

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
DU MALI**

REPUBLIQUE

**SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
UNE FOI**

UN PEUPLE-UN BUT-

SCIENTIFIQUE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année académique: 2010-2011

N°



Thèse:

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES DU FIBROME UTERIN
A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU**

DE KAYES

**Présentée et soutenue publiquement le / / 2011
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'odonto-stomatologie**

Par

Monsieur Samakoro Dossé TRAORE

**Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Président : Pr. DIAKITE SALIF

Membre : Dr. TRAORE SOUMANA OUMAR

Co-directeur : Dr. DIASSANA MAHAMADOU

Directrice de Thèse : Pr. SY ASSITAN SOW

DEDICACES

A Allah le Tout-Puissant, le miséricordieux, l'omnipotent et l'omniscient, Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail. Je m'en souviendrai tout au long de cette vie si éphémère et je te resterai toujours fidèle.

A mon père : Dossé Traoré

La sagesse de tes conseils, la confiance, et l'attention avec laquelle tu as éduqué tes enfants que nous sommes me resteront inoubliables. Que DIEU te garde encore longtemps parmi nous Amen !

A ma mère : N'Gné Coulibaly

Tu n'as ménagé aucun effort pour que j'arrive à ce niveau.

Tes prières m'ont sans cesse accompagné. Maman, merci pour tes dévouements et reçois l'assurance de mon affection.

Que Dieu t'accorde encore longue vie pleine de bonheur.

A Feue Kotinan Coulibaly : que la terre te soit légère, repose en paix chère mère.

A mes tantes :

Votre affection, votre courage et vos bénédictions m'ont apporté réconfort et consolation. Vous avez été d'un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail. Soyez assurées de ma sincère reconnaissance.

Une fois de plus les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance. Que Dieu le tout puissant vous accorde une longue vie.

Amen !

A mes oncles:

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières et vos encouragements, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Recevez ainsi toute ma gratitude.

A mes frères et sœurs : Seyba, Issa, Baiï, Nana, Soïba, Bakary, Assa, Abdoulaye, Modibo, Moh, Fatoumata, Siaka, Oumar, Soumaïla, Assanatou, Filifing, Ténindjo, Assitan et à tous les autres frères et sœurs de la famille

Ce travail est le vôtre, il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent. Trouvez ici l'expression de mes sentiments fraternels.

A mes cousins et cousines : Madou Diarra et famille, Flassou, Moriba Diarra et famille, SoïbaTraoré et famille, Fanto Traoré et famille

Merci pour l'estime et le respect que chacun de vous à manifester à mon égard.

A mes tuteurs : Gaba Gackou - Sekou Gackou à Sévaré, Sira Diarra dite Basira et famille à Kati MalibougouII

Vous m'avez accueilli chez vous comme un fils, vous m'avez donné plus que je ne mérite. Je vous remercie.

A mes amis : Ahmidou K Coulibaly, Oumar D Diarra, Abdoulaye S Diarra, Fono Coulibaly, Sidi Diarra, Bourama Konaré.

Recevez ici l'expression de ma sincère sympathie.

A toute ma promotion : 2000-2007 que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de :

La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Plus qu'une Faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Nous ferons partout ta fierté.

Au personnel du Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :

- **Au Docteur BENGALY Niara :** Maître, vous êtes d'une rigueur, d'un courage, d'un sens social si élevé peu commun. Passionné du travail bien fait, vous êtes pour nous un modèle. Nous sommes très reconnaissants de la qualité de votre enseignement sur le plan académique et social. Soyez rassuré de notre profond attachement.
- **Au Docteur DIALLO Abdoul Aziz:** Nous avons appris beaucoup de choses à vos côtés sur le plan académique et social. Trouvez ici cher grand frère l'expression de nos sentiments respectueux.
- **A tous mes aînés du service : Kalifa, Kass, Kourou, Mala, Yaya, Hamala**

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude

- **A mes camarades de promotion et particulièrement à ceux de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes : Alimatou Dembélé, Boubacar Y. Sidibé, Boubacar Fofana, Diakalia Berthé, Ibrahima Macalou, Mariam Diakité et Nouhoun Samaké :** merci pour votre bonne collaboration et les bons moments passés ensemble.
- **A tous mes cadets du service** courage et bonne chance

- **A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes et mâtrones :** vous vous êtes investies en mettant votre dynamisme, votre compétence et votre chaleur humaine au service des stagiaires.
Pardon à toutes celles à qui, sans vraiment le vouloir j'ai pu causer des désagréments.
Je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi.
- **Aux techniciens de surface du service :** Nous disons grand merci pour votre disponibilité.
- **Au personnel des autres services plus particulièrement le personnel du bloc opératoire et au Dr Bane du service de dermatologie-vénérologie :** Nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité. Ce travail vous appartient. Grand merci.
- **A la Direction de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :** Nous disons grand merci pour votre disponibilité.

A tout le personnel du Centre de Santé de référence de la commune V de Bamako : Merci.

A mes amis : Modibo Kane Keïta, Seydou Amadou Traoré, Mama Koné, Karim A Traoré, Oumar Traoré et Kadidia N Dembélé.

Vous m'avez entouré d'une amitié sincère. Merci !

A mes camarades : Fansé Diarra, Mamadou Diakité, Issa Camara, Amadou Landouré

Merci pour l'estime et le respect que chacun de vous a manifesté à mon égard.

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et dont les noms n'ont pas été cités, nous vous remercions de tout cœur.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS :

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

ATB : Antibiotique

ASP : Radiographie de l'abdomen sans préparation

ATCD : Antécédent

(°) : Degré

Chir : Chirurgie

(Cm) : Centimètre

CSRef : Centre de santé de référence

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

GEU : Grossesse Extra Utérine

(g) : Gramme

Hb : Hémoglobine

HGT : Hôpital Gabriel TOURE

HPG : Hôpital du Point G

HFDK : Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

HSG: Hystérosalpingographie

LH-RH: Luteïning Hormon – Releasing Hormon

(mm): Millimètre

(mg): Milligramme

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Oto Rhino Laryngologie

VS : Vitesse de Sédimentation

SA : Semaine d'aménorrhée

UIV : Urographie intraveineuse

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	1
GENERALITES	4
METHODOLOGIE.....	64
RESULTATS.....	69
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	91
REFERNCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	105
ANNEXES.....	110

Introduction :

Le léiomyome, communément appelé fibrome est une tumeur bénigne, la plus fréquente chez la femme en âge de procréer [11]. Il est formé par une prolifération de cellules conjonctives nommées fibroblastes, auxquelles s'adjoignent des fibres collagènes, qui sont des protéines complexes [4].

De toutes les localisations possibles, c'est au niveau de l'utérus que le fibrome est le plus fréquent : il représente 1/5 des affections de cet organe dans la race blanche ; 1/3 dans la race noire [4]. Il existe une franche prédisposition familiale chez la femme noire, ils se développent plus tôt et sont souvent de grande dimension.

Ils sont isolés ou multiples et peuvent être interstitiels, sous-séreux ou sous-muqueux, sessiles ou pédiculés. Ils sont habituellement corporéaux et rarement à localisation cervicale. Leur dimension peut aller d'un grain de riz à celle d'un utérus à terme [53].

Le mécanisme intime de formation des fibromes est mal connu, le rôle promoteur des œstrogènes (hyperœstrogenie) sur la croissance tumorale est admis.

Cette notion de terrain hormonal explique que les fibromes utérins soient plus fréquents [27]:

-chez les obèses (aromatization périphérique des androgènes en œstrogènes dans les adipocytes).

-chez toutes les femmes présentant des dysovulations avec insuffisance lutéale, dystrophie mammaire et notamment pendant la phase pré ménopausique, ce d'autant plus que celle-ci est longue.

Le risque de dégénérescence maligne est très faible (environ 0,5%) et encore non admis par tous les cliniciens, à garder à l'esprit pour les indications thérapeutiques [27].

Ne jamais omettre de rechercher une pathologie associée en attribuant trop facilement la symptomatologie au fibrome [27].

Les fibromyomes sont des tumeurs bénignes dont la seule présence ne justifie pas un traitement surtout si celui-ci doit être agressif et mutilant [31].

Les indications thérapeutiques ne se posent qu'en raison des complications liées au fibrome lui-même [31].

Ces complications peuvent être d'ordre mécanique par compression, trophique avec dégénérescence œdémateuse, nécrobiotique aseptique, mais également la stérilité.

Dans ces éventualités, le traitement ne peut être que la myomectomie ou l'hystérectomie.

L'autre complication la plus fréquente est l'hémorragie génitale dont la thérapeutique repose sur les hormones, mais la chirurgie s'impose si celle-ci échoue [31].

C'est la principale indication d'hystérectomie chez les femmes en préménopause [24].

Compte tenu de la fréquence, et d'absence d'étude de cette affection dans notre hôpital, il nous a semblé intéressant de consacrer une étude d'ensemble sur les aspects cliniques, les moyens diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes de janvier 2008 à juin 2009.

OBJECTIFS

- **Objectif général :**

Etudier les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques du fibrome utérin de janvier 2008 à juin 2009 au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

- **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence du fibrome utérin,
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes,
- Décrire les caractéristiques cliniques et para cliniques du fibrome utérin,
- Rapporter les différentes attitudes thérapeutiques dans le service,
- Déterminer le pronostic,

GENERALITES

III. Historique : [4,49]

Hippocrate parlait déjà de « pierre » de la matrice. VIRCHOW inaugura le premier les discussions pathologiques, qui liaient les fibromes aux infections génitales. La théorie des vestiges embryonnaires qui seraient les cellules souches du fibrome par CONHEIN en 1890.

La théorie vasculaire par ROESLER et KNAUER fait du fibrome une formation localisée et circonscrite développée aux dépens de la paroi des vaisseaux. La théorie hormonale plus séduisante entrevue dès 1910 par ISCOVESCO dans ses travaux sur l'utérus devait connaître un grand succès en témoignent les nombreux travaux qui lui furent consacrés :

- L'administration du liquide folliculaire de vache chez la lapine castrée entraînait une hyperplasie des fibres musculaires lisses de l'utérus (travaux de COURRIER et POITIVIN 1926)
- De 1935 à 1937 LACASSAGNE et NELSON par des injections répétées de folliculine à la lapine, puis à la femelle du cobaye obtenaient des tumeurs qui seraient histologiquement des myomes.
- MORICARD et CAUCHOIX de 1938 à 1939 ont repris la même expérience et ont eu pour résultat :
 - Des tumeurs utérines qui sont histologiquement de myomes.
 - Des tumeurs extra-utérines de nature fibreuse

Ces résultats furent confirmés de 1934 à 1941 par DUCUING et BIMES chez le cobaye castré.

Comparativement aux discussions pathogéniques les conceptions thérapeutiques s'affrontaient avec encore plus de passion. Après une longue période d'abstention qui semble avoir duré jusqu'en 1840, en 1842 le français AMUSSAT effectua la 1^{ère} myomectomie vaginale.

La voie abdominale a été instaurée secondairement par :

- ATLEE en 1846
- SPENCER WELLS en 1863 en Angleterre.
- CHELMS à Heidelberg en 1868
- MARTIN de Berlin en 1878

Cependant en France, malgré le brillant rapport de CHEVRIER en 1821, la myomectomie n'obtient pas grand succès auprès des chirurgiens qui préfèrent adopter la doctrine de BATTEY et HEGAR promoteurs des ligatures atrophiantes, pour réduire le fibrome par la « famine » cette phrase célèbre est du second qui défendait ce principe en se basant sur le rôle des sécrétions glandulaires dans la genèse des fibromes.

Devant l'insuccès de cette méthode, une ère de chirurgie plus rapide s'ouvrit et ce fut l'apogée de l'hystérectomie totale non conservatrice bien imaginée par GORDON PORTLAND en 1899 « Il faut conserver à la malade la santé et non ses organes inutiles » Malgré l'opposition en 1901 de DARTRIGUES la place reste longtemps à la castration large.

Cette chirurgie sans nuance et mutilante compromet l'avenir obstétrical et conduit à la ménopause précoce, ce qui pousse à reposer le problème. C'est alors le règne des prescriptions médicales multiples mais la pharmacopée si riche et colorée soit elle, est bien souvent mise en échec redonnant tous ses droits à une chirurgie qui, sage de son expérience, devient plus douce et progressive.

TRELET et VERNEUIL en 1893 souhaitaient en tout cas « une thérapeutique plus inoffensive ». Ainsi en 1902 la radiothérapie enregistre son premier succès chez une femme inopérable.

Depuis on enregistre de nombreux succès avec FOVEAU COURMELLES et A. BECLERE. En Allemagne avec DEUTSCH.

A Londres 64 succès pour 65 cas traités en 1913.

De 1919 à 1921 successivement devant le 1^{er} congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de langue Française, l'Académie de Médecine 400 et 300 observations sont exposées.

Selon la déclaration de WINTZ, 5 à 6% seulement des fibromes réclament l'intervention chirurgicale, les autres doivent être irradiés.

Cependant ce sont les risques de dégénérescence après irradiation qui vont discréditer les agents physiques.

LACAILLE en 1914 cite un cas de dégénérescence sarcomateuse après irradiation pelvienne chez une femme ayant refusé l'intervention.

DELBET en 1919 cite 3 cas semblables.

NORIS et BRENHEY en 1936 sur 1006 fibromes traités au radium, 2 ans plutôt ont enregistré 11 carcinomes.

GRASSIN en 1952 dans sa thèse présente le cas d'une généralisation sarcomateuse apparue 2 ans après irradiation pénétrante pour un fibrome chez une femme de 50 ans.

III₂. Embryologie : [38]

L'utérus se forme au cours du développement de l'œuf humain dans les premiers stades de la vie. La fécondation est réalisée par la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des deux gamètes qui donnent un œuf diploïde. Elle est suivie immédiatement par les phénomènes de la segmentation se poursuivant pendant la migration de l'œuf dans la trompe vers l'utérus (2,4, puis 8 blastomères).

A partir de ce stade, la division cellulaire devient inégale, on observe de petites cellules claires (les micromères) et les grosses cellules sombres (les macromères).

Les micromères se multiplient plus rapidement que les macromères et les enveloppent d'une couche périphérique ou trophoblaste qui formera les annexes de l'œuf. Les macromères constituent l'embryon proprement dit.

A la fin de la première semaine l'œuf commence son implantation dans la muqueuse utérine et est au stade de blastocyte et mesure environ 150 microns.

A la périphérie du blastocyte la couche superficielle se différencie en trophoblaste, futur placenta. A l'intérieur un amas cellulaire forme le bouton embryonnaire qui va se répartir en 3 feuillets : l'ectoblaste, l'entoblaste, le mésoblaste.

Au cours de la 2^e semaine tandis que s'achève la nidation, les cellules du bouton embryonnaire se différencient en 2 couches distinctes : disque didermique :

- une couche profonde : l'entoblaste
- une couche superficielle située au contact du trophoblaste : l'ectoblaste.

L'espace compris entre le trophoblaste et le bouton embryonnaire est occupé par un tissu mésenchymateux appelé mésenchyme extra embryonnaire.

Au sein de ce mésenchyme se creuse une cavité, le coelome externe ou extra embryonnaire qui entoure le bouton embryonnaire à l'endroit où il se rattache au trophoblaste appelé pédicule embryonnaire. Le canal de Wolff, dans l'espèce humaine, se forme très tôt et sert initialement de voies excrétrices aux pronéphros et mésonéphros avant d'être mis à la disposition des gonades. Entre les 7^e et 11^e semaine environ, de chaque côté des organes axiaux, chez l'embryon de 3 mm, se forment les néphrotomes pronéphrotiques, sorte de vésicules rudimentaires aplaties et qui donnent, à partir de leur bord externe, de chaque côté, un petit cordon cellulaire plein qui s'allonge. Tous les cordons des néphrotomes se soudent successivement les uns aux autres, d'avant en arrière, pour constituer un cordon unique situé entre l'ectoderme dorsal et les néphrotomes.

Ce cordon, d'abord plein, se transforme en un canal collecteur sur toute la hauteur des segments intéressés. Le canal collecteur, une fois constitué s'accroît par un bout libre d'avant en arrière en se glissant, toujours entre l'ectoderme et les néphrons, jusqu'à ce qu'il ait atteint le cloaque (embryon de 4 mm), auquel il s'accôle et dans lequel il s'ouvre ensuite. Ce canal formé par les néphrotomes pronéphrotiques, sert ensuite de canal excréteur aux néphrons mésonéphrotiques qui viennent s'y aboucher. Le dispositif est symétrique. Il se forme ainsi deux

(2) canaux de WOLFF qui servent, chacun, au début, de canal collecteur au pronéphros et au mésonéphros homologue. Lorsque les mésonéphros vont former des organes bien différenciés, les canaux de WOLFF longeront l'arête antérieure de ces organes. L'ébauche du canal de Müller apparaît peu de temps après la formation du canal de Wolff (5^e semaine) sous l'aspect d'une invagination de l'épithélium coelomique de la paroi antérolatérale de la crête urogénitale. Puis enroulé en cornet, il se sépare de l'épithélium original. Le canal de Müller est formé lorsque les lèvres de cette gouttière se soudent.

La progression des phénomènes décrits se fait dans le sens cranio-caudal. L'extrémité crâniale s'ouvre donc dans la cavité coelomique (futur orifice abdominal de la trompe).

Les extrémités caudales des 2 canaux de Müller s'ouvrent sur les parois latérales du sinus urogénital (stade de 28 mm). Peu de temps après (fin de la 6^e semaine) les canaux de Wolff commencent à dégénérer. Tout le long du corps de Wolff, le canal de Müller est en dehors du canal de Wolff. Arrivé à l'extrémité inférieure du corps de Wolff, le canal de Müller se place en dedans du canal de Wolff et longe son côté médian jusqu'à sa terminaison.

On sait que le méso du corps de Wolff se prolonge vers le haut par le ligament diaphragmatique, et vers le bas (future région inguinale) par le ligament inguinal. Le ligament inguinal ou gubernaculum de Hunter est croisé superficiellement par les canaux génitaux. Au point de croisement le gubernaculum adhère au canal de Müller et se divise en deux segments : l'un proximal donnera le ligament utero ovarien, l'autre distal, le ligament rond. Par ailleurs à l'extrémité distale du ligament inguinal, le péritoine émet à travers la paroi abdominale un diverticule appelé canal vaginal de Nück qui s'oblitére normalement vers le quatrième mois de la vie intra-utérine dont la persistance après la naissance donne lieu à des kystes.

1. Formation du canal tubo-utero-vaginal :

Le canal de Müller présente 2 segments séparés par l'insertion du ligament inguinal sur ce dernier ; l'un supérieur ou crânial, l'autre inférieur ou caudal.

a. Segment supérieur ou crânial : donne uniquement les trompes. Son extrémité supérieure (portion pronéphrotique) située au dessus du corps de Wolff donne le pavillon tubaire.

La différenciation du conduit tubaire en ses tuniques constituantes se fait progressivement de haut en bas. La musculuse dérive du mésoblaste ambiant de la région caudale ;

La muqueuse provient du canal de Müller, c'est à dire de l'épithélium cœlomique ;

La muqueuse tubaire commence à se plisser vers le quatrième mois de la vie fœtale. Quant aux franges, les premières n'apparaissent guère que vers le 4^e mois et ne prennent leurs caractères qu'après la naissance.

b. Segment inférieur ou caudal :

Les canaux de Müller s'adosent sur la ligne médiane et se fusionnent en un canal unique ; le canal utero vaginal de Leuckart. La soudure des deux canaux se fait dans le sens caudo-cranial, de l'extrémité inférieure du vagin au fond de l'utérus, à partir du troisième mois.

Mais la fusion se ferai dans la région moyenne et s'étendrai vers le haut et le bas, si bien qu'il persiste temporairement deux septa : supérieur et inférieur. Le canal utero vaginal soulève la paroi dorsale du sinus urogénital et donne ainsi naissance au tubercule de Müller.

En regard du tubercule de Müller une prolifération intense de direction caudale, les bulbes sino vaginaux éloignent temporairement la cavité utero vaginale du sinus urogénital.

Dans les absences du vagin, la persistance de cette zone entraîne une nouvelle poussée épithéliale.

Le canal urogénital s'allonge et s'aplatit ensuite dans le sens dorso-ventral et se dilate latéralement.

Dans le segment inférieur de ce canal, les parois antérieures et postérieures venues au contact l'une de l'autre se soudent vers le 4^e mois et forment la lame épithéliale du vagin. Cette lame forme à la limite de l'utérus et du vagin une cupule épithéliale à cavité supérieure qui s'enfonce dans l'épaisseur du mésenchyme entourant le canal utero vaginal, en y découpant un mamelon hémisphérique correspondant au col utérin intra vaginal.

Secondairement la lame épithéliale du vagin se désagrège dans sa partie moyenne et ainsi se rétablissent les parois ventrale et dorsale. Le même processus s'étendant à la cupule épithéliale qui limite le col utérin, entraîne la formation des culs de sacs vaginaux.

En s'étendant vers les bulbes sino vaginaux, le phénomène atteint la lame sino vaginale, hymen primitif qui devient alors perméable.

Cette description du développement vaginal est loin de faire l'unanimité.

En effet si de nombreux auteurs pensent que l'épithélium vaginal est exclusivement d'origine müllerienne, c'est-à-dire mésodermique, d'autres en particulier Koff, pensent que seuls les 4/5 supérieurs du vagin sont d'origine müllerienne, et que 1/5 inférieur dériverai de "bulbes sino vaginaux " d'origine sinusaire, c'est à dire endodermique.

2. Développement histologique :

Les canaux de Müller sont primitivement de simples tubes épithéliaux entourés d'éléments mésenchymateux.

Secondairement, l'épithélium polyédrique stratifié utéro-vaginal se transforme dans la moitié supérieure en épithélium prismatique (utérus) et dans la moitié inférieure en épithélium polyédrique stratifié (vagin).

L'épaisse couche musculo-conjonctive de la paroi utérine se différencie à partir du mésenchyme environnant. La première couche musculaire différenciée du mésenchyme périmüllerien constituera ce que nous désignons sous le terme d'archéomyomètre. Puis, aux environs du terme, apparaît et se développe, pour

des raisons fonctionnelles de statique viscérale, le néo myomètre, couche périphérique de l'utérus.

Au niveau du col, l'archéomyomètre régresse à partir du 4^e mois de la vie intra-utérine.

Il disparaît dans les portions isthmiques et ampullaire de la trompe. La séreuse utérine provient de l'épithélium coelomique. Quant aux plis de la muqueuse vaginale et du col utérin, ils apparaissent vers la 20^e semaine de la période foetale. Mais ce n'est qu'à partir de la 6^e année que la muqueuse cervicale se plisse franchement, réalisant des plis nommés "arbre de vie".

3. Développement macroscopique de l'utérus :

À partir de la 28^e semaine, la croissance utérine est subitement accélérée, pour atteindre 35 mm de longueur totale chez le fœtus à terme. Dès le 4^e mois la zone isthmique est reconnaissable, le développement de l'utérus est harmonieux et conserve un rapport sensiblement constant entre les trois portions de l'utérus. Le col représente 56% de la longueur totale utérine, l'isthme 13 % et le corps 31% [49].

