicale à la procréation a été nécessaire, ni si les patientes étaient en situation d'infertilité avant l'intervention chirurgicale. Enfin, *Gordts et al* décrivent une résection hystéroscopique d'adénomyome kystique dans un contexte d'infertilité à 38 ans. Des tentatives de FIV ont échoué pour cette patiente. Les données concernant l'impact de l'exérèse chirurgicale sur la fertilité sont donc extrêmement rares et ne permettent pas de conclure à une efficacité certaine.

Plusieurs biais accompagnent notre étude. Bien qu'étant la plus grande série publiée sur le sujet, nous pensons avoir obtenu un recueil incomplet. En effet, il s'agit d'une étude rétrospective, et l'absence de codage spécifique informatisé pour l'adénomyome kystique ou toute forme d'adénomyose focale ne nous a pas permis de rechercher informatiquement les patientes, avec le risque de ne pas inclure

certaines patientes à tort. D'autre part, la nature rétrospective de l'étude ajoute des biais : la proportion de perdues de vue importante (3 patientes sur 18 n'ont pas pu être recontactées) car le recueil concerne des patientes opérées il y a plusieurs années. Les recontacter à distance devient difficile. L'évaluation de la douleur pré-opératoire sur une échelle numérique est un paramètre que nous avons dû évaluer rétrospectivement, lors du questionnaire de recueil. Cette évaluation n'a donc pas une valeur indicative aussi forte que si elle avait été faite en temps réelle car elle est basée sur le souvenir d'une douleur ancienne. Concernant le recueil de données sur la période post-opératoire, il aurait pu être plus complet dans le cadre d'une étude prospective. En effet, concernant les récurrences, nous n'avons pu constater que les récurrences des symptômes. En l'absence d'imagerie complémentaire systématique nous n'avons pas pu constater les récurrences de lésions asymptomatiques. De même, les récurrences des douleurs n'ont pas été explorées. Nous ne savons donc pas si elles sont corrélées à une récurrence en imagerie et si elles nécessiteraient une nouvelle intervention chirurgicale.

Cette étude descriptive mériterait d'être complétée par une étude comparative entre une prise en charge chirurgicale de l'adénomyome kystique et une prise en charge médicale. En effet, nous n'avons évalué que les prises en charge chirurgicales avec conservation utérine du fait de la difficulté à retrouver rétrospectivement les patientes atteintes d'adénomyome kystique. Or les deux récurrences concernant les douleurs sont survenues alors qu'il n'y avait pas de traitement hormonal instauré ou que celui-ci était interrompu. Cela suggère que la prise en charge hormonale aurait un rôle à jouer dans la prise en charge des symptômes liés à l'adénomyome kystique.

Le nombre de patientes incluses reste faible du fait de la rareté de la pathologie et du peu de patientes bénéficiant d'un traitement chirurgical conservateur dans ce contexte. En effet, il est probable qu'une partie des patientes avec adénomyome kystique n'ait pas de diagnostic posé devant les difficultés sus-citées à identifier cette lésion. D'autre part, nous ne connaissons pas le nombre des patientes traitées médicalement pour adénomyome kystique symptomatique dans notre centre sur la même période. Il est probable que certaines patientes soient traitées pour des douleurs par traitement hormonal et que d'autres bénéficient d'une aide médicale à la procréation dans le cadre d'une infertilité. Nous ne disposons pas de registre pour les retrouver, et donc évaluer l'efficacité de leur prise en charge. La prise en charge par chirurgie radicale (hystérectomie), est également une attitude thérapeutique envisageable chez des patientes n'ayant plus de désir de grossesse. Là encore, notre travail ne nous permet pas de comparer les deux techniques. Enfin, il est possible qu'une partie des patientes porteuses d'adénomyome kystique soit asymptomatique. La question d'une prise en charge en cas de découverte fortuite reste ouverte.

Toutefois, sur notre série de patientes, le traitement chirurgical conservateur pour adénomyome kystique paraît permettre une nette amélioration des symptômes concernant la douleur, permettre une fertilité ultérieure, sans engendrer de morbidité.

