

# Syndrome douloureux pelvien chronique de l'adénomyose utérine : critères diagnostiques et traitement conservateur

## Chronic pelvic pain syndrome due to uterine adenomyosis: diagnostic criteria and conservative treatment

E. Bautrant · M.A. Bryselbout · D. Thiers-Bautrant · J. Eggermont · R. Boyer · H. Cassin · F. Itza

Reçu le 3 août 2010 ; accepté le 3 septembre 2010  
© Springer-Verlag France 2010

**Résumé** *Introduction* : L'adénomyose est une cause fréquente de douleur pelvienne chronique chez la femme. De 2001 à 2008, chez 270 patientes, ce syndrome de douleur pelvienne chronique a été rattaché à une adénomyose utérine par l'utilisation de critères et d'un score diagnostique. L'étude rétrospective de 246 dossiers a permis de valider ces critères diagnostiques avec une sensibilité de 98 % et une spécificité de 90 %.

*Discussion* : L'hystérectomie, lorsqu'elle est réalisée dans cette étude, apporte alors jusqu'à 91 % d'améliorations significatives (AS) sur le syndrome douloureux pelvien et 81 % de guérisons complètes, résultats largement supérieurs à ceux obtenus lorsque l'hystérectomie est proposée dans la douleur pelvi-périnéale en général. Les 9 % d'échecs pouvant être rattachés aux phénomènes d'hypersensibilité pelvienne.

*Résultats* : Soixante et une patientes (25 %) de cette série souhaitent conserver leur fertilité. Un traitement médico-chirurgical conservateur (TMC) a été proposé dans l'objectif d'améliorer la symptomatologie douloureuse de l'adénomyose tout en préservant l'utérus. Cinquante pour cent de ce groupe de patientes ayant bénéficié du protocole conservateur ont vu disparaître leur douleur pelvienne chronique à deux ans. **Pour citer cette revue : Pelvi-Périnéologie ■■ (2010).**

**Mots clés** Douleur pelvienne chronique · Adénomyose · Endométriose · Hystérectomie · Hypersensibilité pelvienne

**Abstract** *Introduction*: Uterine adenomyosis is a very frequent factor for chronic pelvic pain. From 2001 to 2008, based on diagnostic criteria and score, chronic pelvic pain in 270 patients has been linked to uterine adenomyosis. The retrospective study of 246 medical records allowed us to validate these diagnostic criteria with 98% sensitivity and 90% specificity.

*Discussion*: In this study, it was found that with hysterectomy, pelvic pain improved in 91% and disappeared in 81% of the cases. These results are much better than those obtained when hysterectomy is performed for pelvic pain in general. The 9% of failure could be related to visceral hypersensitivity.

*Results*: Sixty-one patients (25%) of this study wanted to conserve their fertility. For these patients, a combined surgical and medical conservative treatment has been performed in order to treat the pelvic pain due to adenomyosis and preserve the uterus. Fifty percent of this group of patients were pain free for two years after the conservative treatment.

**To cite this journal: Pelvi-Périnéologie ■■ (2010).**

**Keywords** Chronic pelvic pain · Adenomyosis · Endometriosis · Hysterectomy · Pelvic hypersensitivity

## Introduction

La douleur pelvienne chronique de l'adénomyose utérine peut être particulièrement sévère et invalidante [1]. L'hystérectomie est actuellement un des traitements les plus efficaces.

L'adénomyose peut être fréquente et asymptomatique. Toute la difficulté est d'une part, de rattacher avec le plus de précision possible, le syndrome douloureux pelvien chronique (SDPC) à l'adénomyose, et d'autre part d'apporter une solution efficace aux patientes désirant conserver leur fertilité.

E. Bautrant (✉) · D. Thiers-Bautrant · J. Eggermont · R. Boyer  
Unité de réhabilitation pelvi-périnéale,  
centre médical l'Avancée, 25, avenue Victor-Hugo,  
F-13100 Aix-en-Provence, France  
e-mail : ebautrant@l-avancee.fr

M.A. Bryselbout · H. Cassin  
Service de radiologie, centre hospitalier du pays d'Aix,  
avenue des Tamaris, F-13616 Aix-en-Provence, France

F. Itza  
Unité de traitement de la douleur pelvienne,  
8, calle professor Waksman, Madrid, Espagne

L'objectif de ce travail est premièrement d'évaluer l'intérêt d'un faisceau de critères diagnostiques utilisés par les auteurs depuis janvier 2001 et permettant de rattacher le SDPC à l'adénomyose utérine et deuxièmement d'apporter les premiers résultats d'un protocole de traitement médico-chirurgical conservateur (TMC).

