

HOPITAL MILITAIRE REGIONAL D ' ORAN  
SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

# ***Les fibromes utérins***

Dr : S,LACHIBI

## PLAN :

- INTRODUCTION , DEFINITION .
- OBJECTIFS
- EPIDEMIOLOGIE
- PHYSIOPATHOLOGIE
- CLASSIFICATION
- CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC
- LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE
- FIBROME ET GROSSESSE
- LES PRINCIPES DE TRAITEMENT
- POINTS ESSENTIELS
- BIBLIOGRAPHIE

## **I-Introduction, Définition**

- Synonymes: myome, léiomyome, léiomyomatome ou fibromyome.
- Les fibromes sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes de l'appareil génital féminin, ils se développent au dépens des cellules musculaires de l'utérus, estrogéno-dépendantes.
- Ce sont des tumeurs formées de fibres musculaires lisses, au noyau allongé, entourés de fibres de collagènes et d'une pseudo capsule.
- Les femmes de race noire développent plus de fibromes, à un âge plus jeune et d'une taille plus grande que les femmes de race blanche d'où l'intérêt de cette présentation.

## **II-OBJECTIFS :**

- Diagnostiquer un myome.
- Énumérer les principales complications des myomes en fonction de leur localisation.
- Mettre en oeuvre les thérapeutiques nécessaires devant un myome entraînant des ménorragies.
- Exposer les indications du traitement médical et chirurgical des myomes et de ses alternatives.

## **III-Épidémiologie :**

- Ce sont des tumeurs hormono-dépendantes, l'hyperestrogénie +++.
- Les fibromyomes utérins sont fréquents:
  - 20 à 40 % des femmes blanches et 50 % des femmes noires chez qui la croissance est plus rapide.
  - 20 % des femmes de 30 ans et 40 % des femmes de 50 ans en sont porteuses.
- Le développement principal se fait au cours de la période d'activité génitale. Elles peuvent régresser après la ménopause mais avec les T.H.S. ils peuvent encore se développer après la ménopause.

### **Facteurs favorisants:**

- ATCD familiaux: Caractère génétique.

- L'obésité: action estrogénique probable.
- Premières règles avant 12 ans.
- Nulliparité volontaire ou infertilité ++

**Facteurs protecteurs:**

- Parité: grossesses et leur nombre, âge tardif de dernière grossesse
- Contraception orale: Il n'y a pas d'association entre contraception et fibromes mais peut être un facteur protecteur de la contraception orale sur l'apparition des fibromes.
- Tabac: Effet anti estrogénique++++

**IV-PHYSIOPATHOLOGIE:**

- L'origine des fibromes est mal connue.
- Il n'a pas été isolé de gène unique entraînant l'apparition de fibromes utérins.
- Les systèmes de régulation identifiés de la croissance des fibromes sont principalement les stéroïdes ovariens (estrogènes et progestérone),
- ce rôle est évoqué devant les constatations cliniques :

les fibromes sont présents et croissent chez les femmes cyclées et régressent après la ménopause en plus il existe une élévation du taux d'oestrogène dans le tissu fibromateux par rapport au myomètre sain.

**V-Classification :**

**A. au niveau de l'utérus :**

- Sur le corps utérin +++:
- Sur l'isthme utérin
- Sur le col utérin

**B. intra ligamentaire:** exemple : le ligament rond

**C. les fibromes de l'ovaire:** rares

## **Classification des fibromes selon la FIGO (2011).**

### **Sous-muqueux**

- 0 Pédiculé intracavitaire
- 1 < 50 % intramural
- 2 ≥ 50 % intramural

### **Intramural ou interstitiel**

- 3 100 % intramural, au contact de l'endomètre
- 4 Intramural

### **Sous-séreux 5 Sous-séreux, ≥ 50 % intramural**

- 6 Sous-séreux, < 50 % intramural
- 7 Sous-séreux pédiculé

### **Autres**

- 8 Autre, parasite (cervical, ligament rond, ligament large)

Hybride (touchant à la fois l'endomètre et la séreuse)

2–5 Deux chiffres séparés d'un trait d'union, le premier, précisant le rapport avec l'endomètre, le second avec la séreuse)

## **VI-Circonstances de diagnostic :**

- 1. Environ 50% des fibromes sont asymptomatiques +++ .**
- 2. Ménorragies +++**

C'est le principal signe révélateur. ces hémorragies ne sont pas directement en rapport avec le fibrome lui-même, mais résultent des modifications de la cavité utérine altérant la contractilité du myomètre et de l'hyperplasie endométriale généralement associée dans le contexte d'insuffisance lutéale.

- 3. Métrorragies**

Elles sont rarement isolées. Le plus souvent il s'agit de ménométrorragies.

#### **4. Pesanteur pelvienne**

Une pesanteur pelvienne ou des signes de compression des organes de voisinage responsables de pollakiurie ou de constipation peuvent être un mode révélateur.