Puis il se produirait, dans les deux semaines qui suivent la naissance, une involution utérine qui ramènerait sa longueur à 23-24 mm, soit une diminution de près d'un tiers. Chez la fillette, la croissance utérine est très lente jusqu'à la puberté ; celle-ci entraîne une poussée de croissance qui atteindra son maximum vers les dix huitième années (en dehors de tout état de gestation)

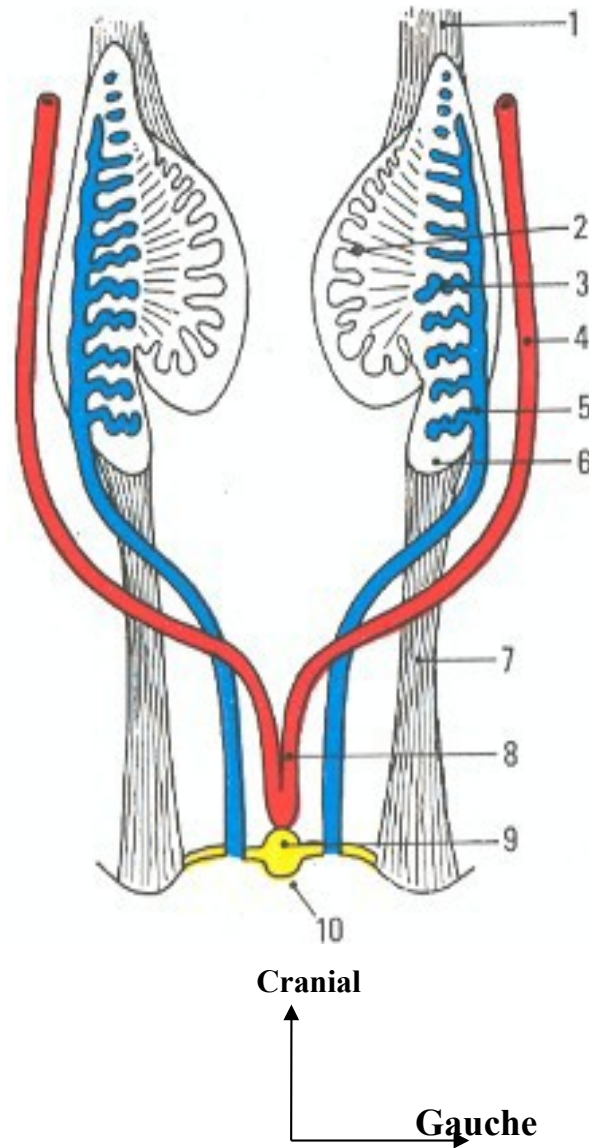
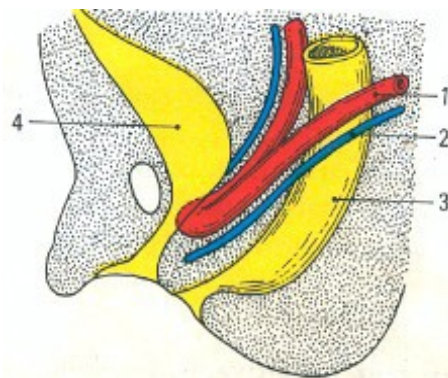
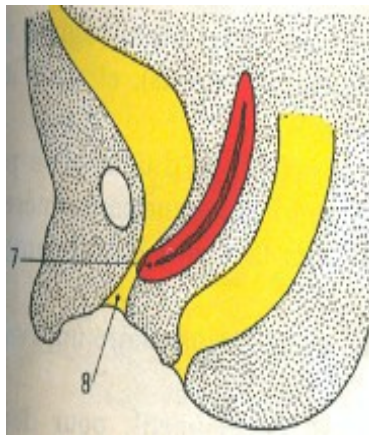


Fig.1 : Disposition schématique des canaux uro-génitaux chez l'embryon d'après P. KAMINA [38]



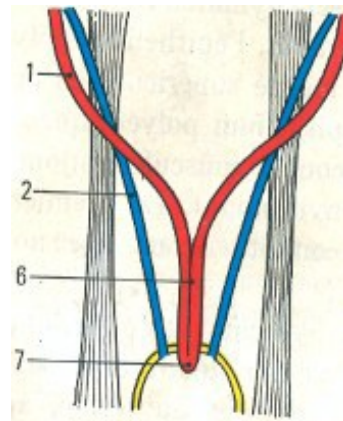
A

Coupe sagittale



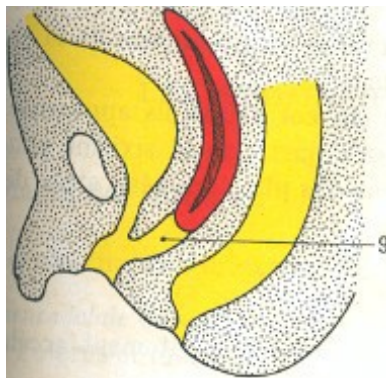
B

Coupe sagittale



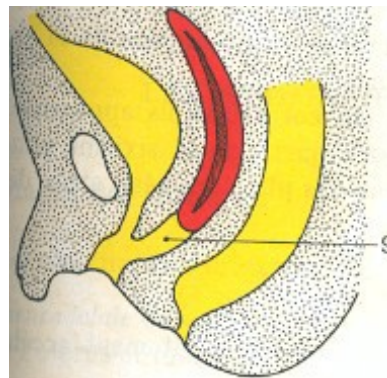
B'

Coupe frontale



C

Coupe sagittale



C'

Coupe frontale

Crânial

Gauche

**1 : Canal de Müller Gauche 2: Canal de WOLFF Gauche 3: Rectum primitif 4: Allantoïde
5 : Mésenchyme 6: Septum médian du canal de LEUCKART 7: Tubercule de Müller 8:
Sinus uro-génital 9: Lame vaginale d'origine vestibulaire 10 : Canal uro-génital**

Fig.2 : Formation de l'utérus et du vagin d'après P. KAMINA [38]

III₃. Anatomie : [3, 38, 43, 51]

L'utérus vulgairement appelé matrice est un organe creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son évolution et à l'expulser quand il est arrivé à maturité.

Situé dans la cavité pelvienne, sur la ligne médiane entre la vessie et le rectum, au dessus du vagin, au dessous des anses intestinales et du colon ilio-pelvien ; l'utérus a la forme d'un cône tronqué aplati d'avant en arrière et dont le sommet est en bas. Il présente, un peu au dessous de sa partie moyenne, un étranglement appelé isthme qui le divise en deux parties : l'une supérieure : le corps ; l'autre, inférieure : le col.

Le corps, assez fortement aplati d'avant en arrière, est triangulaire. Sa base est en haut et le sommet, fortement tronqué répond à l'isthme.

Le col est plus étroit et moins volumineux que le corps. Il se rétrécit légèrement à ses deux extrémités, à la manière d'un barillet, auquel il a été comparé.

Chez la nullipare, l'utérus mesure en moyenne 6 centimètres et demi de long (3 centimètres et demi pour le corps, 2 centimètres et demi pour le col, 1 centimètre et demi pour l'isthme). Sa largeur atteint 4 cm au niveau du corps et 2,5 cm au niveau du col. L'épaisseur mesure 2 cm en moyenne.

Chez les multipares, la longueur de l'utérus varie entre 7 à 8 cm (5 à 5,5 cm pour le corps et 2 à 2,5 cm pour le col). Sa largeur à la base du corps atteint 5 cm, tandis qu'elle ne dépasse pas 3 cm à la partie moyenne du col. Son épaisseur mesure à peu près 3 cm.

De consistance ferme ; son poids chez la nullipare est de 40 à 50g environ et de 50 à 70 g chez la multipare.

Ordinairement, chez la femme dont le bassin est normal, la vessie et le rectum étant à peu près vides ou peu distendus, l'utérus est à la fois antéfléchi et antéversé.

Dans l'antéflexion, le corps s'incline en avant sur le col et forme avec lui un angle dont l'ouverture normale varie entre 100 et 120°.

Dans l'antéversion, le corps s'incline en avant de l'axe de l'excavation pelvienne et le col se porte en arrière de cet axe.

Telle est la position de l'utérus dite normale. Cependant, rien n'est plus variable que cette position.

L'utérus est, en effet un organe très mobile ; aussi sa situation et son orientation se modifient chez le même sujet d'un moment à l'autre, sous la pression des organes qui l'entourent. C'est ainsi que, chez la femme dont le bassin est normal, l'antéversion diminue graduellement sous l'influence de la distension vésicale.

La réplétion de l'ampoule rectale diminue également l'antéversion car sous la pression du rectum le col est repoussé en avant ou bien l'utérus tout entier est refoulé en avant. La position de l'utérus se modifie encore suivant des modalités très diverses, sous l'influence de l'attitude du sujet, de la pression abdominale.

A – Configuration extérieure et Rapports :

Le corps :

On distingue au corps en raison de sa forme triangulaire, deux faces, trois bords et trois angles.

Les Faces :

La face antéro-inférieure est légèrement convexe, lisse et recouverte par le péritoine. Celui-ci descend jusqu'à l'isthme, où il se réfléchit sur la vessie en formant le cul de sac vésico-utérin.

La face postéro supérieure : Est fortement convexe. Une crête mousse, médiane, la divise en deux moitiés latérales.

Elle est comme la précédente, entièrement recouverte par le péritoine ; mais ici le péritoine s'étend au dessous de l'isthme utérin et descend jusque sur la face postérieure du vagin qu'il revêt sur une hauteur d'environ 2 cm. Le péritoine se réfléchit ensuite sur le rectum en constituant le cul de sac vagino-rectal ou cul de

sac de Douglas. Cette face postéro-supérieure répond aux anses intestinales et au colon ilio-pelvien qui reposent sur elle.

Les Bords :

Les bords latéraux du corps de l'utérus sont larges et arrondis d'avant en arrière. Ils sont en rapport avec les ligaments larges qui, de chaque côté, s'étendent de l'utérus à la paroi latérale de l'excavation pelvienne. Le long de ces bords cheminent les vaisseaux utérins.

Le bord supérieur, le plus souvent appelé base ou fond de l'utérus, est épais et arrondi d'avant en arrière. Il est légèrement concave chez l'enfant rectiligne ou faiblement convexe chez la nullipare, nettement convexe chez la multipare. Tapissé par le péritoine, il entre en contact avec les anses intestinales ou le colon pelvien qui descendent dans le bassin.

Les Angles :

Les angles latéraux se continuent avec l'isthme de la trompe. De chacun d'eux partent encore le ligament rond et le ligament utéro ovarien d'un même côté. L'angle inférieur se confond avec l'isthme.

L'isthme :

Il est à l'union du corps et du col. L'étranglement qui le marque est surtout accusé en avant et sur les côtés.

Il répond en avant au bord supérieur de la vessie et au fond du cul de sac vésico-utérin. Ses rapports en arrière et sur les côtés sont analogues à ceux de la face postérieure et des bords latéraux du corps utérin.

Le col :

Il est divisé par l'attache du vagin en trois parties : sus vaginale, vaginale et sous vaginale ou intra vaginale.

□Partie sus vaginale :

Sa face antérieure est unie à la face postéro-inférieure de la vessie par un tissu cellulaire peu dense qui permet de séparer facilement les deux organes. La face

postérieure, recouverte par le péritoine, répond au cul de sac de Douglas et au rectum.

Les bords latéraux sont en rapport à leur extrémité supérieure, avec les ligaments larges ; plus bas, avec le tissu conjonctif et musculaire lisse de l'espace pelvi-rectal supérieur dans lequel passent et se croisent l'artère utérine et l'uretère.

L'utérine croise l'uretère en passant en avant de lui. Ce croisement se fait à 1,5 cm environ en dehors du col utérin et un peu au dessous de l'isthme.

□ **Partie vaginale :**

Elle est représentée par la ligne d'insertion du vagin sur le col. Cette ligne, large d'un demi centimètre, est oblique en bas et en avant. Le vagin, en effet, s'attache en arrière à égale distance des deux extrémités du col ou à l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs, tandis qu'en avant il s'insère à l'union du 1/3 moyen avec le 1/3 inférieur du col. Il s'ensuit que la partie intra vaginale est plus haute en arrière qu'en avant.

□ **Partie intra vaginale :**

Elle est souvent appelée museau de tanche. Le museau de tanche fait saillie dans la cavité vaginale, il est conique. Le sommet arrondi est percé d'une ouverture, l'orifice externe du col, qui donne accès dans la cavité utérine.

Les caractères du museau de tanche diffèrent chez la vierge, la primipare et la multipare.

Chez la vierge, le col est lisse, uni, de consistance ferme. L'orifice externe du col est circulaire ou en forme de fente transversale de 5 à 6 mm de longueur ; ses bords sont réguliers, lisses et unis, et leur consistance est très ferme.

Chez la primipare, le sommet du museau de tanche s'aplatit. Sa consistance est moindre que chez la vierge.

L'orifice externe du col s'allonge transversalement ; ses lèvres présentent une ou deux incisives peu profondes et leur consistance diminue.

Chez les multipares, enfin, la partie intra vaginale du col se raccourcit, mais devient plus large. Sa consistance est moins ferme encore que chez la primipare. L'orifice externe du col mesure environ 1,5 cm de largeur, est bordé par deux lèvres irrégulières qu'entament de nombreuses déchirures.

B- Configuration intérieure :

L'utérus est creusé d'une étroite cavité, aplatie d'avant en arrière.

Un étranglement correspondant à l'isthme de l'utérus divise cette cavité en deux parties : la cavité du corps et la cavité du col.

La cavité du corps :

Elle est lisse, sa forme est triangulaire, ses deux parois antérieure et postérieure sont accolées. La base de la cavité convexe chez la nullipare, rectiligne ou concave chez la multipare, répond au fond de l'utérus. Ces bords latéraux sont convexes. Aux angles supérieurs ou latéraux se trouvent les ouvertures des trompes ; l'angle inférieur communique avec la cavité du col par le rétrécissement isthmique.

La cavité du col :

Elle est fusiforme, mais aplatie d'avant en arrière. On remarque sur chacune de ses faces antérieure et postérieure une saillie longitudinale, à peu près médiane sur laquelle sont branchés des replis, obliques en haut et en dehors, appelés plis palmés. L'ensemble de ces reliefs constitue l'arbre de vie.

Les saillies longitudinales de l'arbre de vie ne sont pas exactement médianes, celle de la paroi antérieure est légèrement déviée à droite, celle de la paroi postérieure à gauche. De plus, les reliefs obliques sont disposés sur l'une et l'autre face, de manière que ceux de l'une s'engrènent dans les dépressions qui séparent les plis de l'autre. L'extrémité supérieure de la cavité du col se confond avec l'isthme et porte le nom d'orifice interne du col.

Dimensions de la cavité utérine :

Les dimensions de la cavité utérine sont plus grandes chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les nullipares. Il importe encore de noter que

l'augmentation de la cavité qui se produit chez les multipares se fait uniquement sentir sur la cavité du corps, car celle du col reste la même ou diminuée légèrement de longueur. La longueur de la cavité de l'utérus nullipare mesure en moyenne 55 cm, dont 25 pour le corps, 25 pour le col et 5 pour l'isthme ; chez la femme multipare, la longueur de l'utérus atteint de 60 à 65 mm, dont 35 pour le corps, 25 pour le col et 5 pour l'isthme.

C- Structure de l'utérus :

La paroi utérine, épaisse d'environ 1 cm, se compose de trois tuniques qui sont de dehors en dedans : une tunique séreuse, une tunique musculaire et une tunique muqueuse.

La tunique séreuse ou péritonéale :

Tapisse l'utérus avec deux couches (viscérale et péritonéale) de telle sorte que le corps utérin soit intra péritonéal et le col utérin extra et retro-péritonéal.

Le corps utérin est recouvert par la couche viscérale. Sur la face antérieure, le péritoine viscéral se réfléchit sur le péritoine pariétal entre l'isthme et le col, pour former le cul de sac vésico-utérin. Sur la face postérieure, le péritoine viscéral recouvre le col et une partie du vagin avant de se réfléchir sur le péritoine pariétal en formant le cul de sac recto utérin (cul de sac de Douglas).

La tunique musculaire :

Elle a une disposition un peu différente sur le corps et sur le col.

☐ **Sur le corps :** Les fibres musculaires lisses sont disposées sur trois couches : externe, moyenne et interne.

La couche externe : Très mince, comprend un plan superficiel de fibres longitudinales qui recouvre seulement les faces et le fond du corps de l'utérus et un deuxième plan de fibres circulaires.

La couche moyenne : Très épaisse appelée couche plexiforme, est constituée par les faisceaux entrecroisés dans tous les sens et entourant de nombreux vaisseaux qui leur adhèrent. Ces vaisseaux sont si nombreux qu'ils ont fait donner à cette couche le nom de « stratum vasculosum »

La couche interne : Est surtout formée de fibres circulaires. Mais dans la partie la plus profonde de cette couche on retrouve quelques fibres longitudinales.

□ **Sur le col** : Le muscle utérin est moins épais que sur le corps. On distingue une couche moyenne de fibres circulaires comprises entre quelques rares faisceaux longitudinaux, les uns superficiels, les autres profonds.

La tunique muqueuse :

Variable selon que l'on se trouve au niveau du corps, de l'isthme ou du col. Elle est tapissée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Sous l'épithélium se trouvent des vaisseaux, des nerfs et de nombreuses glandes.

La muqueuse utérine est lisse et forme dans le canal cervical des plis palmés

Au niveau du corps utérin la muqueuse forme deux couches faiblement délimitées :

□ **La couche superficielle** tournée vers la cavité utérine et soumise à des modifications rythmiques en rapport avec le cycle menstruel : couche fonctionnelle.

□ **La couche basale** adhère à la musculuse.

D - Les moyens de fixité de l'utérus :

L'utérus est rattaché aux parois du bassin par trois paires de ligaments qui sont: les ligaments latéraux ou ligaments larges; les ligaments antérieurs ou ligaments ronds; les ligaments postérieurs ou ligaments sacrés.

1. Les ligaments larges :

a. Dispositions générales :

Le péritoine des faces et du fond de l'utérus s'étendent de chaque coté, au delà de ses bords latéraux, jusqu'à la paroi latérale de la cavité pelvienne. Il forme ainsi de part et d'autre de l'utérus un repli transversal, le ligament large, qui, de chaque coté, relie l'utérus à la paroi pelvienne. Chaque ligament large comprend donc un feuillet péritonéal antérieur qui prolonge en dehors celui de la face antérieure du corps utérin, et un feuillet postérieur en continuité avec le péritoine

de la face postérieure de l'utérus. Ces deux feuillets se réunissent en haut en formant un repli qui prolonge en dehors le péritoine du fond de l'utérus.

En arrivant à la paroi pelvienne latérale, le péritoine des ligaments larges se continue en avant, en arrière et en haut, avec le péritoine pariétal et l'excavation.

b. Rapports :

Le bord interne s'unit au bord latéral de l'utérus. Il contient l'artère utérine, le plexus veineux utérin, les vaisseaux lymphatiques, les nerfs, le canal de Gartner et le paraoophore.

Le bord externe est fixé à la paroi latérale de la cavité pelvienne, où les deux feuillets péritonéaux du ligament large se continuent avec le péritoine pariétal.

Le bord inférieur est séparé du plancher pelvien par le tissu de l'espace pelvi-rectal supérieur que traverse l'uretère et de nombreux vaisseaux. Les deux feuillets du péritoine s'écartent l'un de l'autre le long de ce bord, et se continuent en avant et en arrière avec le péritoine pelvien.

Le bord supérieur, libre, situé à l'union des deux feuillets du ligament large, contient la trompe utérine. Il est relié au reste du ligament large par un repli péritonéal appelé mesosalpinx.

2. Les ligaments ronds :

Sont des cordons arrondis, tendus des angles latéraux de l'utérus aux régions inguinale et pubienne. Leur longueur atteint environ 15 cm ; leur épaisseur diminue légèrement de leur origine à leur terminaison et varie de 3 à 5 mm. Ils se détachent de la partie antérieure de l'angle latéral de l'utérus, un peu au dessous et en avant de la trompe. De là ces ligaments se portent en avant et en dehors, sous le feuillet péritonéal du ligament large. Ils soulèvent ce feuillet qui forme un repli, l'aileron antérieur. Les ligaments ronds croisent d'abord les vaisseaux et les nerfs obturateurs appliqués sur l'aponévrose pelvienne, ensuite les vaisseaux iliaques ; ils passent au dessus de l'anse, concave en haut, que décrit l'artère épigastrique à son origine, et s'engagent dans le canal inguinal qu'ils parcourent dans toute sa longueur.

3. Les ligaments utéro sacrés :

Ils sont constitués par des faisceaux conjonctifs et musculaires lisses qui naissent de la face postérieure du col de l'utérus, près de ses bords latéraux et au voisinage de l'isthme, se dirigent en haut, et en arrière, contournent les faces latérales du rectum et se terminent sur la face antérieure du sacrum.

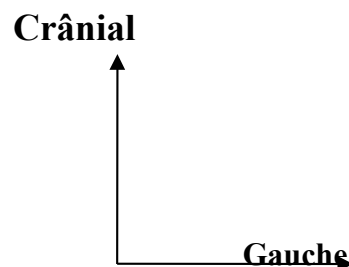
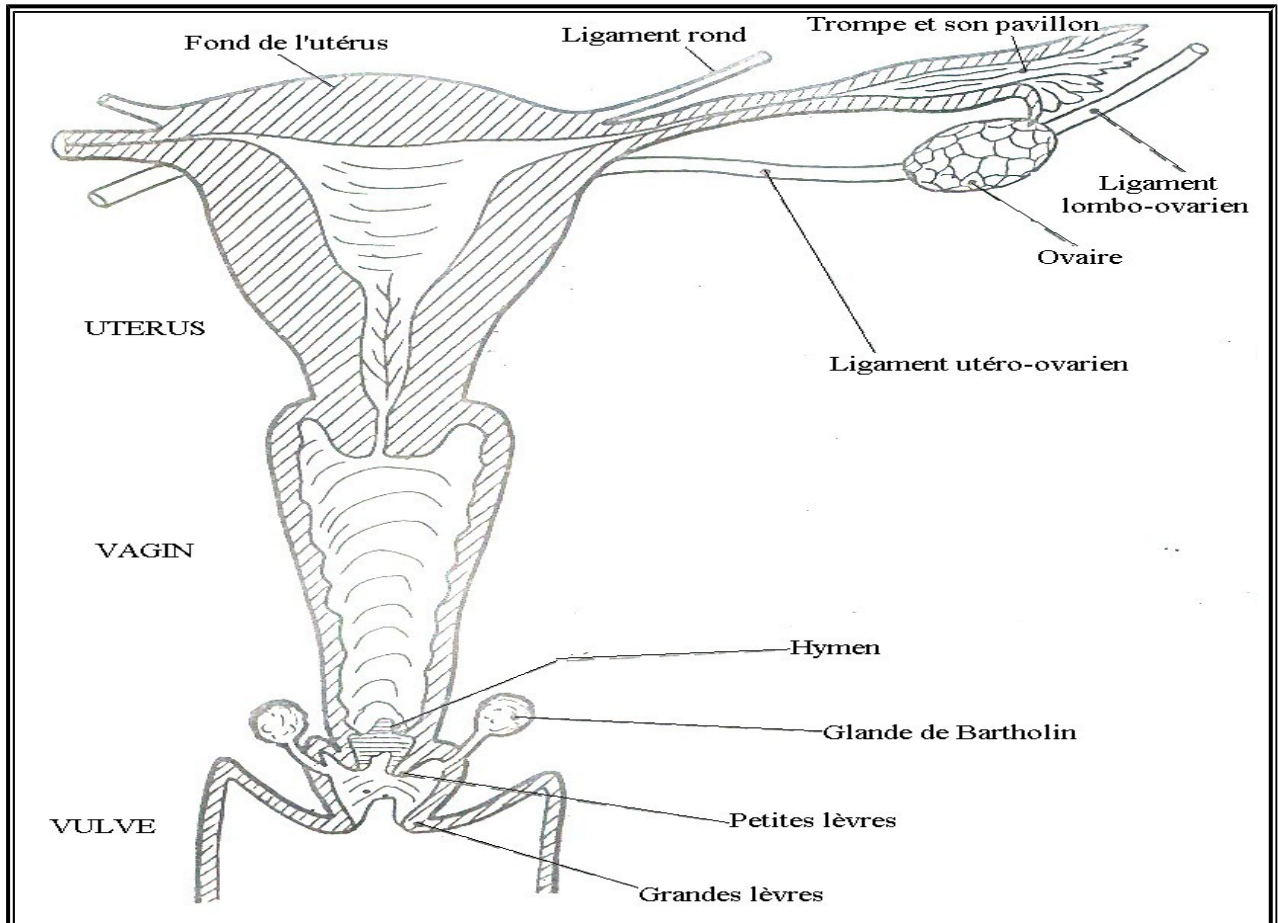


Fig. 3 : Appareil génital de la femme (schéma général) d'après G. Bastide [3]