## Matériel et méthodes

Nous rapportons ici une étude monocentrique, rétrospective, consécutive de 270 patientes. Toutes les patientes, incluses de janvier 2001 à décembre 2008, présentaient un SDPC rattaché à une origine utérine sur les critères diagnostiques rapportés au Tableau 1.

Les critères de positivité de l'IRM choisis pour cette étude étaient :

- signe indirect principal : épaississement myométrial focal ou diffus de la zone jonctionnelle égal ou supérieur à 11 mm et/ou proportion de la zone jonctionnelle par rapport à la paroi utérine supérieure ou égale à 40 % (Fig. 1) ;
- signes indirects secondaires : utérus globuleux régulier, en l'absence de léiomyomes ou présentant une asymétrie des parois antérieure et postérieure ;
- signes directs : zones organisées myométriales d'hypo-signal T2, infiltrantes et sans effet de masse, correspondant à un adénomyome (Fig. 2).

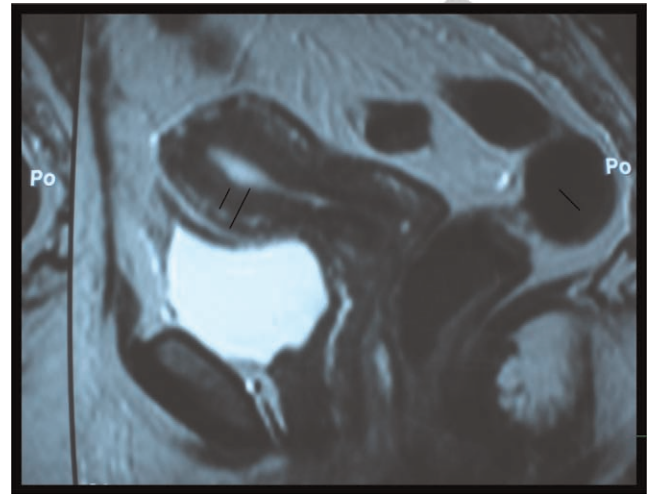
Toutes les patientes avaient déjà vu échouer les traitements de première intention type progestatifs, agonistes du LH–RH, ou anti-inflammatoires à effet antiprostaglandines et présentaient un SDPC depuis plus de 18 mois.

Vingt-quatre patientes ont été perdues de vue et 246 SDPC ont été rattachés à une adénomyose utérine évolutive.

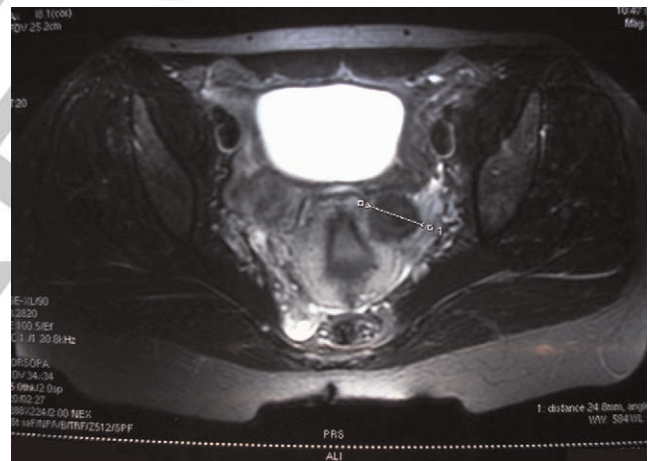
Soixante-quinze pour cent des patientes (185) ont bénéficié d'une hystérectomie et 25 % (61) d'un TMC (Tableau 2).

Dans le groupe « hystérectomie » (GH), 81 patientes représentaient un sous-groupe homogène ayant bénéficié

des critères diagnostiques, dont l'IRM lue par les deux mêmes radiologues, d'une histologie sur pièce d'hystérectomie et d'une évaluation des résultats sur la douleur à plus



**Fig. 1** Signe IRM indirect principal (zone jonctionnelle supérieure ou égale à 11 mm ou proportion zone jonctionnelle/paroi myométriale supérieure ou égale à 40 %)



**Fig. 2** Signe IRM direct (adénomyome)

**Tableau 1** Score diagnostique. Sensibilité 98 % et spécificité 90 %. Quatre critères majeurs ou trois critères majeurs et deux critères mineurs

Cinq critères majeurs	Cinq critères mineurs
Douleur pelvienne hypogastrique à type de pesanteur ou de contraction utérine	Endométriose profonde externe associée ou infertilité inexplicquée à trompes normales
Dysménorrhée I ou II ou dyspareunie profonde ou hyperménorrhée	Aspect de plages myométriales hétérogènes en échographie ou utérus augmenté de volume dit « globuleux »
Zone gâchette myométriale	Aspect hystérographique ou hystéroscopique
IRM : signe indirect principal et/ou signes directs	Cystalgie associée (utérus antéversé), épreintes rectales (utérus rétroversé)
Foyers d'adénomyose histologiques	Réponse positive aux agonistes du LH–RH