#### **5. Perception par la femme d'une masse abdominale**

**6. Disménorrhée**, liée à un fibrome du col ou de l'isthme gênant l'évacuation du flux menstruel

#### **7. Des complications :**

##### **a. Complications hémorragiques :**

Un fibrome sous-muqueux peut être responsable d'une hémorragie importante pouvant entraîner une anémie microcytaire hyposidérémique. Les autres formes topographiques des fibromes (sous séreux et interstitiel) sont rarement à l'origine de saignements.

##### **b. Complications douloureuses :**

La nécrobiose aseptique d'un fibrome est la principale cause des douleurs en cas de fibrome. Elle est secondaire à l'ischémie du fibrome et associe des douleurs pelviennes variables avec une fièvre entre 38° et 39°, parfois des métrorragies de sang noirâtre.

Au toucher vaginal, le fibrome est augmenté de volume, douloureux à la palpation.

L'échographie met en évidence une image en cocarde avec une hyperéchogénéité centrale.

Plus rarement, il peut s'agir de la torsion d'un fibrome sous séreux pédiculé, ou de l'accouchement par le col d'un fibrome pédiculé avec des coliques expulsives.

##### **c. Complications mécaniques :**

avec compression de la vessie (=> rétention d'urines), des uretères (=> urétéro-hydronephrose, voire de coliques néphrétiques ou de pyélonéphrites), du rectum (=> « faux besoins »), des veines pelviennes (=> thromboses ou d'œdèmes des membres inférieurs, plus rarement de phlébites) et enfin compression nerveuse responsable de sciatalgie .

##### **d. Transformation maligne**

Le lien fibromyome sarcome est incertain et aucune filiation à ce jour n'a été démontrée.

##### **e. Complications gravidiques :**

- Infertilité et FCS à répétition : fibrome sous-muqueux+++
- Localisation praevia gênant un accouchement

par voie basse,  
présentation dystocique en cas de fibrome  
volumineux  
hémorragie de la délivrance liée à une mauvaise  
rétraction utérine.

## **VII-La démarche diagnostique :**

### **1. A l'interrogatoire, on recherchera :**

- Une symptomatologie en rapport
- Des antécédents familiaux (notion de fibrome), personnels médicaux, chirurgicaux, gynécologiques (infertilité, THS, Contraception hormonale) et obstétricaux (FCS à répétition).

### **2. A l'examen clinique, on appréciera :**

- L'état général (<=> anémie),
- L'examen de seins (+/- mammographie),
- L'examen de l'abdomen (masse abdomino-pelvienne) et des fosses lombaires.
- L'examen gynécologique :
  - Sous spéculum => état du col +/- FCV.
  - Toucher vaginal => volume de l'utérus, déformation par des fibromes multiples, masse latérorutérine mobile avec l'utérus et non séparée par un sillon.

### **3 - Les examens complémentaires :**

- **l'échographie est l'examen diagnostique de référence+++.**  
Elle confirme le diagnostic. Elle permet de préciser : la position des fibromes dans le pelvis et dans le myomètre, leur taille, leur nombre et leurs modifications. Elle élimine une GIU, un kyste de l'ovaire et une hyperplasie simple.
- **L' hystérosonographie** pour préciser le développement endo cavitaires.

### **Les autres examens sont rarement utilisés car peu nécessaires :**

- **L' hystérocopie diagnostique** : c'est l'examen clé pour apprécier le retentissement intra cavitaires des fibromyomes.

- **L'hystérographie :** Elle garde uniquement un intérêt pour apprécier le retentissement des myomes sur la cavité utérine et en cas d'infertilité associée .
- **Le TDM abdomino-pelvien :** Moins performant que l'échographie, le scanner n'est généralement pas indiqué, sauf en cas de localisation particulière, notamment si l'on suspecte une compression urétérale ("uroscanner").
- **L'IRM :** Elle représente l'examen le plus efficace pour la cartographie exacte des fibromes. Elle peut également permettre le diagnostic différentiel avec l'adénomyose et les masses annexielles.

### **VIII-Fibrome et grossesse :**

- Le seul examen recommandé pour apprécier la taille, le nombre et la localisation des fibromes au cours de la grossesse est l'échographie+++ .
- Il n'existe aucun argument solide en faveur d'une augmentation de la taille des fibromes ou d'une évolution vers la nécrobiose aseptique du fait de la grossesse.
- Les complications de la grossesse dues au fibrome sont représentées essentiellement par les présentations dystociques+++.
- Il n'existe pas de données en faveur d'une augmentation du risque de RCIU, d'HRP, de MIU, de MAP ou d'accouchement prématuré, d'endométrite du post-partum ou d'accident thromboembolique.
- Il existe un consensus pour contre-indiquer en général toute myomectomie pendant une grossesse ou au cours d'une césarienne.

### **IX-Les principes de traitement :**

**L'évolution spontanée est imprévisible** ; toutefois, les fibromes régressent habituellement après la ménopause.

#### **1. Abstention thérapeutique :**

C'est la règle pour les fibromes asymptomatiques de découverte fortuite.