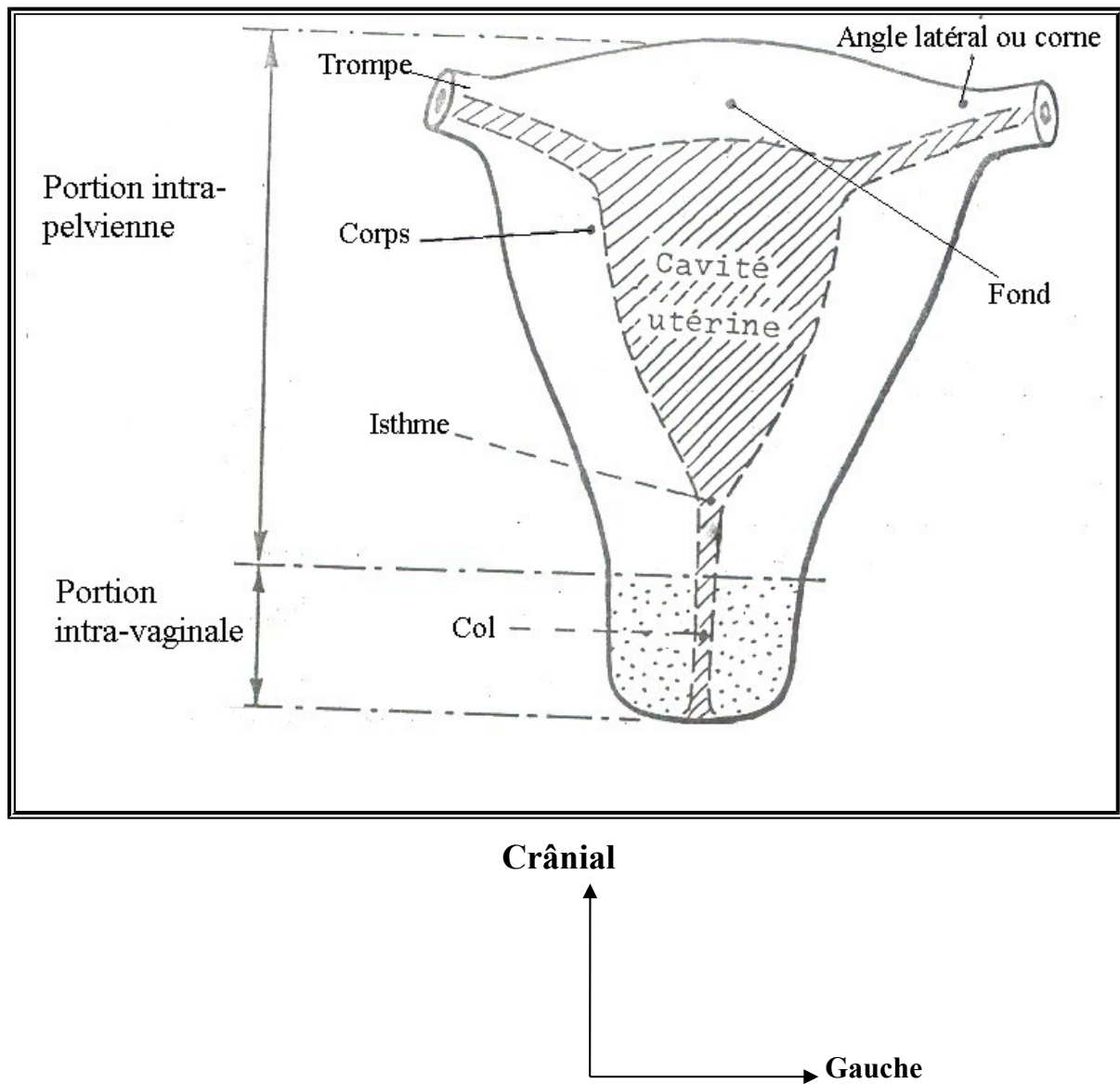
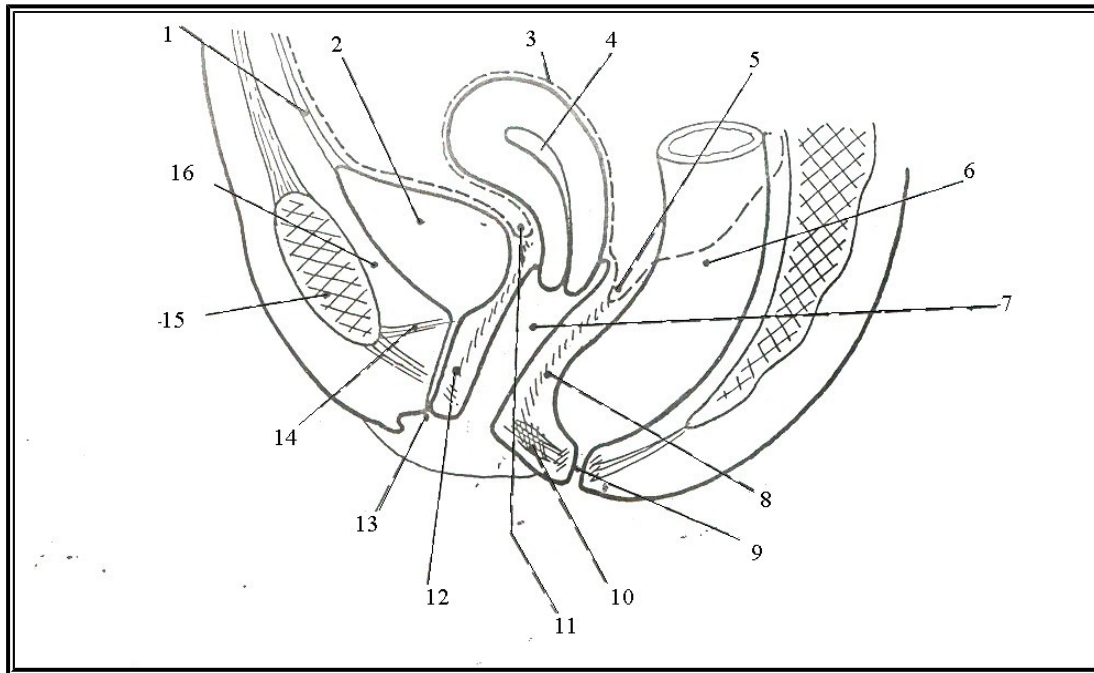


Fig. 4 : UTÉRUS : Configuration extérieure et division d'après G. Bastide [3]



1= ouraque

2= vessie

3= péritoine

4= utérus

5= cul de sac de Douglas

6= rectum

7= vagin

8= cloison recto-vaginale

9= canal anal

10= noyau fibreux central du périnée

11= cul de sac vésico-utérin

12= cloison vésico et uréthro-vaginale

13= urètre et méat urinaire

14= ligaments pubo-vésicaux

15= symphyse pubienne

16= loge prévésicale

Crânial



Gauche



Fig. 5 : Rapports de l'utérus avec les organes voisins d'après G. Bastide [3]

E - Vascularisation et innervation :

1. Vascularisation :

a. Les artères :

L'utérus est vascularisé essentiellement par les artères utérines droite et gauche ; et accessoirement par les artères ovariennes et des ligaments ronds. L'artère utérine est une branche de l'artère hypogastrique, elle mesure 15 cm de longueur, 3 mm de diamètre.

Ses dimensions augmentent considérablement au cours de la grossesse.

L'artère utérine croise l'uretère, passe en dedans sur la face supérieure du ligament cervical latéral. Elle vascularise le col utérin au dessus du cul de sac latéral du vagin et monte de manière sinueuse sur le côté de l'utérus. Dans cette ascension elle se rapproche du col s'accolant ainsi au bord latéral du corps utérin. Les rameaux de division pénètrent dans l'épaisseur du corps, parcourent les anneaux musculaires de la couche flexiforme en devenant rectiligne. Le col est irrigué par les artères cervicovaginales ; celles-ci se bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure.

L'artère ovarique, naît de l'aorte abdominale ; et se termine à l'extrémité supéro-latérale de l'ovaire. L'artère du ligament rond naît de l'artère épigastrique

b. Les veines :

La circulation de retour empreinte le trajet du plexus veineux qui suit l'artère utérine. Ces plexus utérins après une anastomose en haut avec les veines ovariennes se déversent dans les troncs hypogastriques par les veines utérines.

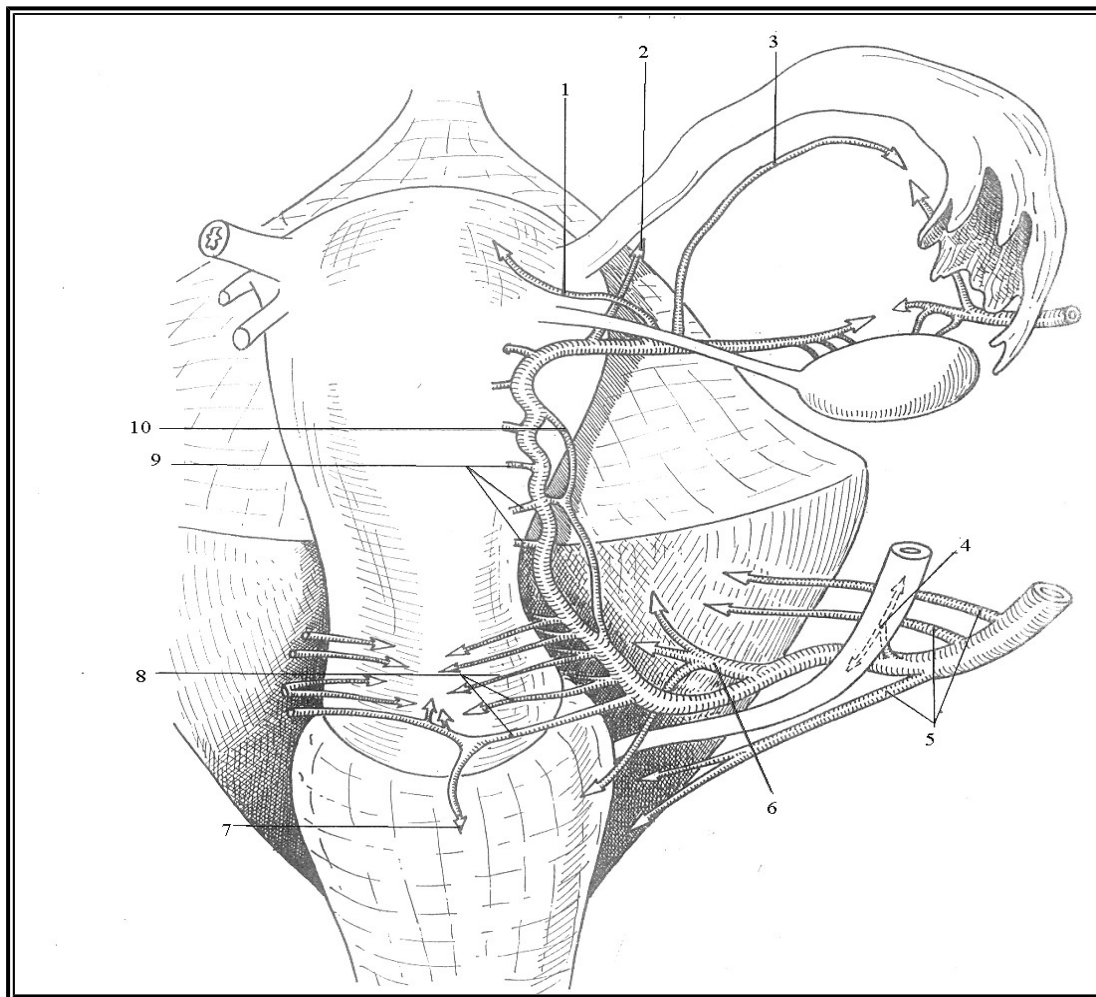
2 - Le drainage lymphatique :

Les vaisseaux lymphatiques issus du fundus et de la partie supérieure du corps de l'utérus se drainent dans les nœuds lymphatiques lombaires (ou aortiques), ceux de la partie inférieure du corps dans les nœuds iliaques externes, internes et sacrés.

Quelques vaisseaux lymphatiques provenant de la région de l'utérus avoisinant l'abouchement de la trompe utérine empreintent le trajet du ligament rond et se jettent dans les nœuds inguinaux superficiels.

3 - Innervation :

Les nerfs de l'utérus viennent du bord antérieur du plexus hypogastrique. Ils suivent le ligament utéro-sacré en cheminant dans sa partie antero-supérieure. Ils abordent l'isthme et la partie sus vaginale du col.



1= Artère rétrograde du fond

2= Artère du ligament rond

3= Artère tubaire interne

4= Artère urétérale

5= Artère vésico-vaginale

6= Artère cervico-vaginale

7= Artère azygos du vagin

8= Artère du col

9= Artère du corps

10= Artère anastomotique

Crânial



Gauche



Fig.6 : Artère utérine – Branches collatérales d'après Waligora. J et Perlemuter. L [51]

III₄ - Fréquence du fibrome utérin : [25]

30 à 50 % des femmes sont cliniquement porteuses de fibromes utérins, à l'examen gynécologique ou à l'échographie. En utilisant des examens plus précis comme l'hystérocopie, la laparoscopie, le scanner ou la résonance magnétique, ce chiffre peut atteindre jusqu'à 80%. Il s'agit donc des tumeurs solides les plus fréquentes chez la femme responsables de plus de 50% des hystérectomies.

III₅- Étiologie des fibromes utérins : [10, 12]

On ne connaît rien de précis sur l'étiologie des myomes utérins.

Le fibrome serait l'expression myométriale d'une hyperoestrogénie locale. En faveur de cette hypothèse, on retiendra les faits suivants :

- Il n'y a pas de myome avant la puberté ;
- Les myomes se stabilisent ou peuvent régresser après la ménopause ou après castration ;
- Les myomes augmentent de volume pendant la grossesse pour régresser ensuite ;
- Les myomes augmentent de taille sous traitement oestrogénique après la ménopause.

L'endomètre des femmes porteuses de fibrome témoigne d'une hyperoestrogénie : il existe habituellement une hyperplasie de l'endomètre source de saignement.

Une origine génétique des fibromes est aussi suspectée, les fibromes utérins proviendraient de la mutation et de la croissance exagérée d'une ou de plusieurs des cellules constituant la fibre utérine que l'on nomme myocytes. A peu près 50% des fibromes proviendraient ainsi de mutations génétiques. Parmi ces mutations les plus fréquentes surviennent lors de la translocation entre les bras longs des chromosomes 12 et 14. Les autres dérivent de la perte d'une partie du bras long du chromosome 7.

III₆ – Anatomie pathologie : [4, 5, 12, 34, 42, 48]

A - Étude macroscopique :

1. L'aspect :

Unique ou multiple, de taille variable, le myome a un aspect caractéristique : c'est une tumeur arrondie ou lobulée, de coloration blanche ou rosée, de consistance ferme, élastique ou plus molle si elle est à prédominance musculaire. Une pseudo capsule formée par la condensation du tissu conjonctif constitue un excellent plan de clivage et en permet l'énucléation.

2. La morphologie :

Le myome se prête à toutes les descriptions maraîchères : citron, mandarine, orange, pamplemousse etc.

3. Le poids :

Il va de quelques grammes à plusieurs kilogrammes.

4. Le siège :

a. Siège par rapport à la structure anatomique de l'utérus :

□ Les fibromes du col :

Ils sont soit intra vaginaux, à l'origine des polypes intra vaginaux différents des banaux polypes muqueux, soit sus vaginaux sur la portion sus vaginale, limitée dans leur extension vers le bas.

Ils vont se développer dans la base du ligament large, épaulant l'uretère avec le double danger de compression urétrale et de blessure chirurgicale.

□ Les fibromes de l'isthme :

Rares dans leur variété pure. Peuvent s'inclure dans le ligament large entraînant la compression urétérale et la blessure chirurgicale.

□ Les fibromes du corps :

Ils sont de loin les plus fréquents. La vessie supporte bien en règle générale ceux de la face antérieure en s'étalant à leur surface. Ceux de la face postérieure peuvent entraîner l'utérus en rétroversion fixée et douloureuse, faisant basculer en avant le col utérin qui comprime la vessie et le col vésical sous la symphyse, entraînant un cortège de signes vésicaux ou rectaux. Ceux du fond utérin sont en

général mieux tolérés, le plus souvent silencieux, émergeant progressivement de l'excavation pelvienne dans l'abdomen. En fin, les fibromes angulaires au niveau des cornes, parfois cause de stérilité tubaire par compression, sont d'exérèse délicate.

b. Siège par rapport aux différentes tuniques de l'utérus :

□ Les fibromes sous-séreux ou sous péritonéaux :

Faisant saillie à la surface de l'utérus : sessiles, lorsqu'ils ont une base d'implantation large et pédiculée quand la base est étroite, ils peuvent avoir un pédicule long et pose un problème diagnostique avec les tumeurs latéro-utérines.

□ Les fibromes interstitiels ou intra pariétaux :

Ils se développent dans le myomètre, ils retentissent sur la forme et la taille de l'utérus, s'associant généralement à une hypertrophie de la paroi musculaire. Ils contribuent à déformer la cavité utérine en l'étirant et en l'agrandissant.

□ Les fibromes sous muqueux :

Peuvent être sessiles ou pédiculés.

Sessiles :

Ils sont généralement de volume réduit, font saillie sous la muqueuse qu'ils déforment, responsables parfois d'avortement à répétition par trouble de la nidation. Ils sont prédisposés à l'infection et à la nécrobiose.

Pédiculés :

Ce sont des polypes fibreux intra cavitaires. Le point d'implantation du pédicule est variable, sur le fond utérin ou près de l'isthme.

Ils sont à différencier des polypes muqueux de l'endomètre. Ils sont libres, « en battant de cloche » dans la cavité utérine, ou formant clapet au niveau de l'orifice interne du col. Sous l'effet de contractions expulsives, ils dilatent progressivement le col et sont parfois accouchés dans le vagin.

B - Aspect microscopique du myome :

Le tissu myomateux est fait de cellules musculaires lisses au cytoplasme peu abondant, finement rayé ou homogène, au noyau allongé, serrées les unes contre les autres et groupées en faisceaux qui se ramifient s'anastomosent et s'enchevêtrent dans tous les sens donnant une véritable image tourbillonnaire.

Certains myomes très évolués, sont fortement scléreux avec des plages collagéniques ou hyalines presque avasculaires, rencontrées souvent au centre d'un noyau tumoral.

Le myome peut aussi être le siège d'une imprégnation calcaire et parfois même d'une métaplasie osseuse [4]

III₇- Étude clinique : [4,12, 30, 42, 48,52]

La symptomatologie clinique est variable, cependant, environ 5 à 10% des fibromes restent sans expression clinique.

A - Symptomatologie fonctionnelle :

a. La ménorragie :

Est le signe le plus caractéristique. Son apparition lentement progressive est assez caractéristique. Il s'agit de règles plus abondantes et plus prolongées pouvant atteindre 10 à 15 jours.

b. Les métrorragies :

Se rencontrent dans 1/3 des cas. Il s'agit de perte de sang d'origine utérine survenant entre les règles normales.

c. Les ménométrorragies :

C'est l'intrication des 2 signes précédents.

Elles se caractérisent par un retard de quelques semaines suivi d'une période prolongée d'hémorragie.

d. Les douleurs pelviennes :

Sont difficiles à interpréter car, trop banales en gynécologie. On peut admettre que les douleurs ne font pas partie du tableau habituel des fibromes. Quand elles sont présentes, elles peuvent être expliquées :

- Soit par une lésion associée : dystrophie ovarienne, endométriose.

□ Soit par une cause non gynécologique : lombalgie d'origine urologique ou rachidienne.

Plus rarement elles peuvent être dues au fibrome et traduisent une complication : compression, infection, modification trophique.

e. Les leucorrhées :

Il s'agit de pertes blanchâtres, glaireuses et filantes, généralement plus abondantes avant les périodes menstruelles. Ces pertes peuvent devenir très abondantes et revêtir l'aspect d'une hydorrhée intermittente par sténose de l'isthme ou par polype formant clapet.

L'hydorrhée se voit également dans les fibromes en dégénérescence kystique.

f. Les troubles urinaires :

□ **La pollakiurie** : C'est le trouble le plus fréquent environ 40% des cas. Elle est diurne, il s'agit de miction un peu plus fréquente ou de miction véritablement impérieuse. On peut évoquer soit une compression vésicale, soit une irritation du trigone (fibrome de l'isthme et des fibromes antérieurs).

□ **Les troubles d'évacuation vésicale** : Il s'agit de rétention aiguë d'urine (3% des cas en moyenne).

B. Examen clinique :

a. Condition :

S'effectue sur une table gynécologique avec rectum et vessie préalablement vidés.

b. Signes physiques :

□ **Inspection :**

Elle est généralement négative. Cependant dans les gros fibromes et chez les sujets maigres on perçoit une voussure sus-pubienne.

□ **Palpation :**

Se fait avec douceur à partir des zones indolores en finissant par les zones douloureuses. Elle permet de déceler la tumeur. On sent le fond utérin soit lisse et régulier, soit déformé par des bosselures arrondies. La tumeur est perçue

élastique légèrement mobilisable latéralement, elle s'enfonce dans le petit bassin si on la palpe en position de Trendelenburg.

□ **Percussion :**

Peut montrer une matité du pelvis et les limites de la masse pelvienne.

c. Examen au spéculum :

Il se fait à l'aide de l'index et du pouce d'une main, on écarte la vulve, puis avec l'autre main on introduit avec douceur le spéculum fermé parallèlement à la fente vulvaire suivi d'une rotation de 90°. Il permet d'observer une vaginite, une exocervicite, une érosion.

d. Toucher vaginal :

On se met à droite de la patiente, entre les cuisses, l'index et le médium dans un doigtier stérile. On demande à la patiente de se relâcher, la bouche ouverte.

Le toucher se fait en 2 temps :

1^{er} temps : Les 2 doigts vaginaux doivent percevoir le vagin, le col et les culs de sacs vaginaux latéraux et le Douglas.

2^e temps : Les doigts vaginaux, doivent s'aider de la main gauche pour déprimer la paroi abdominale : c'est le toucher vaginal combiné au palper.

Il permet de percevoir l'utérus et de reconnaître les caractères de la tumeur qui peut être plus ou moins régulière, arrondie ou oblongue, tantôt lisse, tantôt bosselée de nodosités, de volume variable. La masse tumorale se trouve dans un cul de sac ou les deux avec les mêmes caractères : consistance ferme, non élastique, parfois dure, voire pierreuse. Elle est en l'absence de complications, indolore.

Le fait fondamental et classique est la mobilité de la tumeur avec le col de l'utérus. Les mouvements que l'on imprime à la masse sont retransmis au col et inversement. Le col peut être confondu avec un fibrome.

e. Toucher rectal :

Est indispensable quand l'hymen est intact. Il permet de faire la différence entre une tumeur rectale et le fibromyome utérin.

f. Examen du périnée : Recherche un prolapsus génital.

g. Examen des seins : Recherche une galactorrhée, une mastose.

C. Diagnostic différentiel : [52]

1. Devant le saignement :

- Cancer de l'endomètre ;
- Hyperplasie utérine ;
- Polype muqueux ;
- Saignement fonctionnel ;

2. Devant un utérus augmenté de volume :

- Grossesse intra utérin ;
- Adénomyose ;

3 Devant une masse :

- kyste ovarien ;
- Tumeur ovarienne ;

5.4. Devant une tumeur myométriale :

- Rares, leimyosarcome, tumeur maligne du myomètre.

III₈- Les examens complémentaires : [7,8, 22, 25,48]

A. L'échographie pelvienne :

L'échographie est l'examen de référence pour le diagnostic des fibromes utérins.

La femme est en décubitus dorsal la vessie pleine.

Résultat :

Dans la forme classique non compliquée, le fibrome est une tumeur solide échogène dont l'échogénicité est voisine de celle du myomètre.

Les ondes échographiques sont réparties régulièrement au sein de la tumeur, mais leur intensité est décroissante de la superficie vers la profondeur.

Le fibrome interstitiel n'est pas facile à mettre en évidence car son échogénicité est voisine de celle du myomètre.