<b>Tableau 2</b> Le traitement médicochirurgical conservateur est proposé aux patientes présentant un SDPC en relation avec une adénomyose utérine et désirant conserver leur fertilité
<b>Traitement médicochirurgical conservateur (TMC)</b>
Résection myométriale de foyers d'adénomyose (résection hystéoscopique) ou exérèse de formation focale myométriale d'adénomyose de type adényomectomie (cœlioscopie ou laparotomie) Neurectomie utérosacrée par cœlioscopie Injection de leuproréline 11,25 mg

d'un an. C'est ce sous-groupe homogène de patientes qui a servi à l'évaluation de la sensibilité et de la spécificité des critères diagnostiques (Tableau 1).

Parmi les 61 patientes du groupe traitement conservateur, 37 ont bénéficié d'un protocole de TMC complet associant la résection de foyers d'adénomyose par hystérocopie opératoire (31) ou par adényomectomie (6), la neurectomie utérosacrée par cœlioscopie et une injection de leuproréline 11,25 mg (37) avec un recul de plus d'une année pour les résultats sur la douleur.

Les résultats sur la douleur ont été évalués pour les deux groupes sur l'EVA et l'échelle de qualité de vie du Dallas Pain questionnaire validée en version française [2]. La disparition de la douleur a été dénommée guérison. La réduction de plus de 50 % des valeurs de l'EVA et de l'échelle de qualité de vie initiales a été dénommée « amélioration significative (AS) du SDPC ».

## Résultats

L'âge moyen de ce groupe de 246 patientes était de 44 ans (21 à 66 ans). L'adénomyose myométriale était associée à un nodule d'endométriase externe profonde dans 18 % des cas. Trois pour cent des patientes de ce groupe étaient ménopausées et 1 % sans traitement hormonal substitutif. Deux cas (0,8 %) ont présenté une cancérisation des foyers d'adénomyose myométriale. Seize patientes présentaient une adénomyose familiale (mère, fille et sœur dans six fratries différentes). Dans le GH, les 185 interventions d'hystérectomie ont été le plus souvent conservatrices du col et des ovaires ; dont 103 hystérectomies laparoscopiques supracervicales, 79 vaginales et trois laparotomiques. Cent soixante-huit patientes soit 91 % ont présenté une AS sur le SDPC dont 81 % de guérisons. Neuf pour cent ont vu persister le SDPC.

Dans le sous-groupe homogène de 81 patientes, seules deux patientes porteuses d'une adénomyose histologiquement prouvée et améliorée par l'hystérectomie n'ont pas été diagnostiquées par les critères cliniques permettant d'approcher la sensibilité des critères diagnostiques à

98 %. Étaient considérées « faux-positifs », les patientes répondant aux critères mais n'ayant pas de confirmation soit histologique, soit sur la réponse au phénomène douloureux du SDPC. Huit patientes ont été considérées selon ces critères conduisant à une spécificité de 90 %.

Les résultats sur le SDPC des 37 patientes ayant bénéficié du TMC complet :

- AS : 81 %, dont 20 guérisons (54 %) ;
- échec : 19 % ;
- récurrence du SDPC : trois (9 %) ;
- hystérectomies secondaires : quatre (10 %) ;
- grossesses : cinq (quatre accouchements et une grossesse spontanément arrêtée).

## Discussion

Rapprocher le SDPC d'une étiologie reste un des axes de prise en charge les plus efficace de cette difficile pathologie.

À ce titre, l'élaboration de critères diagnostiques apparaît d'une grande utilité. Ceux-ci sont déjà appliqués dans le diagnostic des névralgies pudendales [3–5], vestibulites [6], cystites interstitielles [7], varices pelviennes [8], syndromes myofasciaux périnéaux [9].

Le rapprochement du SDPC aux foyers d'adénomyose myométriale par des critères diagnostiques n'a, à notre connaissance, pas été rapporté [10].

Comme c'est le cas pour tous ces scores diagnostiques, un des critères majeurs (Tableau 1) reste le type de la douleur, qui est ici pelvienne basse, hypogastrique à type de pesant, voire même de « pseudoprolapsus » pouvant aussi avoir une discrète latéralisation, mais sans localisation périnéale, vulvaire ou anale et volontiers de type utérine, pouvant être rapprochée par la patiente de la douleur des contractions utérines. Cette douleur est souvent très sévère, diurne et nocturne, présente en orthostatisme et pouvant évoluer par crises, altérant fortement la qualité de vie avec parfois une forme inflammatoire avec fébricule vespérale.