#### **2. Traitement médical :**

- **Les progestatifs sont habituellement utilisés.** Ils visent à minimiser les saignements liés à l'hyperestrogénie relative en compensant l'insuffisance lutéale, mais ne peuvent réduire le volume des fibromes. Les progestatifs sont prescrits du 15ème au 25ème jour du cycle, et du 5ème au 25ème jour si un effet contraceptif est souhaité. Les dérivés de la 19-norprogestérone (Lutényl®, Surgestone®) sont actuellement les plus utilisés

- **Les DIU au lévonorgestrel**, d'abord développés en contraceptifs, ont ensuite été utilisés dans la prise en charge des ménorragies fonctionnelles.
- En cas de volume jugé trop important et/ou d'anémie sévère, **la prescription d'agonistes de la LH-RH (Décapeptyl)** peut être indiquée dans un but exclusivement pré- ou péri opératoire et pour des durées inférieures à 6 mois.

### 3. Traitement chirurgical :

- **Traitement chirurgical conservateur : la myomectomie** L'indication est guidée par le désir de la patiente de préserver sa fertilité. Myomectomie par laparotomie ou par coelioscopie selon la taille du fibrome. La résection hystéroscopique des fibromes est la technique de référence en cas de myomes sous-muqueux symptomatiques (taille < 4 cm et développement majoritairement intra cavitaires.)
- **Traitement chirurgical radical : hystérectomie** En cas d'hystérectomie dans un contexte d'utérus myomateux, la voie vaginale tend à devenir la technique de référence, lorsque le volume et/ou le défaut d'accessibilité vaginale ne la contre-indiquent pas. La coelio-chirurgie peut (seule ou le plus souvent en association avec la voie vaginale) être indiquée notamment en cas de masse annexielle associée ou d'adhérences. Dans les autres cas, ou en cas de difficultés per-opératoires, on doit recourir à la laparotomie.
- **Indications :** Les indications chirurgicales restent basées sur des données "empiriques", mais relativement consensuelles :
  - utérus myomateux associé à des ménométrorragies résistantes au TRT médical, surtout en cas de retentissement général (anémie);
  - myomes comprimant les organes de voisinage avec retentissement notamment sur l'appareil urinaire
  - myomes sous séreux pédiculés tordus ou en nécrobiose, responsables de douleurs pelviennes.

### 4. L'embolisation :

Elle a pour objectif la nécrose du fibrome utérin. Elle consiste en l'obstruction de la vascularisation du fibrome par injection de particules sous contrôle radiologique. Ses deux principales indications sont :

- à visée thérapeutique comme traitement isolé.
- à visée préopératoire afin de diminuer le saignement per-opératoire.

### X-Points essentiels

- Le fibrome utérin est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer et la première indication d'hystérectomie chez les femmes en pré ménopause .

- Les femmes de race noire développent plus de fibromes, à un âge plus jeune et d'une taille plus grande que les femmes de race blanche.
- Il existe une prédisposition familiale et les facteurs significativement associés à la croissance des fibromes sont : l'obésité, un âge aux premières règles inférieur à 12 ans, la nulliparité et l'infertilité.
- L'expression clinique est polymorphe, dans la majorité des cas les fibromes sont asymptomatiques.
- Les complications en dehors des hémorragies sont rares.
- La principale variété de fibrome à l'origine de saignements est le fibrome sous-muqueux
- Le principal examen d'orientation diagnostique est l'échographie.
- En l'absence de symptomatologie, aucun traitement n'est nécessaire quelque soit la taille du fibrome.
- Le traitement médical par progestatifs n'est efficace que sur les anomalies de l'endomètre souvent associées.
- Le traitement est essentiellement chirurgical.

## **XII-BIBLIOGRAPHIE:**

- Afssaps. Recommandation de bonnes pratiques : traitement médicamenteux des fibromes utérins ; Octobre 2004.
- Barbieri RL, Andersen J. Uterine leiomyomas : the somatic mutation theory. *Sem Reprod Endocrin* 1992 ; 10 : 301–9.
- Bernard JP, Ezzanfari H, Lecuru F. Myomes utérins, modalités diagnostiques : indications et place respective de l'échographie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 28 : 719–23.
- Bouret JM. Place de l'embolisation dans la pathologie myomateuse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 28 : 753–60.
- Buttram VC, Reiter RC. Uterine leiomyomata : etiology, symptomatology and management. *Fertil Steril* 1981 ; 36 : 433–5.
- Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R. Reproductive

- Endocrinology and Infertility Committee. Cheung A, *et al. Special*
- Contributor. Burnett M ; Society of Obstetricians and Gynaecologists
- of Canada. J Obstet Gynaecol Can 2015 Mar ; 37(3) : 277–88.
- Chapron C, Fernandez H, Fauconnier A, et al. Indications et modalités du
- traitement chirurgical conservateurs des myomes interstitiels et sous-séreux.
- J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; 28 : 732–7.