Le fibrome intracavitaire est une formation arrondie siégeant au niveau de la vacuité utérine.

Le fibrome sous séreux pédiculé est difficile à objectiver.

L'échographie fait évoquer la calcification du fibrome, des modifications histologiques (œdème, nécrobiose ischémique). Elle permet enfin de vérifier l'absence de retentissement sur les organes voisins ; par contre elle peut être hésitante devant une tumeur ovarienne solide adhérente au corps utérin, utérus malformatif, tumeur digestive.

B. L'hystérosalpingographie :

L'indication de l'hystérosalpingographie dans le diagnostic et le bilan d'une pathologie myomateuse s'est rétrécie avec les années.

Cependant elle garde un intérêt surtout pour l'appréciation du retentissement des myomes sur la cavité utérine. En cas d'infertilité, l'hystérosalpingographie permet de pratiquer le bilan de la perméabilité tubaire dont le diagnostic peut influencer sur la prise en charge thérapeutique ultérieure.

Sur le plan radiologique, les fibromes sous muqueux et interstitiels sont surtout visibles sur les clichés en début de remplissage ou en début d'évacuation. Ils présentent une lacune à contours nets, arrondis ou ovalaires. Les clichés en oblique et de profil visualisent la base d'implantation des myomes sous muqueux, ils peuvent entraîner un agrandissement ou une déformation de la cavité utérine.

Contre indication :

- **Grossesse** : devant toute tumeur pelvienne douteuse, il faut demander une échographie et faire les tests immunologiques de la grossesse.
- **Infections génitales** : il faut au préalable traiter les infections.
- **Hémorragies** : elles gênent l'interprétation si elles sont abondantes avec présence de caillots.

C. La cœlioscopie :

La coelioscopie transpariétale a été décrite dès 1902 par Kelling (de Dresde) sur le chien, mais n'a été utilisée sur une large échelle sur l'homme que vers 1912 par JACOBUS (de Stockholm). Son application à la gynécologie est plus récente (Ruddock et Hope, 1939), elle n'est devenue complète que par l'utilisation d'une canule permettant de mobiliser les ovaires (Sjovall, 1959).

La coelioscopie transvaginale a été mise au point par Decker (de New York, 1944) grâce à la position genu pectoral qui ouvre l'espace recto utérin et refoule l'air dans la cavité péritonéale.

La Coelioscopie est l'endoscopie de la cavité péritonéale préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel (gaz carbonique ou oxygène) réalisée en salle d'opération avec toutes les précautions d'asepsie, les examens et préparatifs doivent être ceux d'une laparotomie qui peut d'ailleurs s'avérer nécessaire.

La Coelioscopie permet de poser un diagnostic précis pour le fibrome sous séreux et interstitiel et d'apprécier exactement les indications respectives et les modalités du traitement.

Accidents possibles :

- Emphysème** : par injection de gaz dans le tissu sous péritonéal de résorption rapide.
- Blessure vasculaire** : il faut vérifier avant l'insufflation s'il n'y a pas de sang dans l'aiguille.
- Compression nerveuse** : par parésie du plexus brachial
- Douleur scapulaire** tardive.
- Accident infectieux** : dans les cas d'hydrotubation dans un hydrosalpinx.

Contre indications :

- Péritonite généralisée avec état de choc septique
- Hémopéritoine avec choc hémodynamique
- Abdomen multicicatriciel

□ Mauvais état général, obésité excessive, troubles respiratoires, hernie diaphragmatique qui sont des contre indications pour l'anesthésie.

D. Hystérométrie :

Elle se fait à l'aide d'un appareil appelé hystéromètre métallique ou en plastique. L'hystéromètre présente une graduation en centimètre sur 15 derniers centimètres et un index coulissant, celui de MEGS présente un curseur qui permet la lecture directe sur la partie antérieure du degré de pénétration.

Technique :

Une asepsie rigoureuse est exigée dans ce cas, on évite tout contact de l'instrument avec la paroi vaginale ; on vérifie la propreté du col et de sa glaire. On saisit ensuite le col avec une pince de POZZI ou une pince à col fin, sur laquelle on tire doucement pour diminuer la flexion (on aura vérifié la flexion de l'utérus par le toucher vaginal).

On introduit doucement l'hystéromètre dans la cavité cervicale et par de petits mouvements de reptation on le fait progresser par persuasion vers l'isthme, puis vers le fond utérin en notant toute résistance rencontrée et toute réaction de la femme. On peut noter :

- Un agrandissement de la cavité utérine, signe le fibrome
- Une déviation de la cavité utérine qui peut indiquer que la tumeur est régulièrement développée dans l'axe utérin
- Une irrégularité de la cavité utérine qui peut renseigner sur la présence d'un fibrome sous muqueux et même un polype intra-utérin.

E. Hystérocopie :

Elle permet de visualiser la cavité utérine préalablement distendue par un liquide ou un gaz approprié.

Elle est réalisée à l'aide soit d'un hystéroscope rigide de 2 à 4,5 mm, soit d'un hystéroscope souple.

La tolérance à l'examen est au mieux obtenue en hystérocopie souple ou en hystérocopie rigide à diamètre réduit.

L'hystérocopie diagnostique permet le diagnostic :

- Des fibromes intra cavitaires dont la totalité du diamètre est dans la cavité utérine, à base d'implantation plus ou moins large ;
- Des fibromes sous muqueux, en faisant la part entre le plus grand diamètre en intracavitaire ou en interstitiel.

Dans l'analyse globale de la prise en charge, l'hystérocopie est considérée comme un complément de l'analyse échographique en cas de suspicion de myome intracavitaire.

En effet, elle est l'examen qui présente la meilleure sensibilité pour faire la part entre polype et fibrome.

III, - Les complications des fibromes : [14, 22,30, 42, 46]

A. Les complications locales :

1. Les complications hémorragiques :

Se voient essentiellement dans les fibromes sous muqueux.

L'hémorragie est un symptôme mais devient une complication par sa répétition, plus souvent par son abondance. Elle finit par entraîner un état d'anémie chronique de type hypochrome et provoquer des troubles de la crase sanguine qui favorisent l'apparition des thromboses des veines du petit bassin.

Cette hémorragie serai favorisée par :

- Des troubles hormonaux dont le mécanisme est mal connu.
- Une hyperplasie de l'endomètre, associée à un fibrome.

2. Les complications infectieuses :

Les complications infectieuses se rencontrent dans les cas suivants :

a. Dans les cas de fibromes sous muqueux ou Polypes fibreux accouchés par le col en contact du milieu vaginal :

Dans ce cas l'infection se manifeste par les signes suivants :

- la fièvre ;
- une altération de l'état général ;
- une hyperleucocytose ;

- une leucorrhée malodorante ;
- une douleur expulsive

Au spéculum, on perçoit une masse brunâtre ramollie et friable pouvant faire évoquer un cancer.

La nécrobiose septique d'un fibrome intra mural ou sous-séreux :

Elle survient après une nécrobiose aseptique. Due à une pullulation de germes microbiens.

b. La gangrène utérine :

Survient à la suite de prolifération de germes anaérobies. On retrouve les signes suivants :

- Crépitation à la palpation
- Altération rapide de l'état général

c. L'endométrite :

Elle est due aux staphylocoques, aux streptocoques, aux colibacilles, aux chlamydiae d'origine exogène et endogène. Elle se manifeste par :

- la fièvre ;
- une vitesse de sédimentation accélérée
- une leucorrhée abondante
- une douleur pelvienne

d. La salpingite :

On rencontre les formes hémorragiques qui sont caractérisées par les signes suivants :

- Les métrorragies accompagnées de douleurs pelviennes bilatérales, spontanées ou provoquées.
- Épisodes fébriles
- Une VS accélérée
- Une hyperleucocytose

3 - Les complications mécaniques :

Elles sont dominées par la compression des organes de voisinage. Il s'agit entre autre de :

- Compression urétérale qui est le fait des fibromes inclus dans le ligament large. En réalité il s'agit plus d'un étirement de ce conduit que d'une compression vraie.
- Compression vésicale due généralement au fibrome à localisation isthmique. Le retentissement de cette complication peut se traduire par la pollakiurie, avec ou sans dysurie voir une rétention aiguë d'urine.
- Compression rectale, peu fréquente, responsable d'une constipation chronique.

4 - Les complications vasculaires :

L'œdème : On le soupçonne devant une augmentation de volume du fibrome qui devient mou et sensible. Le diagnostic est porté au moment où l'on coupe la pièce devant son aspect ramolli et jaunâtre.

La nécrobiose aseptique : Favorisée par la pauvreté de la vascularisation du fibrome, survient surtout au cours de la grossesse. Elle peut être parcellaire, évoluant vers la calcification, ou massive. Cliniquement il s'agit de crises douloureuses à l'occasion desquelles surviennent des métrorragies plus ou moins abondantes. Une atteinte de l'état général peut s'observer, se traduisant par de discrets signes de sub-ictère et une hyperthermie à 38°.

B. Les complications obstétricales :

Elles sont relativement rares, car l'association de fibrome et grossesse est peu fréquente et le fibrome peut être cause de stérilité :

Soit par sa présence qui rétrécit la cavité utérine,

Soit par les modifications de l'endomètre qui risquent de s'opposer à la nidation de l'œuf fécondé.

1. Au cours de la grossesse le retentissement est double : Sur le fibrome qui risque :

- L'hypertrophie,
- La nécrobiose aseptique,
- La torsion.

Sur la grossesse qui est menacée par :

- Une insertion vicieuse du placenta,
- Une présentation anormale,
- L'avortement qui est généralement grave et hémorragique.

2. Au cours du travail les complications varient avec la topographie du fibrome :

Le fibrome corporeal entraîne une inertie utérine. Le fibrome du segment inférieur risque de devenir un obstacle prævia obligeant à pratiquer une césarienne.

3. Dans le post-partum :

Les complications sont surtout dominées par :

- L'inertie utérine,
- Les hémorragies de la délivrance,
- La torsion ou la suppuration du fibrome et surtout les phlébites,
- La nécrobiose aseptique.

C. Les dégénérescences :

Elles peuvent être bénignes, c'est la dégénérescence fibrokystique ; ou malignes, c'est la transformation en sarcome qui est exceptionnelle.

III₁₀- Aspects thérapeutiques du fibrome utérin :

Une fois le diagnostic établi avec certitude, le choix des moyens thérapeutiques s'impose. Ce choix est fonction de l'âge de la patiente, des lésions et du désir de la femme de garder ses activités génitales que sont les menstruations et la fécondité.

Moyens thérapeutiques : sont de 3 ordres

- L'abstention thérapeutique ;
- Le traitement médical ;
- Le traitement chirurgical.

1. L'abstention thérapeutique :

Elle doit être adaptée en cas de fibrome petit, muet, découvert à l'occasion d'un examen systématique.

Chez la femme en ménopause, on pense que le fibrome peut involuer s'il n'est pas volumineux, d'où la nécessité d'une abstention et d'une surveillance clinique et échographique.

2. Le traitement médical : [30,32, 43, 44]

a. Indications :

L'étiologie du fibrome étant mal connue, il n'y a pas de traitement étiologique, cependant l'hypothèse d'une origine oestrogénique des fibromes étant posée, les drogues ayant un effet anti-œstrogène seront utilisées, et les œstrogènes seront contre-indiqués. Ce qui sous entend que le traitement médical est essentiellement un traitement symptomatique des ménorragies,

- Il sera réservé aux myomes entraînant des ménorragies, dont le diagnostic est certain, de petit ou de moyen volume, ne donnant pas d'autres complications que les hémorragies.
- Il associe des progestatifs, des utero toniques et des hémostatiques.
- Les androgènes sont rarement utilisés.
- Les associations d'oestroprogestatifs sont à proscrire, car elles augmentent le volume du fibrome et favorisent la nécrobiose aseptique.
- Les progestatifs, sont donc le traitement de choix. Il n'y a pas de preuve de leur action sur le myome lui même, par contre ils agissent sur l'endomètre qui est le siège d'une hyperplasie.

Les produits les plus couramment utilisés sont :

- Acétate de Norethisterone : PRIMOLUT-NOR ® comprimés à 10 mg

- Lynestrérol : ORGAMETRIL® comprimé à 5 mg
- Norethisterone : NORLUTEN® comprimé à 5 mg
- Diacétate d'éthinodiol : LUTOMETRODIOL® comprimé à 2 mg
- Demegestone : LUTINEX® comprimé à 0,5 mg

b. Modalités du traitement médical :

Dans les ménorragies de moyenne abondance :

Si la femme n'a pas de problème contraceptif, un traitement de 2 comprimés de progestatif du 15^e au 25^e jour du cycle peut être suffisant,

Si la femme saigne au milieu du cycle ou si les règles reviennent avant le 20^e jour, il faut accroître la prise, du 10^e au 25^e jour du cycle.

Si la femme souhaite une contraception on précisera le traitement du 5^e au 25^e jour du cycle.

Il faut arrêter le traitement :

Si la femme est en période pré-ménopausique et voit ses règles disparaître sous traitement, celui-ci sera arrêté 4 à 6 mois après la disparition des règles.

Si la femme est réglée, le traitement pourra être poursuivi 2 ou 3 ans jusqu'à la ménopause s'il est bien supporté. Souvent une reprise des hémorragies malgré le traitement et l'augmentation des doses obligera à l'intervention.

Dans les ménorragies importantes :

Le traitement progestatif seul peut être insuffisant, il est alors utile d'injecter des œstrogènes en tout début de traitement, puis de poursuivre avec les progestatifs, des utéro-toniques dérivés de l'ergot de seigle, des agrégats plaquettaires et bien sûr des transfusions.

Les analogues de la LH-RH (Decapeptyl) pourront être utilisés

c. Surveillance du traitement médical :

Elle sera faite par des examens cliniques tous les 3 mois pour juger l'effet thérapeutique sur le volume des règles (nombre de garnitures) et sur la NFS ; le toucher vaginal appréciera l'éventuelle augmentation de volume des myomes.

3. Traitement chirurgical du Fibrome utérin :

Deux grands types d'intervention sont possibles : il s'agit de la chirurgie conservatrice (myomectomie) et de la chirurgie radicale (hystérectomie) qui peut être totale ou subtotale.

3 -1. La chirurgie conservatrice : [2,22, 34,36, 37,48, 50]

Indications :

Le traitement chirurgical conservateur est réservé aux fibromes symptomatiques chez les patientes désireuses de conserver une fertilité ultérieure. Les principales indications sont :

- Les myomes sous séreux pédiculés tordus ou en nécrobiose responsables de douleurs pelviennes
- Les myomes comprimant les organes de voisinage.
- Les utérus myomateux, volumineux responsables de pesanteur pelvienne
- Les utérus myomateux, responsables de ménométrorragies rebelles au traitement progestatif.

Technique de la myomectomie :

Il y a 3 voies d'abord :

- La voie abdominale
- La voie vaginale.
- La voie coelioscopique

a) La myomectomie par voie abdominale :

Choix de l'incision :

La patiente étant en décubitus dorsal une sonde à ballonnet est placée dans la vessie.

Un examen sous anesthésie générale en début d'intervention permet de choisir le type d'incision.

Dans la grande majorité des cas on choisira l'incision de Pfannenstiel. L'incision médiane ne se justifie que si la patiente en a déjà eu une ou si l'on prévoit une intervention difficile du fait d'adhérences anciennes ou de l'obésité

Technique :

La technique diffère selon que le fibrome est sous séreux interstitiel ou sous muqueux.

□ Fibrome sous séreux :

Le fibrome sous séreux pédiculé est le plus facile à enlever. Les incisions du péritoine et du pédicule sont faites un à deux centimètres au dessus de façon à favoriser la péritonisation après hémostase du pédicule.

Le fibrome sous séreux sessile. C'est aussi un cas facile. On incise le péritoine sur le dôme saillant du fibrome et si possible sur la ligne médiane peu vascularisée de l'utérus. Avec la pointe des ciseaux on clive le péritoine sur le myome.

Un fil (acide polyglycolique serti 3,5) peut être passé dans le myome pour servir de tracteur ; on tire de la main gauche sur le fil, puis on clive le fibrome du myomètre en ouvrant la pointe des ciseaux. On découvre alors les vaisseaux nourriciers du myome qui sont pincés avec une ou plusieurs pinces de Leriche. Après section, l'hémostase est faite avec du fil (acide polyglycolique serti D3) si besoin. Puis le péritoine et la partie superficielle du myomètre sont suturés avec du fil fin (Ethicon monocrin 5.0)

□ Fibrome interstitiel :

L'incision du myomètre est faite dans la zone avasculaire sagittale de l'utérus avec un bistouri froid et ceci jusqu'au fibrome que l'on reconnaît à ses fibres plus blanches et enchevêtrées que le myomètre normal. On trouve alors, facilement le plan de clivage qui existe toujours entre le myomètre et le myome. Ce plan est suivi par les ciseaux que l'on ouvre. Si l'on ne parvient pas au contact du myome on risque de créer un faux plan dans le myomètre et de fragiliser ainsi l'utérus plus qu'il n'est nécessaire.

Le myome étant mis à nu et le plan de clivage trouvé, on passe du fil acide polyglycolique serti D 3,5 dans le myome pour servir de fil tracteur. On tire

alors sur le fil de la main gauche et avec la pointe des ciseaux de Metzelbaum, on clive le myome qui s'énuclé assez facilement du myomètre

Les vaisseaux nourriciers du fibrome se tendent et sont pincés avec des pinces de Leriche avant d'être sectionnés et liés.

La cavité dans laquelle se trouvait le myome est refermée avec des points en X fait du fil acide polyglycolique serti D 3,5 de façon à reconstituer une paroi musculaire la plus solide et épaisse possible.

Plusieurs points en plusieurs plans sont souvent nécessaires si le fibrome est volumineux en évitant de laisser un espace mort pouvant être source d'hématome et d'infection.

□ **Fibrome sous muqueux :**

La voie abdominale ne se justifie que si le fibrome est inaccessible par hystérocopie c'est à dire de diamètre supérieur à 3 cm ou sessile ou encore associé à d'autres myomes qui ne peuvent être enlevés que par voie abdominale. C'est l'hystérocopie affichée en salle d'opération qui guide l'incision. On examine soigneusement le profil pour voir où se trouve l'insertion du myome. L'incision est en général faite sur la ligne médiane peu vascularisée, antérieure si le fibrome est inséré sur la face antérieure et postérieure dans le cas inverse.

Comme précédemment, on incise jusqu'au myome dans lequel on fixe un fil tracteur pour faciliter l'énucléation. Dès que l'on arrive au voisinage de l'endomètre, la dissection devient prudente pour refouler l'endomètre avec soin. Toute fois, l'ouverture de la cavité est parfois inéluctable si le myome bombe largement dans la cavité.

□ **Fibrome dans le ligament large :**

L'énucléation est rendue plus complexe par la présence d'éléments nobles : uretère, vessie, pédicule utérin.

On ouvre le ligament large en sectionnant si besoin le ligament rond entre deux ligatures. On repère alors les vaisseaux utérins qui sont refoulés en avant ou en arrière du myome ; l'uretère est recherché et il est parfois nécessaire d'inciser le

péritoine le long du lombo-ovarien pour le trouver contre le péritoine enjambant les vaisseaux iliaques primitifs ; il est alors mis sur un lac et disséqué sur tout son trajet. On rencontre en descendant vers la vessie les vaisseaux utérins qui le croisent et que l'on peut lier si besoin à distance de l'uretère. Parfois, l'artère utérine est sous le fibrome et une traction manuelle ou avec une pince est nécessaire pour la dégager et la lier contre l'utérus.

Le plan de clivage le long du fibrome est en général trouvé assez facilement à condition de rester bien contre le myome et de lier au fur et à mesure les vaisseaux qui vont au myome en gardant toujours un « œil » sur l'uretère.

b) La myomectomie vaginale :

Elle est réservée à des formes anatomiques particulières.

Polype fibreux de petit volume accouché par le col : découvert dès la mise en place d'un spéculum, le polype est saisi par une pince à laquelle on imprime des mouvements de torsion successifs assurant la rupture du pédicule à sa base et son hémostase : c'est le « bistournage ».

Certains fibromes sous muqueux solitaires et bas situés peuvent être abordés par hystérectomie vaginale après décollement vésical et colpotomie antérieure. Ils sont alors enuclés et la poche capitonnée.

c) Les suites opératoires :

Les multiples études faites dans ce domaine montrent bien que la myomectomie ne comporte pas plus de risque que l'hystérectomie.

□ Mortalité de la myomectomie :

En 1945, Cotte et Pollosson donnent le pourcentage de 0,79% avec 2 décès pour 251 myomectomies dont l'une par péritonite, l'autre par occlusion.

En 1962 Mathieu et Mousselon [36] ne déplorent sur 94 myomectomies qu'un décès par choc non hémorragique chez une endocrinienne et regrettent plus le geste opératoire que le choix entre myomectomie et hystérectomie.

En 1964, Laurent perd deux malades sur 300 cas, soit 0,66% dont l'une par septicémie. [48]

□ **Morbidité :**

L'hémorragie constitue la principale complication de cette chirurgie.

L'hémorragie intra péritonéale après capitonnage soigneux de la loge est aussi exceptionnelle que le lâchage d'une artère utérine après hystérectomie. Le risque thromboembolique a longtemps été redouté car, malgré l'existence d'un plan de clivage avasculaire autour du myome, la blessure de gros sinus circulant à la surface du myome est possible : la circulation veineuse est ouverte, avec son risque de thrombose extensive aux veines pelviennes expliquant la constitution de phlébites et embolies.

Le lever précoce, les anticoagulants prescrits la veille l'antibiothérapie et la restauration de la masse sanguine sont autant de précautions permettant le libre parcours du flux veineux. Bien que rares, les occlusions intestinales par brides existent, constituées au contact de la cicatrice suintante et déclive de la myomectomie sont bien un des dangers propres de ce type d'intervention.

Roman sur 146 cas rapporte 1,37%, mais le soin apporté à une péritonisation correcte évite le plus souvent cet incident.

Laurent en 1964, n'a retenu qu'un cas d'occlusion sur 300 myomectomies soit 0,33%. [47]

Par contre la formation d'hématomes intra-utérins au niveau du foyer malgré une hémostase soigneuse est reconnue par tous. Elle explique les suites un peu fébriles liées à la résorption sanguine obligeant à prolonger l'hospitalisation par rapport à l'hystérectomie.

Les synéchies utérines sont rares, liées à l'ouverture de la cavité utérine et à l'ablation d'une partie de l'endomètre qui part avec le myome.

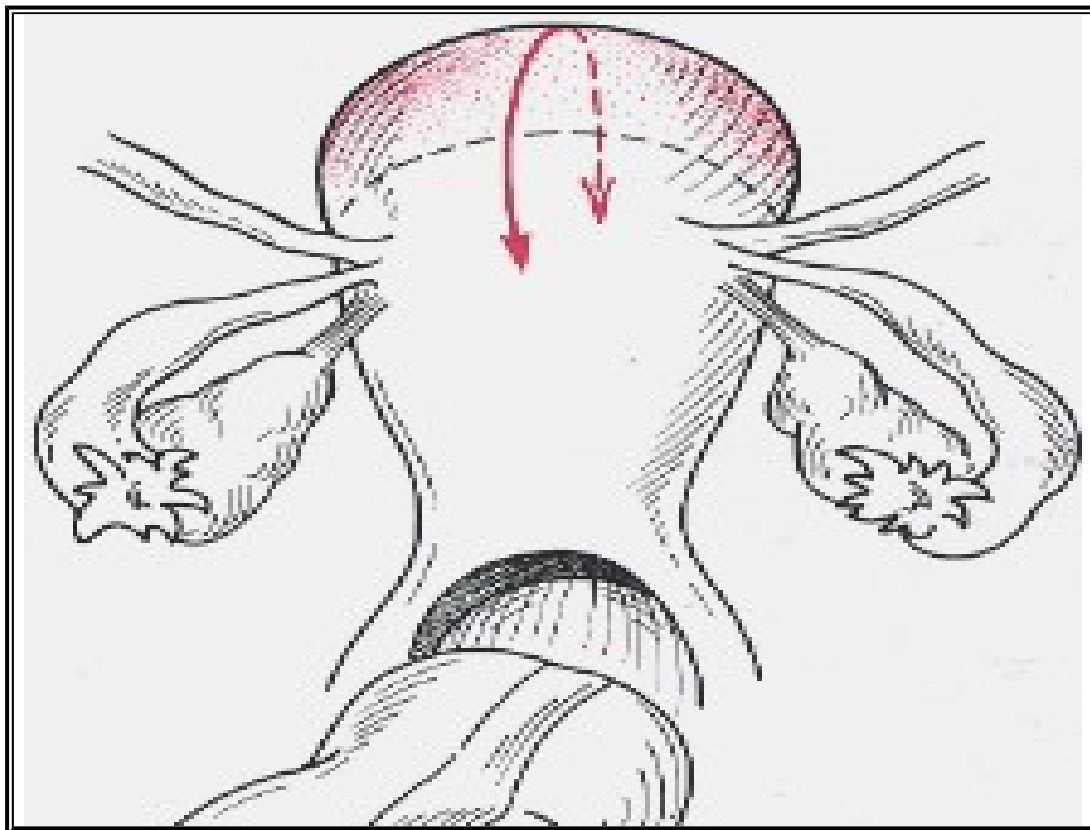
Le traitement hystéroscopique précoce, éventuellement associé à une coelioscopie pour éviter les perforations par fausse route sera pratiqué le plus tôt possible après le diagnostic.