Les critères utilisés dans le Tableau 1 nous permettent d'obtenir une sensibilité de 98 % et une spécificité de

90 %. Leur utilisation a conduit dans le GH à un taux de guérisons du SDPC de 81 %, largement supérieur à celui obtenu lorsque l'hystérectomie est proposée dans la douleur pelvi-périnéale en général [11].

Parmi les huit faux-positifs des critères diagnostiques, la moitié présentaient une AS, dont deux une guérison du SDPC, sans confirmation histologique de l'adénomyose. Une interprétation partielle de ces données pourrait provenir de la difficulté d'obtenir une étude histologique complète de la pièce d'hystérectomie.

L'interprétation des 9 % d'échecs de l'hystérectomie sur le SDPC d'origine utérine, peut faire appel à des mécanismes complexes dont le phénomène d'hypersensibilité pelvienne survenant sur terrain prédisposé [12,13].

Parmi les sept patientes ménopausées, trois n'utilisaient pas de traitement hormonal substitutif de la ménopause et ont été guéries par l'hystérectomie, avec confirmation de foyers d'adénomyose histologiques. Ces situations peuvent évoquer la possibilité d'une autonomisation des foyers d'adénomyose après la ménopause.

La cancérisation de l'adénomyose, rarement évoquée dans la littérature [14] a été mise en évidence dans deux cas de cette série.

Le traitement conservateur chez la femme jeune ou désirant la conservation utérine est un des défis thérapeutiques les plus difficiles de la prise en charge du SDPC de l'adénomyose utérine. Les résultats d'un protocole de traitement conservateur mécochirurgical comprenant la résection de foyers d'adénomyose par hystérocopie opératoire ou par adényomyectomie et la neurectomie utérosacrée par coelioscopie associée à une injection de leuproréline 11,25 mg apparaissent intéressants avec une guérison du SDPC dans un cas sur deux dans cette série. D'autres études apparaissent nécessaires pour confirmer l'intérêt de ce protocole de TMC dans le SDPC de l'adénomyose utérine.

**Conflit d'intérêt :** Les auteurs déclarent un conflit d'intérêt avec les laboratoires Takeda (leuproréline : Énantone®).

## Références **la présentation des références requiert la présence des trois premiers auteurs avant et al, merci de fournir la liste des auteurs de la référence 10**

1. Yenieli O, Cirpan T, Ulukus M, et al (2007) Adenomyosis: prevalence, risk factors, symptoms and clinical findings. *Clin Exp Obstet Gynecol* 34(3):163–7
2. Marty M, Blotman F, Avouac B, et al (1998) Validation of the french version of the Dallas pain questionnaire in chronic low back pain patients. *Rev Rhum Engl Ed* 65(2):126–34
3. Bautrant E, de Bisschop E, Vaini-Elies V, et al (2003) La prise en charge moderne des névralgies pudendales, à partir d'une série de 212 patientes et 104 interventions de décompression. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 32(8Pt 1):705–12
4. Mollo M, Bautrant E, Rossi-Seignert AK, et al (2009) Evaluation of diagnostic accuracy of colour duplex scanning, compared to electroneuromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in pudendal neuralgia by entrapment: a prospective study on 96 patients. *Pain* 142(1–2):159–63
5. Labat JJ, Riant T, Robert R, et al (2008) Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment. *Neurourol Urodyn* 27(4):306–10
6. Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, et al (2001) Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol* 98(1):45–51
7. Warren JW, Brown J, Tracy JK, et al (2008) Evidence based criteria for pain of interstitial cystitis/painful bladder syndrome in women. *Urology* 71(3):444–8
8. Hartung O (2009) Pelvic pain related to pelvic varices. The ALS pelvic pain diagnostic and procedures meeting. Aix-en-Provence: January 8–9
9. Langford CF, Udvari Nagy S, Ghoniem GM (2007) Levator ani trigger point injections: an underutilized treatment for chronic pelvic pain. *Neurourol Urodyn* 26(1):59–62
10. Bautrant E, Bryselbout MA, et al (2009) Pelvic pain related to uterine adenomyosis: results of the conservative protocol. The ALS Pelvic Pain Diagnostics and Procedures Meeting. Aix-en-Provence: January 8–9
11. Smith KM, Reginald PW (1996) The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 87(4):641–2
12. Latremoliere A, Woolf CJ (2009) Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *J Pain* 10(9):895–926
13. Sengupta JN (2009) Visceral pain: the neurophysiological mechanism. *Handb Exp Pharmacol* (194):31–74
14. Taskin M, Lallas TA, Shevchuk M, Barber HR (1996) P53 expression in adenomyosis in endometrial carcinoma patients. *Gynecol Oncol* 62(2):241–6