## **CONCLUSION**

Le traitement chirurgical des patientes porteuses d'adénomyome kystique symptomatique, par voie coelioscopique ou hystéroscopique, permet une régression totale ou partielle des douleurs, et semble avoir un impact positif sur la fertilité. Une étude plus étendue et prospective paraît nécessaire pour conforter ces données et les préciser. Pour conclure, les techniques chirurgicales ne présentent pas de difficulté particulière car sont inspirées des techniques de myomectomie. La difficulté réside dans l'établissement du diagnostic de la lésion. Une équipe expérimentée dans la lecture des IRM pelviennes chez des patientes porteuses d'endométriose pelvienne ou d'adénomyose sera plus à même de poser le diagnostic et de réaliser la cartographie de la lésion. Cette dernière est essentielle à une prise en charge chirurgicale adaptée.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cullen TS: Adenomyoma of the uterus. Philadelphia, Saunders, 1908, pp 128-149. In.
2. Von Recklinghausen F. Von Recklinghausen F. Die adenomyome und cytadenome der uterus und tubenwandung, ihre abkunft von resten des wolff'schen korpers. Berlin; 1896.
3. Tahlan A, Nanda A, Mohan H. Uterine Adenomyoma: A Clinicopathologic Review of 26 Cases and a Review of the Literature. *Int J Gynecol Pathol.* oct 2006;25(4):361.
4. L. Pelage, S. Fenomanana, J.L. Brun, J.M. Levailant, H. Fernandez. Diagnostic et traitements de l'adénomyose (hors grossesse) (Le Kremlin-Bicêtre, Bordeaux. CNGOF; 2013.
5. Yeniel O, Cirpan T, Ulukus M, Ozbal A, Gundem G, Ozsener S, et al. Adenomyosis: prevalence, risk factors, symptoms and clinical findings. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2007;34(3):163-7.
6. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Daguati R, Abbiati A, Fedele L. Adenomyosis: epidemiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 août 2006;20(4):465-77.
7. Fernandez H, Donnadiou A-C. Adénomyose. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 avr 2007;36(2):179-85.
8. Siegler AM, Camilien L. Adenomyosis. *J Reprod Med.* nov 1994;39(11):841-53.
9. Bergholt T, Eriksen L, Berendt N, Jacobsen M, Hertz JB. Prevalence and risk factors of adenomyosis at hysterectomy. *Hum Reprod Oxf Engl.* nov 2001;16(11):2418-21.

10. Taran FA, Stewart EA, Brucker S. Adenomyosis: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Phenotype and Surgical and Interventional Alternatives to Hysterectomy. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* sept 2013;73(9):924-31.
11. Levy G, Dehaene A, Laurent N, Lernout M, Collinet P, Lucot J-P, et al. Mise au point sur l'adénomyose. 10 janv 2013. Em-consulte
12. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril.* oct 1997;68(4):585-96.
13. Koninckx PR, Martin DC. Deep endometriosis: A consequence of infiltration or retraction or possibly adenomyosis externa? *Int J Gynecol Obstet.* juill 1993;42(1):89-90.
14. Acién P, Acién M, Fernández F, José Mayol M, Aranda I. The cavitated accessory uterine mass: a Müllerian anomaly in women with an otherwise normal uterus. *Obstet Gynecol.* nov 2010;116(5):1101-9.
15. Acién P, Sánchez del Campo F, Mayol M-J, Acién M. The female gubernaculum: role in the embryology and development of the genital tract and in the possible genesis of malformations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 déc 2011;159(2):426-32.
16. Takeuchi H, Kitade M, Kikuchi I, Kumakiri J, Kuroda K, Jinushi M. Diagnosis, laparoscopic management, and histopathologic findings of juvenile cystic adenomyoma: a review of nine cases. *Fertil Steril.* 1 août 2010;94(3):862-8.
17. Manta L, Suciú N, Constantin A, Toader O, Popa F. Focal adenomyosis (intramural endometriotic cyst) in a very young patient - differential diagnosis with uterine fibromatosis. *J Med Life.* 2016;9(2):180-2.
18. Gordts S, Campo R, Brosens I. Hysteroscopic diagnosis and excision of myometrial cystic adenomyosis. *Gynecol Surg.* 2014;11(4):273-8.
19. Sun W, Guo X, Zhu L, Fei X, Zhang Z, Li D. Hysteroscopic Treatment of a Uterine Cystic Adenomyosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 24 juill 2017.