Les adhérences sont très fréquentes surtout si l'incision a été faite à la face postérieure de l'utérus (95 % des cas contre 55% si l'incision porte sur le fond ou la face antérieure). [49]

Elles peuvent être cause d'occlusion (0,3%) ou surtout de stérilité par adhérences peritubo-ovariennes nécessitant, en absence de grossesse, une coelioscopie avec éventuelle adhésiolyse.

Les récurrences :

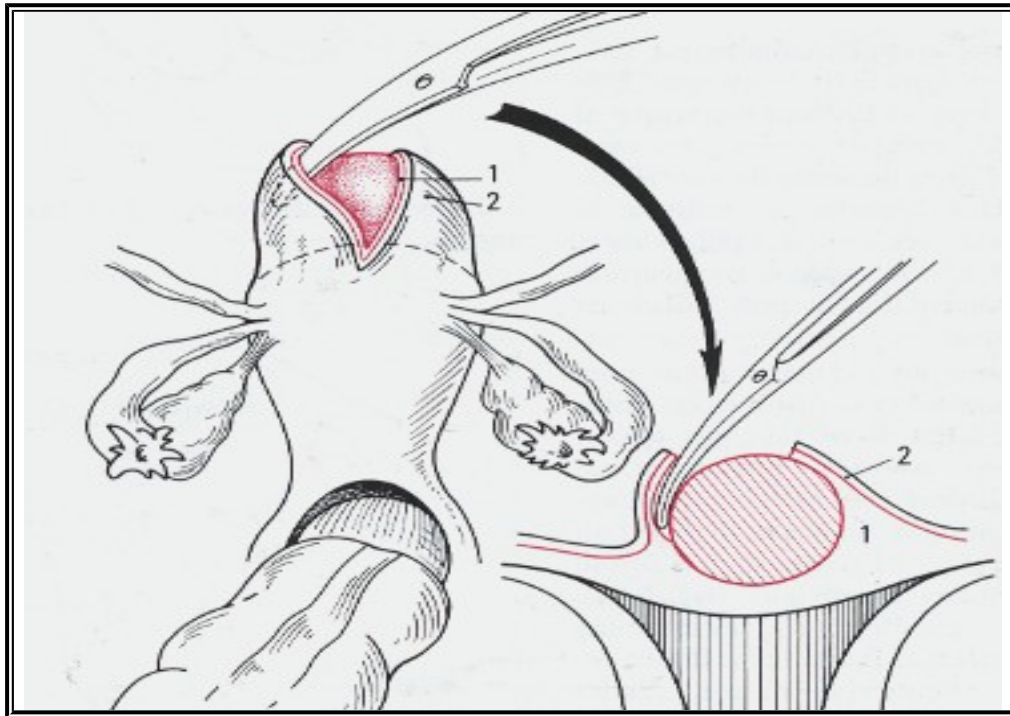
A moyen terme, la principale complication reste la récurrence. Le pourcentage varie de 4 à 59% surtout s'il y a eu des myomectomies multiples et si la femme est jeune [36]. A 5 ans une femme sur deux aura récidivé (Fedelé 1995).



A Crânial

Gauche

Fig.7.A : Myomectomie d'un myome interstitiel d'après Lansac .J, Body .G et Magnin. G [34]:



B

Tracé de l'incision sur le myome dans l'axe sagittal de l'utérus.

Crânial



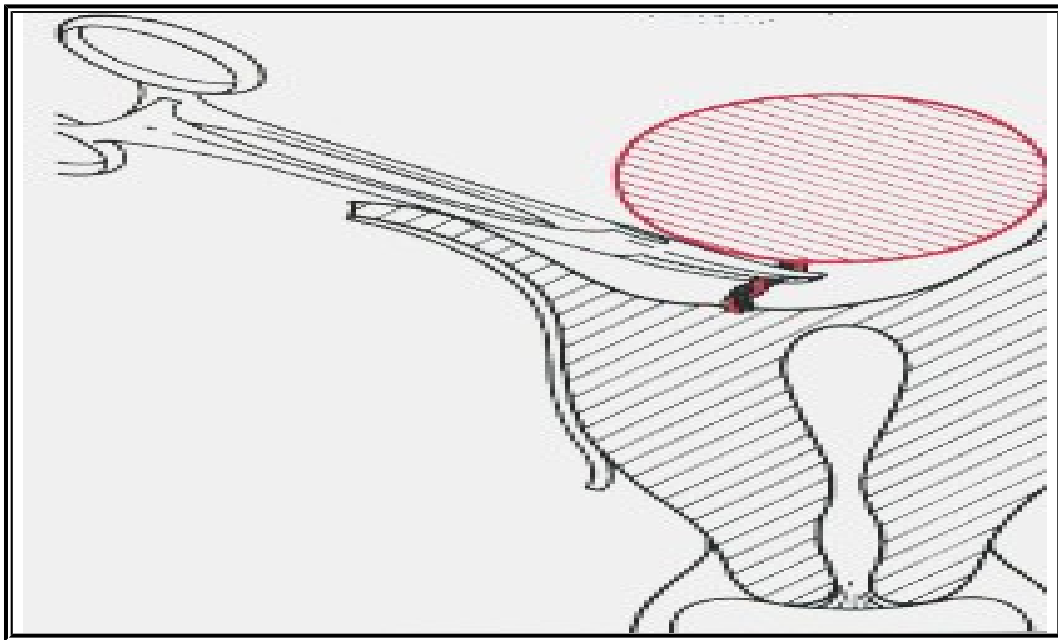
Gauche



Fig. 7. B : Découverte aux ciseaux du plan de clivage entre le myomètre et le myome d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [34]:

1 : myomètre

2 : Péritoine viscéral



C Crânial

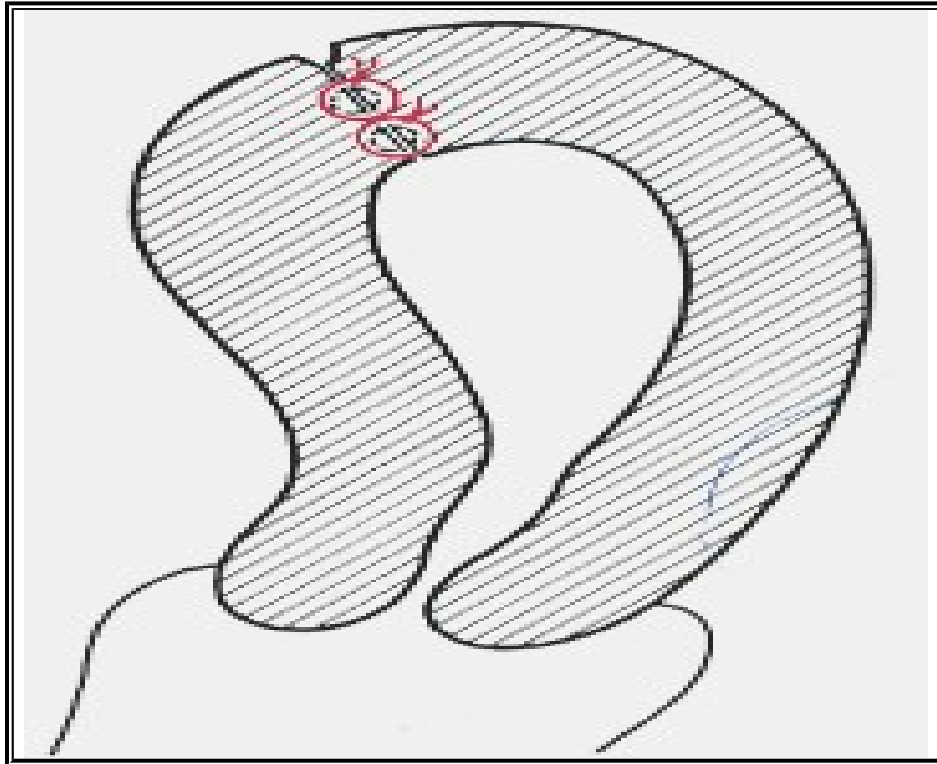


Gauche



Fig.7.C : Myomectomie d'un myome interstitiel d'après Lansac. J, Body. G et Magnin. G [34]:

Traction sur le myome par un fil tracteur de façon à bien dégager les vaisseaux nourriciers du myome qu'il faut lier.



D

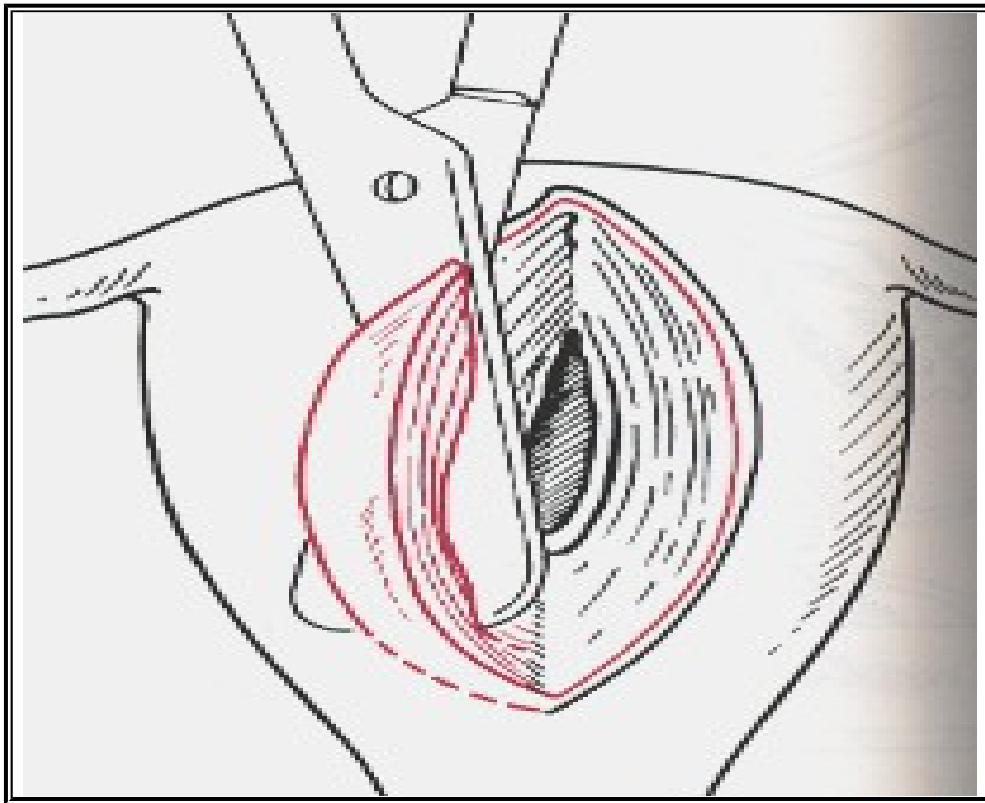
Crânial



Gauche



Fig.7.D : Hémostase des vaisseaux nourriciers du myome d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [34]



F

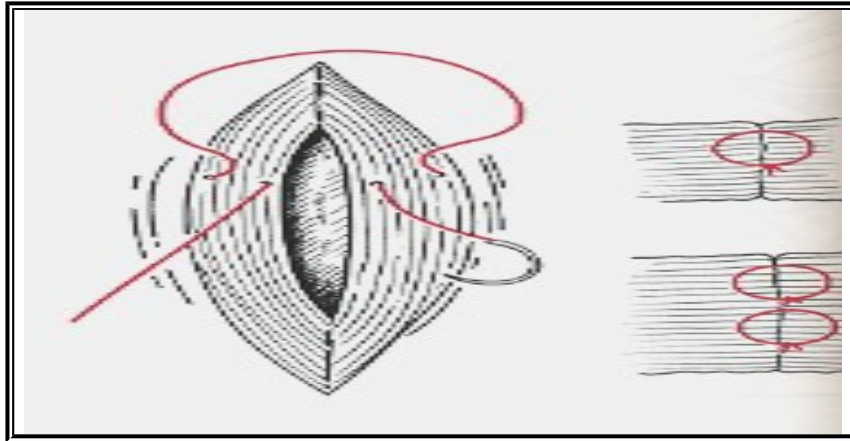
Crânial



Gauche



Fig.7.F: Résection du myomètre en excès d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [34].



G

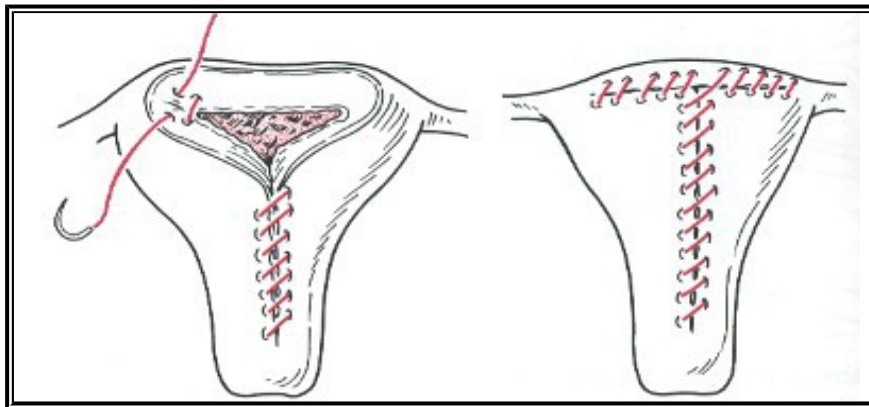
Crânial



Gauche



Fig.7.G: Capitonnage de la cavité par des points inversants d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [34].



H

Crânial



Gauche



Fig.7.H : Fermeture en T de la face postérieure de l'utérus d'après Lansac.J, Body.G et Magnin.G [34].

c) La myomectomie par voie coelioscopique : [13, 20]

Indication :

Les progrès récents réalisés en matière de coeliochirurgie permettent d'affirmer que sous réserve d'une formation spécifique en endoscopie opératoire, les myomectomies sont réalisables par voie coelioscopique. Il s'agit cependant d'interventions difficiles qui exigent la maîtrise des sutures per coelioscopiques. Cette voie coelioscopique est réservée aux myomes sous muqueux et/ou interstitiels de taille inférieure à 4 cm et de nombre inférieur à 3.

Technique opératoire :

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale, avec intubation endotrachéale en utilisant le matériel classique de coeliochirurgie (un insufflateur à régulation automatique, une optique à vision axiale panoramique, un système de lavage, un moniteur, une camera vidéo et la boîte standard d'instruments de coeliochirurgie).

Plus spécifiquement pour cette intervention sont utiles le matériel de section coagulation (monopolaire, bipolaire, haute fréquence), le matériel de suture endoscopique, ainsi que l'instrumentation nécessaire pour effectuer une colpotomie postérieure.

Une préparation digestive est systématiquement effectuée, ce qui permet de refouler plus aisément les anses digestives au dessus du promontoire pour avoir accès facilement au cul-de-sac de DOUGLAS et opérer dans de meilleures conditions, une sonde urinaire est laissée à demeure pendant tout le temps de l'intervention. La canulation de l'utérus, systématique, contribue à l'exposition des myomes.

Trois voies suspubiennes sont nécessaires, la position des trocarts suspubiens est déterminée après un premier temps d'inspection coelioscopique en fonction de la taille et de la localisation des myomes. L'intervention se déroule en trois temps principaux :

□ **La myomectomie :**

La technique est différente selon la localisation du myome.

○ **Myomes pédiculés :**

Le pédicule du myome est coagulé avec la bipolaire puis sectionné avec les ciseaux coelioscopiques. Dans ce cas, il n'existe pas d'effraction de la paroi utérine et aucune suture n'est nécessaire, la repéritonisation se fera spontanément.

○ **Les myomes sous-séreux et les myomes intra muraux :**

L'incision, effectuée avec le crochet ou l'électrode monopolaire, est réalisée verticalement au niveau de la convexité de l'utérus déformé par le myome sous-jacent. L'incision se poursuit jusqu'au plan de la pseudo capsule, facilement reconnaissable par sa couleur blanc nacré.

Une fois ce plan repéré, commence l'énucléation du myome. On fait la dissection en restant dans le plan de la pseudo capsule et en faisant de proche en proche l'hémostase de tous les vaisseaux avec la bipolaire. L'exposition du plan de clivage est assurée par traction divergente de deux grip pinces placées l'une sur le myome et l'autre sur la berge utérine. La traction sur le myome est assurée par une pince de gros calibre (pince de Semm) introduite par le trocart sus-pubien médian de 10 mm. Au fur et à mesure de la dissection, la position de ces pinces doit être modifiée. Une fois la dissection terminée, la loge utérine est lavée abondamment avec du sérum chaud à 45° et si nécessaire, des hémostases complémentaires à la bipolaire sont réalisées. Le point essentiel de ce temps opératoire est de toujours effectuer très scrupuleusement de proche en proche les hémostases afin de ne jamais se laisser déborder par le saignement.

Pour les myomes sous-séreux et les myomes intra-muraux de plus de 2 cm, on suture l'utérus, le plus souvent en un plan neuromusculaire.

Différentes techniques peuvent être utilisées: surjet séro-musculaire qui est la technique la plus simple et la plus rapide, points séparés noués en intra-

péritonéal ou points séparés noués en extracorporel puis descendus à l'aide d'un pousse-nœud.

□ **L'extraction du myome :**

En cas de myomes de petit volume (maximum 3 cm), l'extraction peut se faire, avec ou sans morcellement, par voie sus-pubienne, en élargissant légèrement l'orifice du trocart médian. Cependant en cas de myome plus volumineux (4 cm ou plus), on fait recours systématiquement à la colpotomie postérieure ou au morcellement.

3- 2. La chirurgie radicale : [29,34]

Indications des hystérectomies :

- Fibromes volumineux déformant l'abdomen nécessitant une hystérectomie totale inter-annexielle avec conservation des ovaires s'ils sont bons.
- Gros fibromes chez les femmes pré ménopausiques ou en ménopause avec lésion annexielle, l'hystérectomie s'impose surtout quand le col porte une lésion suspecte.
- Fibromes sous muqueux saignant accompagnés d'anémie sévère chez une femme âgée.
- Fibromes intra ligamentaires ou enclavés dans le Douglas ou dans les lésions de myomatoses multiples.

a) Hystérectomie totale par voie abdominale :

Consiste à enlever tout l'utérus, la conservation des annexes dépend de leur état anatomique.

Technique :

La patiente mise en position horizontale, tête en bas pour dégager la cavité pelvienne des anses intestinales.

A l'ouverture du ventre, aidé des écarteurs, on procède à une exploration soigneuse de tous les organes pelviens pour les individualiser. L'utérus est saisi par un hystérolabe ou une pince de POZZI. On procède de la façon suivante :

Annexes sacrifiées :

□ La ligature du pédicule lombo-ovarien ou infundibulo-ovarien :

Elle peut nécessiter le clivage de la racine du méso colon pelvien et même un petit décollement colo-pariétal. Il faut identifier les uretères sous le péritoine.

□ **La section du pédicule** : elle se fait entre la ligature et une pince de Kocher servant de repère.

□ **La section du feuillet antérieur du ligament large** : se fait aux ciseaux jusqu'au ligament rond.

□ **La section du ligament rond** : effectuée entre la ligature et une forte pince qui prend toute l'annexe au ras de la corne utérine.

Annexes conservées :

□ **La ligature en masse de l'annexe** : à l'aide d'une aiguille perforant le ligament large en dehors des vaisseaux d'avant en arrière on ramène un fil solide (acide poly glycolique serti 1) qui étreint le ligament rond, la trompe et le ligament utéro-ovarien.

□ **Section de l'annexe** : ce gros moignon doit être taillé curviligne au dépens de la corne utérine.

□ **Section du péritoine vésico-utérin** : les ciseaux sont introduits fermés sous le péritoine qui prolonge en avant de l'utérus le feuillet antérieur du ligament large. L'ouverture des ciseaux élève l'espace vésico-utérin. Il faut se méfier, le péritoine adhère à l'utérus et ne doit être élevé que dans la zone décollable. Pour l'identifier, on met en tension la vessie et on sectionne à quelques millimètres au dessus de la zone adhérente à l'utérus. La section est abandonnée sur la ligne médiane. Répétition des mêmes manœuvres de l'autre côté : à ce moment le péritoine est ouvert en avant d'un ligament rond à l'autre, en arrière d'un moignon annexiel ou utero ovarien.

□ **Incision du fascia péri vaginal** : de la main gauche disposée derrière le col, on fait saillir celui-ci en le soulevant vers le haut. Au bistouri, on incise sur la

ligne médiane un peu sur le vagin davantage sur le col le tissu cellulaire condensé sur une épaisseur de 2 mm.

□ **Clivage du fascia** : aux ciseaux courbes, on amorce latéralement le clivage vertical entre le fascia et le dôme vaginal. Il n'est pas utile de dépasser une profondeur de 15 mm. Après cette amorce de clivage, on crée dans le fascia une brèche effilée aux 2 extrémités.

□ **Ligature de l'artère utérine** : le dissecteur coudé est engagé dans le plan de clivage et contourne le col toujours soulevé par la main gauche. L'extrémité du dissecteur coudé poussé fermement ressort près de la face postérieure du col et ramène le fil qui peut être un lien solide ou de l'acide polyglycolique serti 1. On ligature solidement l'artère utérine. On pratique une section franche de toute l'épaisseur du tissu au dessus de la ligature jusqu'au bord latéral du col.

Le fascia ouvert a maintenant la forme d'une ogive à sommet vaginal et dont chacun se termine au pédicule utérin lié.

□ **La ligature des vaisseaux cervicaux et cervico-vaginaux** : terminée, on passera les ligatures du dissecteur coudé sans force pressive préalable. Le dissecteur s'engage sous le fascia, isole un petit pédicule 6 à 8 mm d'épaisseur de tissus en contournant le col, ressort en arrière, ramène le fil qui est très serré solidement. La section du pédicule doit se faire au bistouri. La même manœuvre est faite de l'autre côté au même niveau. Il faut que l'utérus monte bien symétriquement à mesure que sont sectionnés les vaisseaux.

□ **La ligature et la section de l'utero sacré** : au bistouri on le sectionne en ménageant la ligature. On répète la même manœuvre de l'autre côté. La section du péritoine recto-vaginal : on la complète si nécessaire, après la section des utero-sacrés. On clive les adhérences du rectum et on ouvre l'espace cellulaire recto-vaginal.

□ **La suite de la ligature des vaisseaux latéraux** : après la section des utero-sacrés le col monte facilement. On le palpe d'avant en arrière pour lier les

vaisseaux latéraux jusqu'à l'insertion vaginale. On arrive au cul de sac latéral du vagin qui est souvent ouvert lors de la section du pédicule inférieur.

