Le traitement de l’adénomyose est fonction de la symptomatologie et du désir de préservation de la fertilité. Ce dernier point représente un nouveau paradigme pour le médecin car les progrès en procréation assistée et en dons de gamètes et d’embryons ont permis de reculer les possibilités de grossesses dans des tranches d’âges au-delà des possibilités habituelles de grossesses spontanées. Le traitement de référence de l’adénomyose reste l’hystérectomie en dehors de tout désir de procréation. Cependant la première étape est toujours médicale, que la symptomatologie soit les saignements utérins isolés ou associés à des douleurs ou en cas de douleurs isolées. Le diagnostic est au mieux réalisé en échographie 3D et/ou IRM. Le SIU ou lévonorgestrel (Mirena♌) 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. En cas d’échec s’ouvrent les possibilités de prise en charge, soit par des agonistes de la GnRH pendant trois mois, avec add-back thérapie, traitement qui doit être proposé avant la pose d’un SIU si l’hystérométrie échographique est supérieure à 10 cm. Ces traitements par SPRM peuvent représenter une nouvelle voie d’avenir. En cas de désir de préservation de la fertilité, on peut être amené à pratiquer, en cas d’adénomyose focale symptomatique, une adénomyomectomie soit par voie hystéroscopique soit par voie cœlioscopique ou laparotomique. En cas d’adénomyose diffuse, peut se discuter la réalisation de métrectomie. En cas d’adénomyose asymptomatique, l’assistance médicale à la procréation précédée par un traitement de 3 mois par agonistes de la GnRH est à discuter. Chez les femmes sans désir de grossesse, on peut proposer une résection d’endomètre par hystéroscopie ou par technique de 2ème génération quand l’adénomyose est superficielle (infiltration < 12 mm). Dans les autres cas, seule l’hystérectomie reste l’indication pouvant être réalisée le plus souvent par voie vaginale. Les techniques de radiologie interventionnelle (embolisation des artères utérines, ultrasons focalisés) donnent des résultats intéressants mais ne peuvent être proposées que dans le cadre d’essais thérapeutiques car leur place réelle n’est pas encore définie.