20. Pontrelli G, Bounous VE, Scarperi S, Minelli L, Sardo ADS, Florio P. Rare case of giant cystic adenomyoma mimicking a uterine malformation, diagnosed and treated by hysteroscopy. *J Obstet Gynaecol Res.* 41(8):1300-4.
21. Potter DA, Schenken RS. Noncommunicating accessory uterine cavity. *Fertil Steril.* 1 déc 1998;70(6):1165-6.
22. Koukoura O, Kapsalaki E, Daponte A, Pistofidis G. Laparoscopic treatment of a large uterine cystic adenomyosis in a young patient. *BMJ Case Rep.* 1 oct 2015.
23. Dadhwal V, Sharma A, Khoiwal K. Juvenile Cystic Adenomyoma Mimicking a Uterine Anomaly: a Report of Two Cases. *Eurasian J Med.* févr 2017;49(1):59-61.
24. Fuseini NM, Shlansky-Goldberg RD, Neff PM. Ultrasound-guided drainage and sclerosis of a cystic myometrial mass. *J Obstet Gynaecol.* 2 janv 2017;37(1):127-8.
25. Vercellini P, Consonni D, Dridi D, Bracco B, Frattaruolo MP, Somigliana E. Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Oxf Engl.* mai 2014;29(5):964-77.
26. Buggio L, Monti E, Gattei U, Dridi D, Vercellini P. Adenomyosis: fertility and obstetric outcome. A comprehensive literature review. *Minerva Ginecol.* juin 2018;70(3):295-302.
27. Bruun MR, Arendt LH, Forman A, Ramlau-Hansen CH. Endometriosis and adenomyosis are associated with increased risk of preterm delivery and a small-for-gestational-age child: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* sept 2018;97(9):1073-90.
28. Troiano RN, Flynn SD, McCarthy S. Cystic adenomyosis of the uterus: MRI. *J Magn Reson Imaging.* 8(6):1198-202.
29. Fisseha S, Smith YR, Kumetz LM, Mueller GC, Hussain H, Quint EH. Cystic myometrial lesion in the uterus of an adolescent girl. *Fertil Steril.* sept 2006;86(3):716-8.

30. Branquinho MM, Marques AL, Leite HB, Silva IS. Juvenile cystic adenomyoma. *BMJ Case Rep.* 19 nov 2012 /
31. Bedaiwy MA, Henry DN, Elguero S, Pickett S, Greenfield M. Accessory and Cavitated Uterine Mass with Functional Endometrium in an Adolescent: Diagnosis and Laparoscopic Excision Technique. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1 août 2013;26(4):e89-91.
32. Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications. *Ann Surg.* août 2004;240(2):205-13.
33. National Institute of Mental Health(NIMH). Patient global impression of change.
34. Brosens I, Gordts S, Habiba M, Benagiano G. Uterine Cystic Adenomyosis: A Disease of Younger Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1 déc 2015;28(6):420-6.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Echelle d’amélioration (33)

**Depuis le début de votre traitement, comment qualifieriez vous le changement (s’il existe) sur la limitation de vos activités, vos symptômes, vos émotions, et tout ce qui fait votre qualité de vie, en lien avec vos douleurs :**  
**Faites une croix (une seule réponse possible)**

Pas de changement ou c’est devenu pire	
Presque pareil, pratiquement pas d’amélioration	
Un peu mieux mais pas de changement notable	
Plutôt mieux mais le changement ne fait pas de réelle différence	
Mieux, le changement est modéré mais notable	
Mieux, avec sans aucun doute une amélioration réelle qui fait la différence	
Nettement mieux, une amélioration considérable qui fait toute la différence	