□ **La section antérieure du vagin** : au bistouri, le col est saisi dans une pince de ciseaux et attiré en haut et en arrière. On désinfecte le col et le vagin avec un produit iodé.

□ **La section postérieure du vagin** : sous contrôle de la vue au dessus des moignons de ligature, on sectionne le vagin. A ce moment on peut poser un drain en cas de saignement.

□ **Péritonisation** : réalisée selon certains auteurs au fil résorbable de droite à gauche de l'aide vers l'opérateur. Elle comporte le rapprochement des berges de section antérieure et postérieure du péritoine enfouissant soigneusement le ligament lombo-ovarien droit puis le ligament rond droit sur la partie médiane. On peut éventuellement solidariser cette péritonisation avec la tranche vaginale dans le but d'éviter les espaces morts. Enfin on enfouit le ligament rond gauche ainsi que le ligament lombo-ovarien gauche.

b) Hystérectomie subtotale ou supra vaginale par voie abdominale:

Les premiers temps sont les mêmes que l'hystérectomie totale à savoir

□ la ligature du pédicule lombo-ovarien et la section du pédicule en cas d'annexes sacrifiées,

□ la section du feuillet antérieur du ligament large,

□ la ligature du ligament rond,

□ la ligature en masse de l'annexe et sa section dans le cas des annexes conservées,

□ l'ouverture du ligament large et l'ouverture du péritoine.

Le deuxième temps est constitué par :

□ **Séparation vesico-utérine** :

L'aide soulevant les 2 ligaments ronds, on saisit le péritoine vésical devant l'utérus dans une pince de Duval ; celle-ci attire la vessie en haut.

De l'extrémité des ciseaux courbes, on repousse avec respect la vessie en la clivant un peu de la face antérieure du col jusqu'au dessous de la section du col.

□ **Repérage au niveau de la section du col :**

Il faut palper le col entre le pouce en avant de lui et les autres doigts en arrière.

□ **Ligature du pédicule utérin :**

Au niveau de la future zone de section du col une aiguille courbe menée d'avant en arrière pique le bord latéral du col utérin, ressort dans la fosse pelvienne, ramène le fil (catgut chromé numéro 2) qui est serré, lié, coupé à 5 mm du dernier nœud.

□ **Ligature du second pédicule utérin :**

On sectionne le col au bistouri, en commençant par une artère utérine puis le col et après l'autre artère utérine. Cette section devrait si on pouvait le faire tailler un léger dièdre aux dépens de col.

L'utérus est enlevé, une pince POZZI saisit le col en pleine face antérieure, au dessus de la tranche de section. Il faut éviter l'évidement du col. On vérifie la sécurité de l'hémostase.

□ **Fermeture du col :**

Nécessite de mettre 3 points : un médian, 2 latéraux au catgut chromé très sensible.

□ **Péritonisation :**

Elle se fait de la même façon que dans l'hystérectomie totale.

Avantages de l'hystérectomie totale :

Intervention mutilante entraînant une ménopause artificielle. Evite la survenue du néo du col ou de l'utérus.

Evite l'existence d'endo-exo-cervicites, des lésions dysmorphiques ou infectieuses incurables au traitement local.

Inconvénients :

Dyspareunie

Cicatrices douloureuses au fond du vagin

Atrésie vaginale et un prolapsus

Lésion des viscères surtout la section de l'uretère ou la vessie.

Avantages de l'hystérectomie subtotale :

La facilité d'exécution et la rapidité militent en sa faveur.

Inconvénients de l'hystérectomie subtotale :

Le cancer du col ;

Les exo cervicites et

Les métrorragies.

X₁₁Autres traitements :

a- La myolyse ou électrocoagulation des fibromes utérins par laparoscopie :

C'est une nouvelle procédure développée il y a quelques années par les gynécologues de New York. Elle consiste à amener le courant électrique à travers de longues électrodes bipolaires séparées l'une de l'autre par une distance de 5 mm.

L'instrument est introduit à l'intérieur de l'abdomen par des petits tubes. Ces électrodes piquent les fibromes et le courant active la destruction sélective du tissu au voisinage des électrodes. Cette procédure est répétée à une trentaine de reprises selon différents angles. Il se produit une dégradation des fibres musculaires du fibrome, une dénaturation des protéines et une destruction de la vascularisation. Il s'ensuit une diminution substantielle du volume des fibres utérines.

Selon les auteurs, le séjour hospitalier faisant suite à cette procédure est de moins de 24 heures et la convalescence de moins de 5 jours et il n'y a pas eu de complications rapportées. Cette myolyse est très efficace surtout pour le traitement des fibromes sous-séreux et intra-muraux de moins de 10 cm, qui se trouvent d'abord réduit de 50 % par une préparation aux analogues de Gn-Rh, puis de nouveau de 50% par électrocoagulation par laparoscopie.

Elle est réservée aux patientes ayant renoncé à toute grossesse, et a l'avantage de l'utérus en place et de ne pas perturber la fonction sexuelle ou hormonale.

b - L'embolisation artérielle du fibrome utérin : [40]

Initialement développée pour des cancers inopérables ou de graves hémorragies de l'accouchement, l'embolisation utérine présente de nombreux avantages. Elle permet d'éviter l'ablation de l'utérus, de conserver les cycles hormonaux et la convalescence est plus courte.

Technique mise au point au début des années 1990 par les équipes de gynécologie et de radiologie de l'hôpital Lariboisière de Paris ; il s'agit, sous anesthésie locale, d'introduire un cathéter très fin dans l'artère fémorale et ceci jusqu'aux artères de l'utérus. A partir de là, une injection de billes microscopiques est effectuée, ce qui entraîne l'obturation des vaisseaux de l'utérus, provoquant du même coup l'asphyxie de la tumeur en question c'est à dire du myofibrome.

Le processus s'explique très clairement, en fait on crée une sorte d'infarctus, autrement dit une destruction de certains tissus de l'utérus en privant ceux-ci de sang et consécutivement d'oxygène.

L'hémorragie du même coup est stoppée et l'on voit avec surprise diminuer le volume de la tumeur qui laisse derrière elle une simple cicatrice.

METHODOLOGIE

A. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

a. Historique de l'hôpital Fousseyni Daou :

L'Hôpital de Kayes est une des plus anciennes structures sanitaires situées à Kayes Plateau contigu à la gare ferroviaire de Kayes. Il a été créé en 1883 par les militaires français. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal. Il devient Hôpital secondaire en 1959 puis est érigé en Hôpital régional en 1969. L'ensemble de l'établissement a été rénové en 1987 dans le cadre d'un accord d'Assistance Technique Sanitaire entre les gouvernements du Mali et de l'Italie. En 1991, il est baptisé Hôpital Fousseyni Daou du nom d'un de ses anciens Médecin Directeur.

Créé par la loi N°03-020 du 14 juillet 2003, et conformément aux dispositions de la loi N°02-050 du juillet 2002 portant la Loi Hospitalière, l'Hôpital Fousseyni Daou est érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH) placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé.

b. Le service de gynécologie- obstétrique

Le service occupe des locaux construits en 1883. Il se présente de la façon suivante :

Au rez de chaussée :

- Trois (3) salles d'hospitalisation à deux lits chacune,
- Une grande salle à six lits,
- Une salle d'accouchement et de soins des nouveau-nés comportant quatre tables d'accouchement et communiquant avec une salle d'attente,
- Une salle de consultation prénatale et d'information,
- Une salle de garde,

- Trois toilettes dont une pour le personnel.

A l'étage :

- Deux salles d'hospitalisation pour une capacité de dix lits,
- Une salle de pansement des malades opérées,
- Une salle des thésards faisant fonction d'interne,
- Une salle pour les consultations externes,
- Une salle pour les techniciens de surface,
- Trois toilettes dont une pour le personnel,

Le personnel se compose de :

- Trois médecins gynécologues obstétriciens dont le médecin directeur,
- Dix thésards faisant fonction d'interne en médecine
- Cinq sages femmes
- Quatre infirmières obstétriciennes,
- Une infirmière en santé publique,
- Cinq mâtresses et de trois techniciens de surface.

Les activités du service sont programmées comme suit :

- Trois jours de consultations externes,
- Trois jours de consultation prénatale,
- Deux jours d'échographie,
- Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,
- Un jour d'activités chirurgicales (jeudi) pour les patientes programmées

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée d'un médecin gynécologue, d'un anesthésiste, d'une sage femme ou une infirmière obstétricienne, une mâtresse, un technicien de surface et de deux étudiants faisant fonction d'interne.

Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et de gynécologie provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, des six autres cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

La journée commence à 8 heures par le compte rendu de la garde suivi de la visite des malades hospitalisées.

C. Le bloc opératoire :

Le bloc opératoire est composé de sept salles réparties comme suit:

- Le bureau du major ;
- Une salle de repos pour les chirurgiens ;
- Un bloc pour les interventions gynécologiques et obstétricales ;
- Un bloc pour les interventions urologiques ;
- Une salle de décontamination des matériels opératoires ;
- Un bloc pour les interventions traumatologiques;
- Une salle pour les techniciens de surface ;
- Une toilette pour le personnel ;
- Le service d'ORL dispose de son bloc opératoire ;

Le personnel se compose de :

- Trois techniciens supérieurs en anesthésie dont le major du bloc;
- Quatre techniciens de surface ;

B. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et transversale.

C. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009 soit 18 mois.

D. Population d'étude :

Elle était constituée par les patientes qui ont consulté au service de gynécologie de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes durant notre période d'étude.

E. Echantillonnage :

1. Critères d'inclusion : étaient incluses dans notre étude toutes les patientes chez qui le diagnostic clinique et para clinique de fibrome utérin était posé et dont la prise en charge a lieu dans le service.

2. Critères de non inclusion: N'ont pas été incluses de notre étude toutes les patientes admises dans notre service pour autres motifs.

F. Recueil des données :

Pour ce travail nous avons utilisé les registres de consultation, les dossiers de consultations et le registre de compte rendu opératoire du service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Une fiche d'enquête individuelle a été élaborée pour chaque patiente.

G Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels

-Microsoft Word 2007

-Microsoft Excel 2007 _

- Epi-info 6.0

- SPSS 12

H. Variables étudiées Les variables suivantes ont été étudiées : âge, profession, ethnie, antécédents, motif de consultation, les signes cliniques et para cliniques, les méthodes thérapeutiques.

I. Définitions opératoires

- **Gestité :** Nombre de grossesse.
 - Nulligeste : 0 grossesse.
 - Primigeste : Une grossesse ;
 - Paucigeste : 2 à 3 grossesses.
 - Multigeste : 4 à 5 grossesses ;
 - Grande multigeste : 6 accouchement et plus
- **Parité:** C'est le nombre d'accouchement chez la femme
 - Nullipare : 0 accouchement ;

- Primipare : 1 accouchement ;
 - Pauci pare : 2 à 3 accouchements ;
 - Multipare : 4 à 5 accouchements ;
 - Grande multipare : 6 accouchements et plus
- **Avortement** : C'est l'expulsion du produit de conception dont le poids est inférieur à 500g ou 22SA.
 - **L'avortement spontané** : L'avortement spontané survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale.
 - **L'avortement provoqué ou volontaire** : c'est une interruption volontaire d'un produit de conception avant 22SA par des médicaments ou des instruments.
 - **Stérilité** : Un couple est stérile (ou infertile) si aucune conception n'est survenue après 24 mois malgré des rapports sexuels complet, une vie conjugale régulière sans contraception.
 - **Stérilité primaire** : Est la stérilité chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse.
 - **Stérilité secondaire** : Il s'agit de la stérilité chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses.

RESULTATS

1. Fréquence :

Au cours de notre étude nous avons colligé 40 cas de fibromes sur une population de 4644 consultantes soit une fréquence de **0,86%**.

Tableau I: Activités chirurgicales gynécologiques par rapport à l'ensemble des activités chirurgicales de l'HFDK du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009.

Période	Activités chirurgicales du service de gynéco/Activités l'HFDK	Effectif absolu	Pourcentage
Janv. 2008- juin 2009	Interventions chirurgicales Service gynécologie-obstétrique	823	20,79
	Interventions chirurgicales Service ophtalmologie	2230	56,35
	Chirurgie générale	347	08,76
	Service urologie	485	12,25
	Service ORL	072	01,81
	Total (interventions chirurgicales HFDK)	3957	100

Tableau II : Répartition en fonction du type d'intervention dans le service de gynécologie obstétrique.

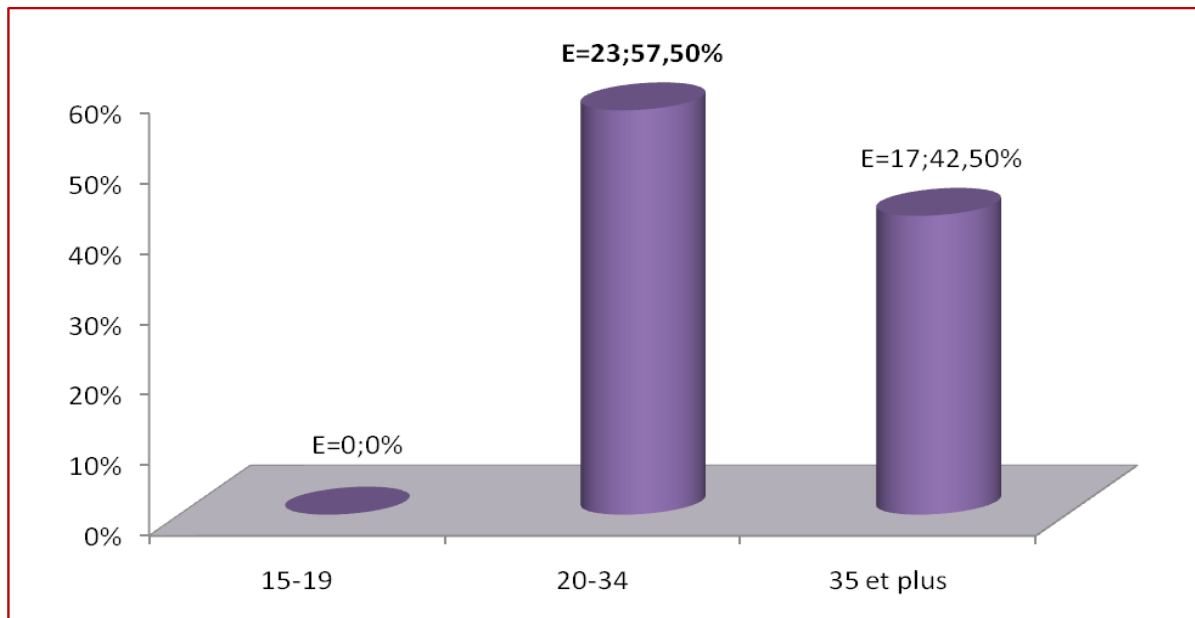
Période	Type d'intervention chirurgicale	Effectif absolu	Pourcentage		
Janv2008- juin 2009	Gynécologie	Myomectomie	23	120	14,58
		Autres interventions gynécologiques	97		
	Obstétrique	Césarienne	674	81,89	
		Hystérorraphie pour rupture utérine	005	00,60	
		Hystérectomie	012	01,45	
		Cerclage du col	012	01,45	
	Total		823	100	

Tableau III : Répartition en fonction des interventions gynécologiques de l'hôpital

Type d'intervention	Effectif	Pourcentage
Myomectomie	23	19,16
Salpingectomie pour G.E.U	49	40,83
Kystectomie (ovaire)	22	18,33
Plastie tubaire	06	05
Hystérectomie	14	11,66
Cure de prolapsus utérin	05	04,16
Cure de diaphragme vaginal	01	00,83
Total	120	100,0

2. Caractéristiques sociodémographiques :

2.1. Age :



Graphique n°1 : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge

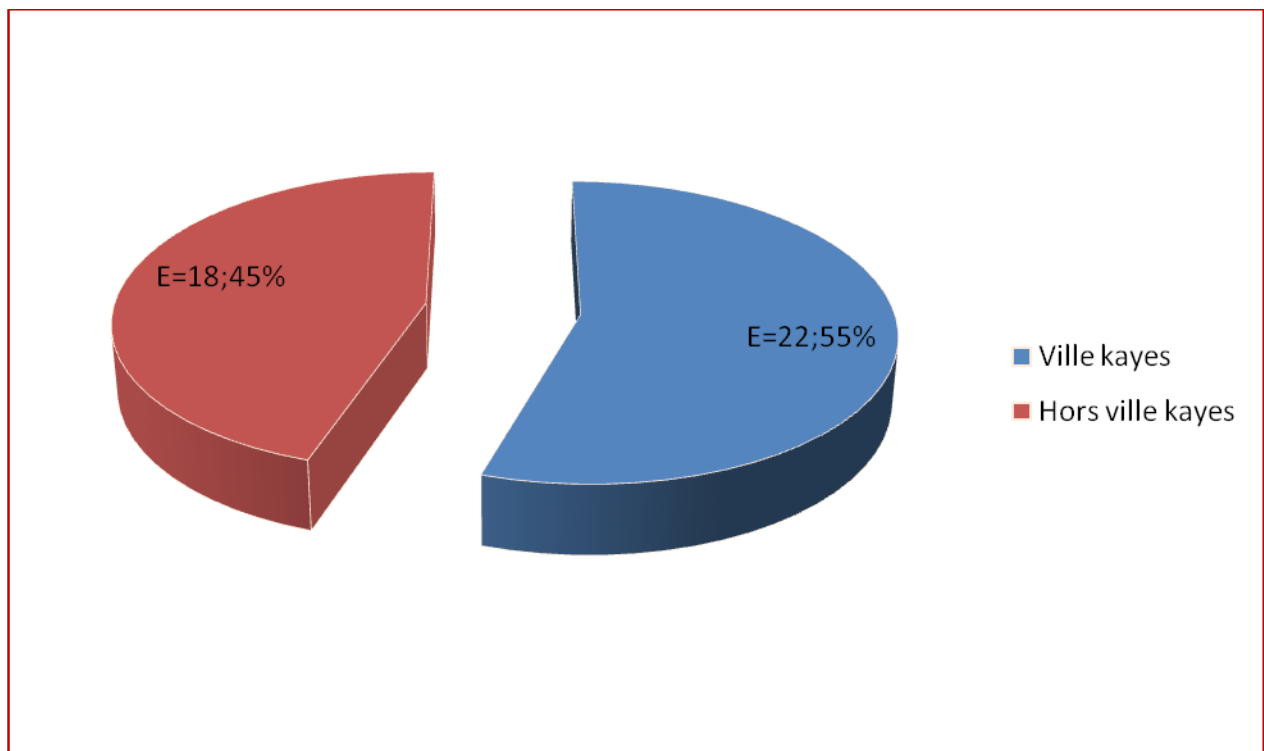
La moyenne d'âge : $34,37 \pm 5,8$. Les extrêmes ont été de 24ans et de 46 ans.

2.2. Profession

Tableau IV: Répartition des patientes en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans Profession	37	92,5
Secrétaire de direction	01	02,5
Enseignante	01	02,5
Commerçante	01	02,5
Total	40	100

2.3. Résidence :



Graphique n°2 : Répartition des patientes en fonction de la résidence

Tableau V : Répartition des patientes selon les ethnies

Ethnie	Effectif	Pourcentage
--------	----------	-------------

Sarakolé	12	30
Khassonké	03	7,5
Malinké	04	10
Peulh	06	15
Bambara	09	22,5
Autres	06	15
Total	40	100

3. Les antécédents

3.1. Antécédents médicaux :

Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Diabète	01	02,5
Obésité	04	10
Drépanocytaire	02	05
Asthme	01	02,5
HTA	02	05
Aucun	30	75
Total	40	100

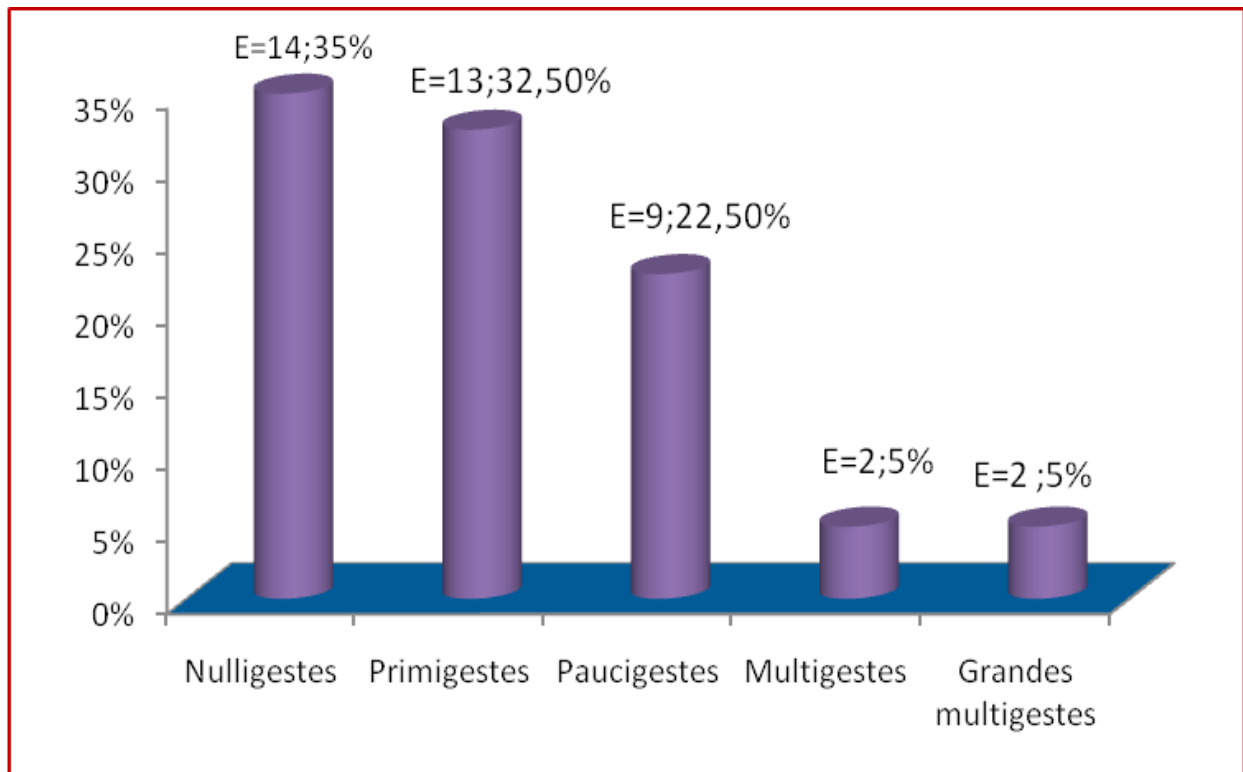
3.2. Antécédents chirurgicaux :

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

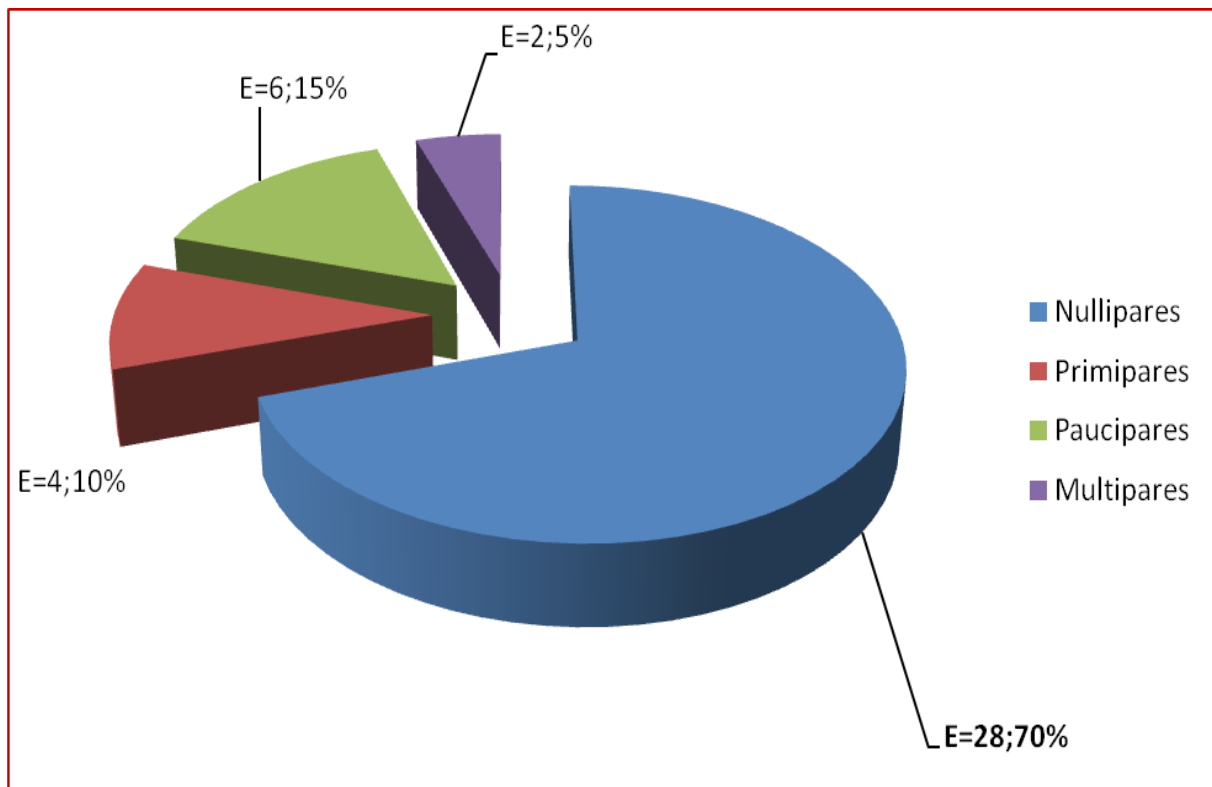
Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	02	05
Myomectomie	02	05

Appendicectomie	02	05
Aucun	34	85
Total	40	100

3.3. Antécédents obstétricaux



Graphique n°3: Répartition des patientes selon la gestité



Graphique n°4: Répartition des patientes selon la parité

NB : Nous n'avons pas enregistré de grande multipare pendant notre période d'étude

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents d'avortement

Avortement	Effectif	Pourcentage
Spontané	14	35
Aucun	26	65
Total	40	100

3.4. Antécédents gynécologiques :

Tableau IX: Répartition des patientes selon la nature du cycle menstruel

Cycle menstruel	Effectif	Pourcentage
Régulier	34	85
Irrégulier	06	15
Total	40	100

3.5. Antécédents d'utilisation d'oestroprogestatif

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents d'utilisation des oestroprogestatifs à but contraceptif.

ATCD d'oestroprogestatif	Effectif	Pourcentage
Oui	02	05
Non	38	95
Total	40	100

4. Motifs de consultation :

Tableau XI : Répartition des patientes selon les motifs de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Désir d'enfant	14	35
Douleur pelvienne	14	35
dysménorrhée	01	02,5
Hémorragie génitale	07	17,5
Spanioménorrhée	02	05
Hydrorrhée	01	02,5
Altération de l'état général	01	02,5
Total	40	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon le type d'hémorragie

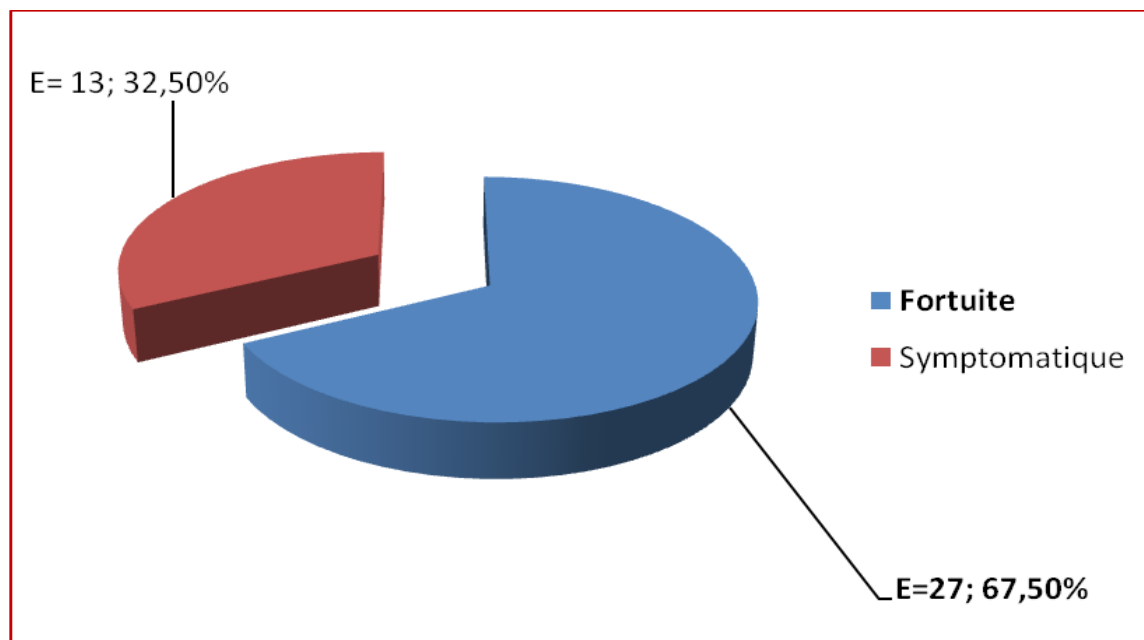
Type d'hémorragie	Effectif	Pourcentage
Métrorragie	03	42,85
Ménorragie	03	42,85

Ménométrorragie	01	14,30
Total	07	100

5. Les signes cliniques :

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	30	75
Pâles	10	25
Total	40	100



Graphique n°5 : Répartition des patientes selon la circonstance de découverte

Tableau XIV: Répartition des patientes selon les signes urinaires associés

Signes urinaires	Effectif	Pourcentage
Pollakiurie	08	20
Dysurie	08	20
Néant	24	60

Total	40	100
-------	----	-----

Tableau XV: Répartition des patientes selon les troubles digestifs associés

Signes digestifs	Effectif	Pourcentage
Constipation	15	37,5
Nausée	04	10
Constipation+Nausée	10	25
Vomissement	04	10
Ténesme	02	05
Epigastralgie	02	05
Hypersialorrhée	03	07,5
Total	40	100

Tableau XVI: Répartition des patientes selon la taille de l'utérus à l'examen clinique

Taille de l'utérus	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 8 SA	15	37,5
Supérieur ou égal à 8SA	25	62,5
Total	40	100

Les extrêmes allaient de la taille d'un utérus de taille normale à celle d'une grossesse de 20SA.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon le contour de l'utérus à l'examen clinique

Contour de l'utérus	Effectif	Pourcentage
Régulier	11	27,5
Irrégulier	29	72,5
Total	40	100

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la mobilité de l'utérus à l'examen

Mobilité utérine	Effectif	Pourcentage
Mobile	32	80
Immobile/par augmentation du volume du fibrome et ou/ compression des organes de voisinage	08	20
Total	40	100

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la sensibilité de l'utérus à l'examen physique

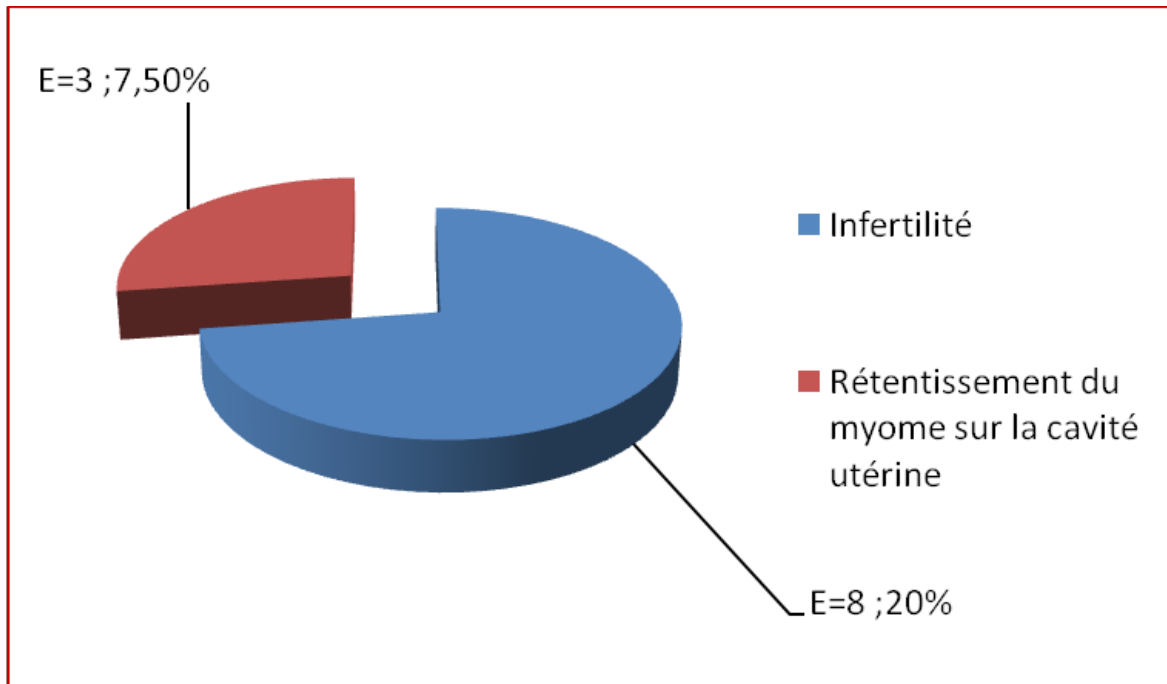
Sensibilité utérine	Effectif	Pourcentage
Sensible	09	22,5
Non sensible	31	77,5
Total	40	100

6. Examens complémentaires :

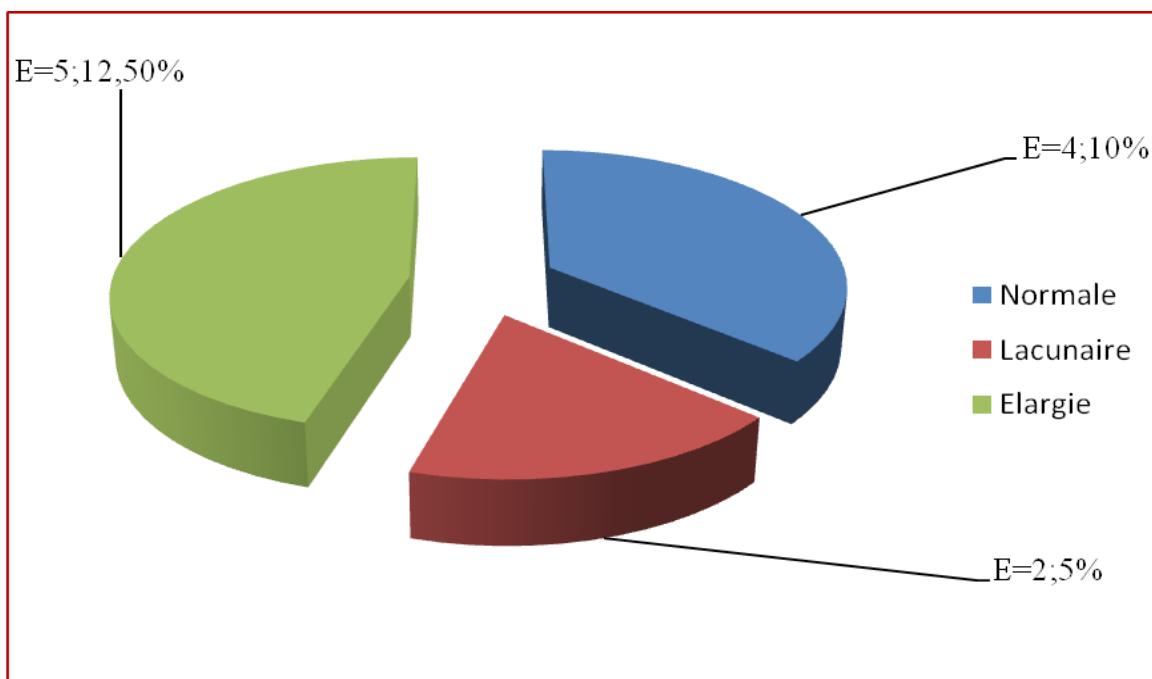
Tableau XX: Répartition des patientes selon les examens complémentaires demandés

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Echographie	40	100
HSG	11	27,5

*L'hystérosalpingographie a été réalisée en respectant les contre indications (grossesse, infections génitales, hémorragies abondantes).



Graphique n°6: Répartition des patientes selon les indications de l'hystérosalpingographie



Graphique n°7 Répartition des patientes selon l'état de la cavité utérine à l'HSG

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'état des trompes à l'HSG

L'état des trompes à l'HSG	Effectif	Pourcentage
Obstruction tubaire distale bilatérale	04	36,36
Obstruction tubaire proximale unilatérale	03	27,27
Hydrosalpinx unilatérale	01	09,09
Normale	04	36,37
Total	11	100

Tableau XXII: Répartition des patientes selon la localisation par rapport aux différentes parties de l'utérus à l'échographie

Localisation	Effectif	Pourcentage
Corps	36	90
Isthme	02	05
Col	01	02,5
Corps+col	01	02,5
Total	40	100

Tableau XXIII: Répartition des myomes selon leurs sièges par rapport aux tuniques de l'utérus à l'échographie

Localisation histologique	Effectif	Pourcentage
Sous séreux	14	35
Sous muqueux	07	17,5

Interstitiel	04	10
Sous Séreux et Sous muqueux	10	25
Interstitiel et sous muqueux	02	05
Interstitiel et sous séreux	02	05
Interstitiel - sous séreux et sous muqueux	01	02,5
Total	40	100

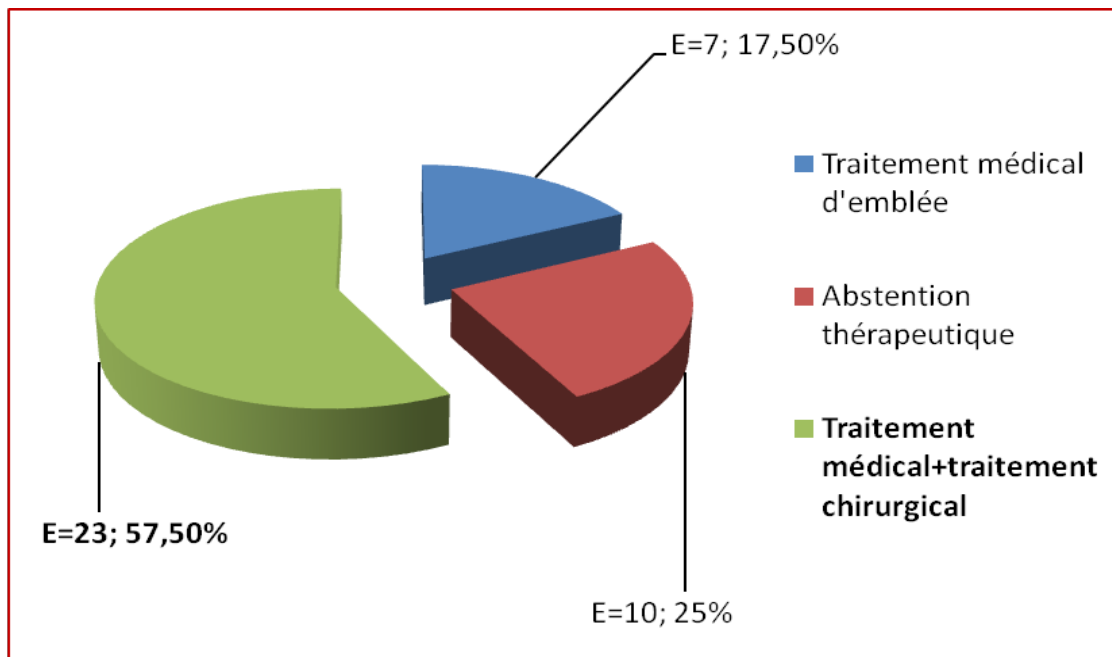
7. Fibrome et autres

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon les pathologies associées au fibrome utérin

Autres pathologies	Effectif	Pourcentage
Grossesse intra-utérine	01	02,5
Grossesse extra-utérine	01	02,5
Kyste organique de l'ovaire	04	10
Fibrokyste du sein	01	02,5
Dystrophie ovarienne macro folliculaire	04	10
Aucune	29	72,5
Total	40	100

8. Attitudes thérapeutiques:

8.1. Nature du traitement :



Graphique n°8 : Répartition des patientes selon la nature du traitement

8.2. Abstention thérapeutique :

Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'indication à l'abstention thérapeutique

Abstention thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Petits myomes (sous séreux ou interstitiel)	08	80
Peri ménopause sur fibrome asymptomatique	02	20
Total	10	100

8.3. Traitement médical :

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le traitement médical

Hormonothérapie	Effectif	Pourcentage
Primolut-nor 10mg	05	12,50
Lutenyl 5mg	02	05
Total	07	17,50

NB : Les hémorragies génitales ont été la principale indication du traitement médical

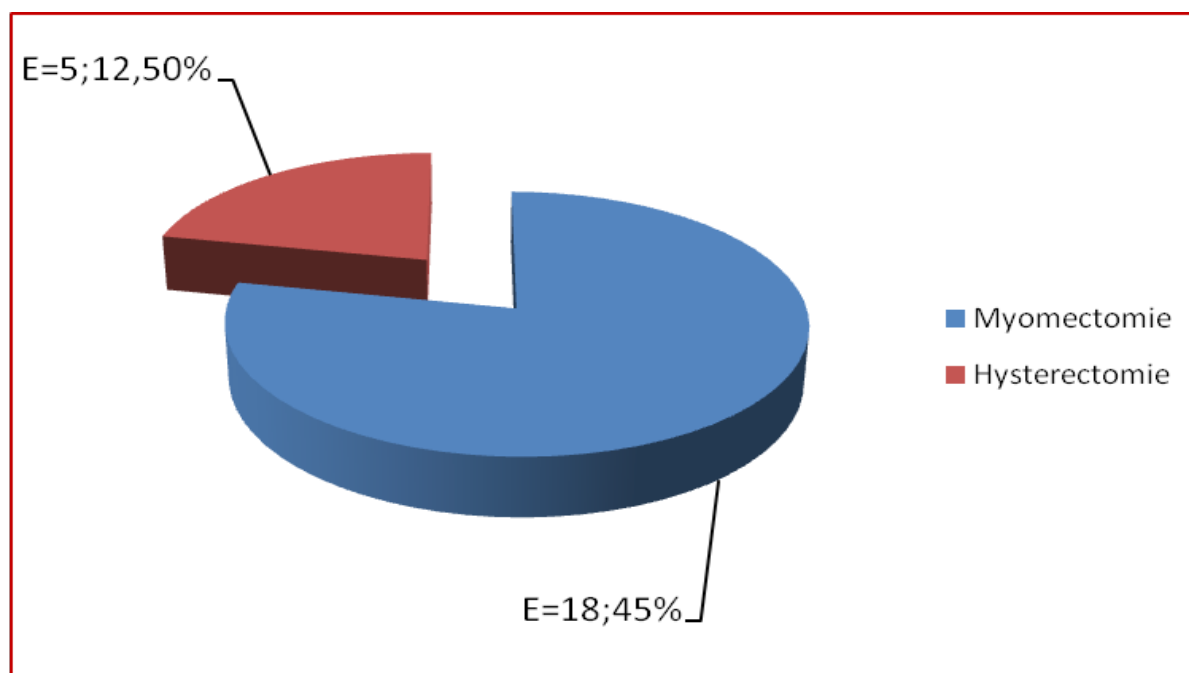
8.4. La myomectomie

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon l'indication opératoire

	Indication opératoire	Effectif	Pourcentage
Myomectomie	Stérilité+fibrome	11	47,82
	Myomes comprimant les organes de voisinage	02	08,69
	Echec du traitement médical/ménométrorragie	05	21,73
Hystérectomie	Echec du traitement médical/ménorragie chez multipare	03	13,04
	Fibrome géant+ou-compressible +lésion cervicale suspecte chez les patientes âgées	02	08,69

	Total	23	100
--	-------	----	-----

8.5. Type de traitement chirurgical effectué :



Graphique n°9 : Répartition des patientes selon le type de chirurgie effectué

8.6. Traitement adjuvant :

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le traitement adjuvant avant et après l'intervention

Médicaments	Effectif	Pourcentage
Antalgique	04	10
Antibiotique	18	40
Anti-inflammatoire	03	07,5
Transfusion	04	10
Utéro-tonique	04	10
Antianémiques	05	12,5
Héparinothérapie	02	10
Total	40	100,0

NB : Le lever précoce fut conseillé à toutes les patientes après intervention

8.7. Technique chirurgicale selon l'âge : _

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon l'âge et le type de chirurgie

Age/type de chirurgie	20-34ans(E=23)		≥ 35ans(E=17)	
	Eff	%	Eff	%
Myomectomie	09	39,13	09	39,13
Hystérectomie subtotale	01	04,34	02	08,69
Hystérectomie totale	00	00	02	08,69
Néant	13	56,52	04	17,39
Total	23	100	17	100

Ki 2= 6,34

NB : L'hystérectomie subtotale dans la tranche d'âge (20-34 ans) ; il s'agit d'une multipare faisant des ménorragies rebelles au traitement médical et ne souhaitant plus avoir d'enfant.

8.8. Technique chirurgicale selon la gestité :

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la gestité et le type de chirurgie

Gestité/type de chirurgie	Nulligeste (E= 14)		Primigeste (E=13)		Paucigeste (E=9)		Multigeste (E=2)		Grande Multigeste (E=2)	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Myomectomie	06	42,85	07	53,85	04	44,44	01	50	00	00
Hystérectomie subtotale	00	00	00	00	01	11,11	00	00	01	50
Hystérectomie totale	00	00	00	00	01	11,11	01	50	01	50
Néant	08	57,15	06	45,15	03	33,34	00	00	00	00
Total	14	100	13	100	09	100	02	100	02	100

Ki 2=20,25

8.9. Technique chirurgicale selon la parité :

Tableau XXXI: Répartition des patientes selon la parité et type de chirurgie

Parité/type de chirurgie	Nullipare		Primipare		Pauci pare		Multipare	
	(E=28)		(E=4)		(E=6)		(E=2)	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Myomectomie	14	50	02	50	01	16,66	01	50
Hystérectomie subtotale	00	00	00	00	02	33,33	01	50
Hystérectomie totale	00	00	00	00	02	33,33	00	00
Néant	14	50	02	50	01	16,66	00	00
Total	28	100	04	100	06	100	02	100

Ki2=27,364

9. Nombre de myome

Tableau XXXII Répartition des patientes selon le nombre de noyau à la myomectomie

Nombre de noyau après la myomectomie	Effectif	pourcentage
1 - 5	10	43,47
6 - 10	06	26,08
11 - 15	05	21,73
16 - 20	02	08,69
Total	23	100

10. Gestes associés

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon les gestes associés à la myomectomie

Geste	Effectif	Pourcentage
Kystectomie	06	15
Plastie tubaire pour obstruction tubaire bilatérale	03	07,5
GEU+ Fibrome	01	02,5
Aucun	30	75
Total	40	100

11. Suites postopératoires :

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon les suites opératoires

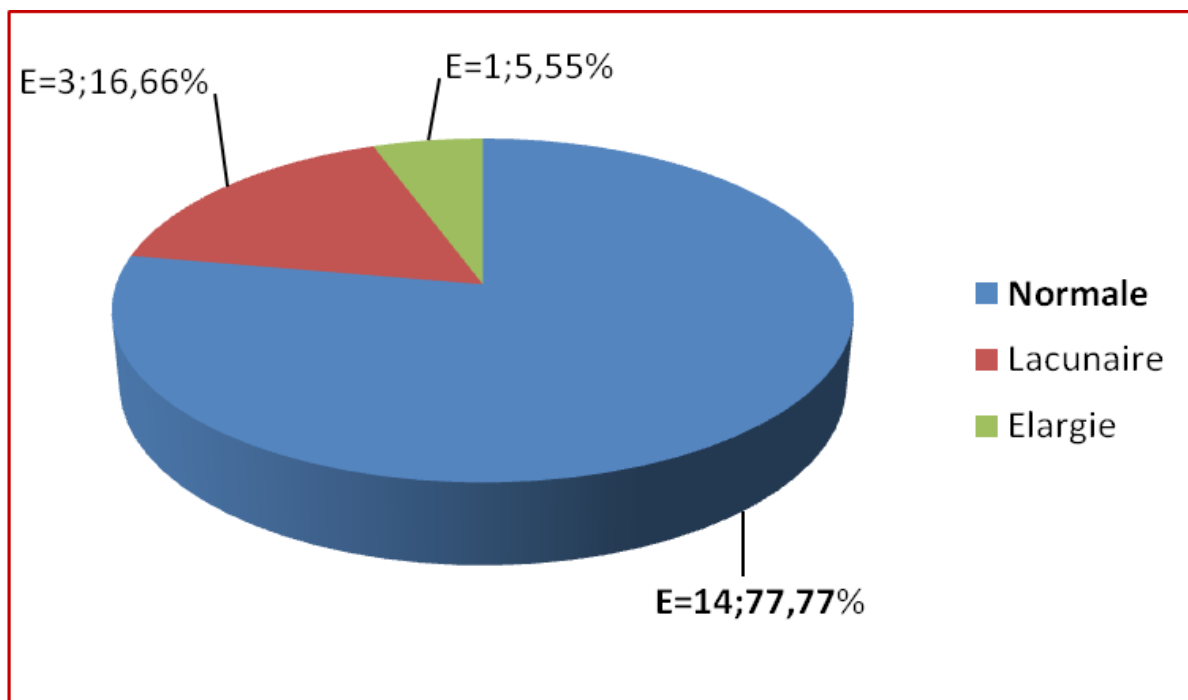
Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
--------------------	----------	-------------

Simple	12	52,17
Pelviaigie	03	13,04
Hémorragie	01	04,34
Endométrite	02	08,69
Anémie	03	13,04
Thrombophlébites	02	08,69
Total	23	100

NB : -Les deux thrombophlébites ont été enregistrées chez les patientes qui ont subi l'hystérectomie.