### Annexe 2 : Classification de Clavien – Dindo (32)

**TABLE 1.** Classification of Surgical Complications

Grade	Definition
Grade I	Any deviation from the normal postoperative course without the need for pharmacological treatment or surgical, endoscopic, and radiological interventions Allowed therapeutic regimens are: drugs as antiemetics, antipyretics, analgetics, diuretics, electrolytes, and physiotherapy. This grade also includes wound infections opened at the bedside
Grade II	Requiring pharmacological treatment with drugs other than such allowed for grade I complications Blood transfusions and total parenteral nutrition are also included
Grade III	Requiring surgical, endoscopic or radiological intervention
Grade IIIa	Intervention not under general anesthesia
Grade IIIb	Intervention under general anesthesia
Grade IV	Life-threatening complication (including CNS complications)* requiring IC/ICU management
Grade IVa	Single organ dysfunction (including dialysis)
Grade IVb	Multiorgan dysfunction
Grade V	Death of a patient
Suffix “d”	If the patient suffers from a complication at the time of discharge (see examples in Table 2), the suffix “d” (for “disability”) is added to the respective grade of complication. This label indicates the need for a follow-up to fully evaluate the complication.

\*Brain hemorrhage, ischemic stroke, subarachnoidal bleeding, but excluding transient ischemic attacks.  
 CNS, central nervous system; IC, intermediate care; ICU, intensive care unit.

**AUTEUR : Nom : DERICQUEBOURG Prénom : Sarah**

**Date de Soutenance : 08/10/2018**

**Titre de la Thèse : Chirurgie de l'adénomyome kystique, série de patientes opérées.**

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement : Gynécologie**

**DES + spécialité : Gynécologie et obstétrique**

**Mots-clés : Adénomyome, adénomyose, endométriose, procédure de chirurgie gynécologique**

**Résumé :**

**Contexte :** L'adénomyome kystique est une lésion située au sein du myomètre, bordée d'endomètre à contenu hémorragique. Cette entité rare encore mal connue est décrite comme une forme focale d'adénomyose. Les symptômes principaux liés à cette lésion sont des douleurs pelviennes. La lésion est parfois diagnostiquée chez des patientes souffrant d'infertilité. La prise en charge des patientes symptomatiques n'est pas codifiée. Notre étude décrit, chez une série de patientes rétrospective, la tolérance et l'efficacité du traitement chirurgical conservateur de l'adénomyome kystique.

**Méthode :** Nous avons inclus rétrospectivement toutes les patientes opérées d'un adénomyome kystique avec conservation utérine au CHRU de Lille entre Janvier 2011 et Janvier 2018. Les patientes ont été recontactées et l'évaluation des douleurs a été demandée en utilisant une échelle numérique. Leur évolution a été évaluée sur une échelle d'amélioration. Le devenir obstétrical des patientes a été retracé.

**Résultats :** 18 patientes ont été incluses. 3 patientes ont été perdues de vue. 15 ont bénéficié d'une coelioscopie pour exérèse de l'adénomyome et 3 d'une hystéroscopie opératrice. Les complications per et post opératoires ont été rares, portant sur 3 patientes, et de faible gravité. Parmi 15 patientes recontactées, 1 patiente douloureuse n'a pas vu d'amélioration après chirurgie et 2 patientes n'ont vu qu'une amélioration partielle sur leurs douleurs. 7 patientes ont obtenu au moins une grossesse avec issue favorable après la chirurgie.

**Conclusion :** En nous appuyant sur cette série, nous pensons que le traitement chirurgical conservateur pour adénomyome kystique permet une amélioration des symptômes concernant la douleur et une fertilité ultérieure, sans engendrer de morbidité.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Pierre COLLINET**

**Assesseurs :**

**Pr Sophie CATTEAU - JONARD**

**Pr Chrystèle RUBOD DIT GUILLET**

**Dr Géraldine GIRAUDET**