- Nous n'avons pas enregistré de décès durant notre période d'étude

12. Pronostic postopératoire après L'HSG



Graphique n°10 : Répartition des patientes selon la forme de la cavité utérine après l'HSG de contrôle.

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon la perméabilité tubaire après l'HSG de contrôle

Etat des trompes	Effectif	Pourcentage
Perméable	10	55,55
Obstruction tubaire Proximale unilatérale	05	27,77
Obstruction tubaire proximale bilatérale	03	16,66
Total	18	100

La durée courte de notre enquête ne nous a pas permis d'enregistrer de grossesse.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats obtenus dans notre étude nous ont permis de faire les commentaires et discussion suivantes :

1. Les difficultés rencontrées :

Comme tout travail, nous avons rencontré un certains nombre de difficultés parmi lesquelles nous retenons :

- La prise en charge des fibromes utérins par d'autres services de chirurgie;
- La prise en charge des fibromes utérins dans certaines structures privées ;
Ces 2 points ont influencé la fréquence de notre de étude;
- Certaine barrière socioculturelle (sur la compréhension du fibrome utérin)
- Retard dans la prise en charge chirurgicale de certaines patientes anémiées (problème de disponibilité de sang).
- Retard dans l'obtention des résultats de l'anatomie pathologie des pièces opératoires (10 jours).

2. Fréquence :

Notre étude a duré 18mois. Pendant cette période nous avons enregistré 4644 consultations gynécologiques dont 40 cas de fibrome utérin, soit une fréquence de **0,86%**.

Les interventions chirurgicales ont porté sur 23 cas soit **57,5%** de notre effectif.

Auteurs	Effectif	Période d'observation
Cohen (J) cochini et Lofreds	107	4ans
Mussey Rondal et Doyle	250	15ans
Alexander	806	29ans
Sangaret (AM) [45] et Coll.	199	3ans
Bayo S[4]	316	5ans
Thiéro D[47]	496	9ans
Keita M [35]	38	7mois
Notre étude	40	18mois

Le tableau XXXVI : donne l'effectif du fibrome en fonction de la période d'étude dans certains pays.

Il ressort de ce tableau qu'il existe une grande diversité entre les effectifs due sûrement au fait que nous n'avons pas étudié dans les mêmes conditions. Certains avaient une période d'étude plus longue avec une taille d'échantillon plus grande.

3. Age :

La plus jeune patiente de notre série avait 24 ans, la plus âgée était de 46 ans avec une moyenne d'âge à 34 ans.

La tranche d'âge 20-34 ans était la plus représentée soit 57,5%.

Touré O.D [48] a eu 23 ans pour la plus jeune patiente et 55 ans pour la plus âgée avec une moyenne d'âge de 35 ans.

Bayo S [4] avait eu 18 ans pour la plus jeune patiente et 77 ans pour la patiente la plus âgée avec une moyenne d'âge de 35 ans.

Thiéro. D [47] à propos de 496 cas a eu pour la plus jeune patiente 21 ans ; 52 ans pour la plus âgée avec une moyenne d'âge de 36 ans.

Contrairement à l'étude de Bayo.S les autres auteurs n'ont pas enregistré de fibrome parmi les adolescentes.

4. Terrain :

Dans notre série, nous avons recensé 10% de femmes obèses, 5% d'HTA, 2,5% de diabétique.

Bayo S [4] a eu 28% de femmes obèses plus ou moins hypertendues, 1,6% de goitre, 0,3% de diabète.

Keita M [35] a enregistré 8cas d'obésité ; Touré O.D a eu 3 cas d'HTA.

L'étude du terrain selon SEGAY [46] permet de distinguer le fibrome, expression locale d'une maladie générale et le fibrome maladie locale.

L'analyse des antécédents chirurgicaux de nos patientes permet de nous donner l'incidence du fibrome sur :

-La GEU par compression extrinsèque sur les trompes ou par des localisations au niveau de la jonction utéro-tubaire ;

-La grossesse au cours de l'accouchement par dystocie dynamique ;

-La stérilité et l'accouchement prématuré (35% de nos patientes ont fait au moins un avortement spontané et 14 patientes ont une stérilité liée au fibrome dont 5 cas de stérilité secondaire).

-La possibilité de récurrence du fibrome utérin (2cas d'antécédent de myomectomie soit 5%).

5. Parité :

Dans notre échantillon, nous avons enregistré 10% de primipares, ce taux est inférieur loin de ceux de Ducing [21] et Kauter avec respectivement 72,5% et 80%. Cette différence pourrait s'expliquer par le faible taux de planification familiale de notre pays.

6. Les avortements spontanés :

Aucune patiente dans notre série n'a affirmé le caractère provoqué de son avortement à l'issue de l'interrogatoire. Cependant 35% (14 cas) des patientes avaient fait au moins un avortement contre 29,8% et 65% respectivement pour Thiero D [47] et Touré O D [48]

Nous avons recruté 26 patientes qui n'ont jamais fait un avortement.

7. Utilisation des oestroprogestatifs :

5% de nos patientes avaient subi une contraception orale dans leurs antécédents. Ce pourcentage est variable de 25% pour Keïta M [35] à 7% pour Traoré .M [49].

8. Les motifs de consultation :

8.1. Algie pelvienne :

Dans notre série, la douleur pelvienne représentait 35% soit 14cas ; 33% pour Koutouan [33], variant de 19% pour Ranney [39] à 25% pour Huiguié [26] et 76% pour Keita M [35].

Ces pelvialgies peuvent être le reflet :

-d'une compression extrinsèque : 25 patientes soit 62,5% de notre effectif avaient un utérus de taille supérieur à 8sa à l'examen clinique.

Bayo S [4] a trouvé 171 myomes de taille variant d'une tête d'enfant à celle de l'adulte soit 54%.

Touré. O .D [48] avait trouvé 35% des patientes (20 cas) qui avaient un utérus de taille d'une pamplemousse à l'examen clinique.

-de dépendance de l'orientation utérine, cette compression peut se traduire par des troubles urinaires, des troubles digestifs. C'est ainsi que dans notre étude nous avons recensé 37,5%(15cas) de patientes constipées.

Bayo S [4] dans sa thèse a eu 27% de troubles digestifs essentiellement la constipation.

L'extrême banalité de ces troubles en dehors du fibrome enlève toute valeur pathognomonique.

8.2. Hémorragie :

Nous avons recensé dans notre série 7 cas soit 17,5% répartis de la manière suivante :

- ❖ 3cas de ménorragie soit 7,5% ;
- ❖ 3cas de métrorragies soit 7,5% ;
- ❖ 1cas de ménométrorragies soit 2,5%.

Thiéro D [47] avait recueilli 32,3% d'hémorragie génitale ; Touré O.D [48] 20% et Koutouan [33] 18%.

Le cycle menstruel était régulier chez 34 patientes de notre série soit 85% et 6 patientes soit 15% avaient un cycle irrégulier. La durée maximale du cycle était de 60 jours avec une moyenne de 30 jours.

Touré O.D [48] avait trouvé 74% de patientes à cycle régulier ; 21% de patientes à cycle irrégulier et 5% de ménopausées.

8.3. Stérilité

Nous avons rencontré dans notre étude 22,5% de stérilité primaire (9cas) et 12,5% de stérilité secondaire (5cas)

Bayo [4] a observé 35% de stérilité primaire, et 18% de stérilité secondaire.

Koutouan [33] avait trouvé 15,5% de stérilité primaire.

Thiéro D [47] dans sa thèse a eu 107cas de stérilité primaire soit 21,6% ; et 126cas de stérilité secondaire soit 25,4%.

Les fibromes sous muqueux seraient pour la majorité des auteurs, la cause de cette stérilité par obstacle mécanique et par lésions concomitantes de l'endomètre.

Dans notre série, nous avons trouvé 7cas de fibrome sous muqueux soit 17,5% dont 2 intra cavitaires soit 5%.

Keita M [35] dans sa thèse a enregistré 28,57% de noyaux sous muqueux dont 11,82% de myome intra cavitaire.

Cependant la responsabilité des trompes et des ovaires n'est pas à négliger, en effet, nous avons recensé dans les gestes associés à la myomectomie 1cas de salpingectomie, 3cas de plastie tubaire.

9. Fibrome et autres pathologies associées:

a. Grossesse extra-utérine et myome utérin:

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 1cas de grossesse extra-utérine soit un pourcentage de 2,5%. Il s'agit d'une patiente de 36ans deuxième geste; 2enfants vivants sans antécédent médicochirurgical notable. Elle était suivie dans le service pour stérilité secondaire.

Après la confirmation du diagnostic de fibrome utérin par l'échographie et l'hystérosalpingographie, les bilans pré opératoires ont été effectués.

En per opératoire nous avons découvert un utérus de taille normale renfermant sur son corps 3 gros noyaux sous séreux de taille variant entre 85et55 mm de diamètre ; la trompe droite était le siège d'une grossesse extra-utérine enkystée ; c'est ainsi que nous avons fait la salpingectomie droite.

Les myomes sous-muqueux situés au niveau de la corne utérine peuvent par compression retarder la migration normale de l'œuf vers la cavité utérine provoquant ainsi une grossesse extra-utérine.

b. Grossesse intra-utérine et myome utérin:

Une de nos patientes avait fait une rupture basse prématurée des membranes sur une grossesse de 21SA ; elle fut césarisée à 34SA pour grossesse hautement désirée dans un contexte de rupture prématurée des membranes prolongée. Les suites de couches se sont compliquées de suppuration pariétale.

Thiéro D. [47] dans sa thèse n'a enregistré aucune grossesse extra utérine mais trouvait 11 cas soit 2,2% de salpingectomie dans les antécédents de ses patientes.

Touré O D [48] avait noté 2 cas de grossesse extra utérine sur 100 cas.

Ces grossesses extra utérines contemporaines de la maladie fibromateuse pourraient s'expliquer par la localisation des myomes sous muqueux situés au niveau de la corne utérine, pouvant constituer un obstacle à la migration normale de l'œuf vers la cavité utérine.

c. Kyste ovarien et myome utérin:

Koutouan [33] dans sa thèse avait trouvé 12,12% de kyste de l'ovaire contre 10% pour notre étude.

10. Examen clinique :

Dans nos dossiers, le volume utérin a été comparé à l'âge de la grossesse estimée en semaine d'aménorrhée (8 semaines).

Au toucher vaginal combiné à la palpation abdominale, le volume utérin était :

- Inférieur à 8SA dans 15cas soit 37,5% ;
- Supérieur à 8SA dans 25cas soit 62,5%.

Le contour utérin était régulier 27,5%, irrégulier dans 72,5%.

11. Examens complémentaires

11.1. Hystérosalpingographie :

Nous l'avons surtout demandé en complément à l'échographie pour apprécier non seulement l'état des trompes mais aussi celui de la cavité utérine. Cet examen a été réalisé chez 27,5% de nos patientes. Elle avait été effectuée chez 37,3% des patientes dans l'étude de Thiéro D [47].

L'hystérosalpingographie est indiquée pour apprécier le retentissement des fibromes sous muqueux sur le myomètre c'est à dire dans un contexte de ménométrorragie. Elle recherche une adénomyose associée et /ou des polypes intra cavitaires. Elle a trouvé une cavité utérine élargie chez 10% de nos patientes (4cas) et une obstruction tubaire chez 17,5% de nos patientes (7cas).

Dans l'étude de Traoré M [49] à l'hôpital Gabriel Touré a trouvé 6 cas d'obstruction tubaire bilatérale ou unilatérale et 1cas d'hydrosalpinx bilatéral.

Dans notre étude, près de 91% des hystérosalpingographies sont réalisées dans le cadre d'un bilan d'infécondité et d'infertilité.

11.2. Echographie :

Moyen de confirmation du fibrome diagnostiqué à l'examen clinique, toutes les patientes de notre série ont réalisé une échographie.

La taille de l'utérus était normale dans 1 cas et modifié dans 39cas.

La répartition du siège du myome par rapport à la structure histologique de l'utérus a montré :

- 35% de fibrome sous-séreux soit 14cas ;
- 17,5% de fibrome sous-muqueux soit 7cas ;
- 10%de fibrome interstitiel ou intra-mural soit 4cas ;
- 25% de fibrome sous-séreux et sous-muqueux soit 10cas.

Quant à la situation anatomique de l'utérus, on a retrouvé 36 myomes de siège fundico-corporéal, 2 myomes isthmiques, 1 myome cervical ,1cas de myome à la fois corporéal et cervical

Thiéro D. [48] nous rapportait dans sa thèse 35 myomes de siège cervical, 155 myomes de siège isthmiques et 419 myomes fundico-corporéals.

Keita M [35] a eu 12,23% de myome sous séreux, 30,85% de myome sous muqueux.

Thiero D [47], trouvait 72,4% de fibrome interstitiel, 37,3% de myome sous muqueux et 47,4% de fibrome sous séreux.

Pour Touré O.D [48] 26% des fibromes étaient sous séreux, 28% sous muqueux, et 46% de myome interstitiels.

La coelioscopie, le frottis cervical de dépistage, la radiographie pulmonaire, l'UIV, la cystoscopie, l'ASP étaient absents dans la quasi-totalité des examens complémentaires effectués par nos patientes.

12. Anatomie pathologie :

12.1. Nombre de myome : varie dans notre étude de 1 à 17 noyaux. Ainsi, nous avons noté 21,73% de noyaux solitaires soit 5 cas et 78,26% de noyaux multiples soit 18 cas.

Touré O.D [48] a recensé 32% (soit 16 patientes) avec un utérus portant un seul noyau et 68% (soit 24 patientes) avec un utérus polomyomateux.

Boury Heller [9] a donné un pourcentage de 35% de lésion solitaire.

12.2. Sièges du myome par rapport à la structure anatomique de l'utérus :

12.2.1. Myomes corporeaux : Ils sont les plus fréquents 36 cas soit 90% de notre série, 90% pour Bayo S [4], 84,5% pour Thiéro D [47], 67% pour Sangaret [45] et ses collaborateurs. Les myomes ayant en plus d'autres sièges que le corps utérin ne sont pas recensés dans cette fréquence. Souvent, ces myomes peuvent être responsables de stérilité par compression extrinsèque des trompes ou être causes d'urgence obstétricale en constituant un obstacle à la migration normale de l'œuf fécondé vers la cavité utérine (myome sous muqueux siégeant au niveau de la corne utérine) provoquant ainsi une grossesse extra utérine.

12.2.2. Myomes isthmiques : Nous avons rencontré 5% de myome Isthmique. Touré O.D [48] dans sa thèse a rencontré 6% de myome strictement isthmique. Keita M [35] a eu 2,66% de myome isthmique. Les chiffres habituels n'excèdent pas 5-6%. Huguier J [26] : 3,3%, Boury Heller [10] : 5,5%.

12.2.3. Myomes du col : Sont rares. Nous avons recensé un seul cas dans notre série. Aucun cas n'a été retrouvé dans l'échantillon de Touré O.D [47] ; Keita M [35] aussi bien que Bayo S [4] ont enregistré chacun 1 cas.

12.3. Sièges du myome par rapport à la structure anatomique de l'utérus :

12.3.1. Myomes sous-séreux :

Dans notre série, nous avons recensé 14 cas soit 35%, 28 cas pour Touré O D (35%) [48] et 48 cas pour Bayo S [4].

12.3.2 Myome sous muqueux : Nous avons relevé 7 cas de myome sous-muqueux, soit 17,5%. Aucun myome pédiculé accouché par le col n'a été recensé dans notre série.

12.3.3. Myome interstitiel ou intra mural : 4cas de myome interstitiel ont été dénombrés, soit 10%.

Les myomes mixtes sont aussi fréquents, 15cas soit 37,5% ont été recensés dans notre série ; 87 cas pour Bayo S [4] contre 47cas soit46% selon Touré O D [48].

13. CONDUITE À TENIR :

Affection fréquente mais bénigne, le fibrome gêne plus qu'il n'inquiète. Des solutions allant de l'abstention thérapeutique à l'intervention chirurgicale peuvent être envisagées.

13.1- L'abstention thérapeutique :

Dans notre étude nous avons observé l'abstention thérapeutique chez 25% des patientes. Il s'agit de fibromes asymptomatiques dont la découverte était fortuite à l'échographie complétée par l'hystérosalpingographie pour apprécier l'aspect de la cavité utérine et l'état des trompes.

Les auteurs sont unanimes que :

- en cas d'abstention il faut être sûr du diagnostic
- être sûr qu'il n'y a pas de myomes intra cavitaires
- revoir la patiente une fois par an pour surveillance.

13.2- Traitement médical :

La plupart des femmes de notre série recevaient un traitement médical en fonction des signes cliniques et para cliniques : progestatifs, anti-inflammatoires non stéroïdiens, utéro toniques, antalgiques, anti anémiques et antibiotiques.

13.3. Traitement chirurgical spécifique :

Dans les indications du traitement chirurgical, nous avons pris en compte :

- l'âge de la patiente
- son désir ou non de grossesse

- la taille, la localisation et le nombre de myomes
- l'importance et la maîtrise de l'hémorragie génitale.

a) La myomectomie ou la polomyomectomie :

Traitement chirurgical pour préserver la fertilité et le cycle menstruel. Ont été effectués dans le cadre de notre étude ; 18 cas de myomectomie ou de poly myomectomie soit 45% de l'effectif.

Koutouan [33] avait fait 17,5% de myomectomie ; Thiéro .D. [47] a trouvé 188 myomectomies ou polomyomectomies soit un pourcentage de 37,5%.

Au cours de notre étude ; elle a concerné surtout les patientes jeunes dans les cas de fibrome et stérilité 47,82% (11cas), myome comprimant les organes de voisinage 08,69% (2 cas) échec du traitement médical/ménométrorragie 21,73% (5cas).

Notre fréquence est supérieure à celle des autres cela s'explique du fait que nos patientes ont un problème de stérilité (35%) de l'effectif.

b) L'hystérectomie :

Elle constitue le traitement chirurgical radical par excellence, l'hystérectomie peut être totale ou sub-totale.

Au cours de notre étude, nous avons effectué 5cas d'hystérectomie soit 12,5% dont 2 totales (5%) avec conservation des annexes et 3 sub-totales (7,5%) avec conservation des annexes.

Keita M [35] dans son étude a enregistré 10 cas d'hystérectomie sub-totale soit 9,25% et 18 cas d'hystérectomie (16,66%).

Traoré M [49] avait trouvé 22% d'hystérectomie totale et 24% d'hystérectomie sub-totale

Notre taux d'hystérectomie est inférieur à celui des autres auteurs. Cette différence pourrait s'expliquer par le taux élevé de stérilité dans notre série avec désir d'enfant (14 cas soit 35%).

14. Suites post opératoires immédiates :

Nous avons rencontré des complications suivantes :

- Les pelvialgies : 03 cas soit 13,04%
- Les hémorragies : 1 cas soit 04,34%
- L'anémie post opératoire : 03 cas soit 13,04%
- Les thrombophlébites : 2cas soit 08,69%
- Endométrite : 02 cas soit 08,69% et dans **12 cas** les suites opératoires étaient simples.

Pendant cette période du fait de l'utilisation des antalgiques, des antibiotiques et d'autres médicaments tels que les anti-inflammatoires parfois des anticoagulants ainsi que la levée précoce de nos malades nous ayant permis de prévenir des complications douloureuses, infectieuses et d'autres cas de thrombophlébites.

Touré OD [48] avait enregistré 1 cas de décès, 1 cas d'anémie et 1 cas d'hémorragie. Alors que Traoré M avait trouvé 2 cas de péritonite, 1 cas de décès et 1 cas de suppuration pariétale.

15. Pronostic obstétrical post-opératoire après l'HSG de contrôle

Parmi les 18 patientes qui ont subis la myomectomie

- 77,77% soit 14 cas avaient un utérus a contenu homogène
- 55,55% soit 10 cas avaient les trompes perméables.

16. Récidives :

La durée de notre étude ne nous a pas permis de constater les récidives. Cependant dans les antécédents chirurgicaux ont été constatés 2cas de myomectomie. Il est quand même important de noter globalement que le taux de récidence dans les grandes statistiques est de 16,1%, plus la femme est jeune plus le risque est grand selon Kantouan [33].

17. Etude analytique

- Dans notre étude il y a une relation entre la gestité et le type de chirurgie
 - Notre étude permet d'établir un lien entre la parité et le type de chirurgie
- Notre observation est la même que celle de Keita M [35] qui avaient trouvé

aussi de lien entre la gestité, la parité et le type de chirurgie, mais notre étude ne trouve pas de lien entre l'âge et le type de chirurgie

CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons conclure ce qui suit :

- Un rajeunissement du fibrome utérin dans notre série : l'âge de la plus jeune patiente est de 24ans.
- Il est toute fois intéressant de noter que les nullipares représentent 70% de l'effectif et la stérilité (35%) dont la stérilité primaire 25%.
- L'échographie pelvienne reste de loin l'examen complémentaire du fibrome utérin soit 100% de notre série.
- Le traitement est essentiellement chirurgical et la technique chirurgicale la plus utilisée dans notre série est la myomectomie-polymyomectomie, 18cas soit 45% de l'effectif.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, quelques suggestions nous paraissent nécessaires pour améliorer nos résultats.

A l'endroit des autorités politiques et sanitaires :

- Assurer la bonne organisation interne des centres hospitaliers pour évaluer la fréquence du fibrome utérin.
- Equiper les centres hospitaliers régionaux de services d'anatomie pathologie fonctionnels en particulier les plus éloignés de Bamako.
- **A l'endroit des prestataires de service :**
- Informer les patientes sur leur pathologie de façon simple sans créer une situation de panique

A l'endroit de la population :

- Consulter le service de gynécologie dès qu'apparaît une affection génitale en général, une irrégularité du cycle menstruel, et surtout une hémorragie ou des douleurs pelviennes en particulier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Abolo (M.L.) :** A propos de 500 cas de fibromes utérins à l'hôpital central de Yaoundé. Thèse Med, bordeau : 1972, N°90.
- 2 – Afrique Santé :** Fibrome utérin quand opérer ? 1985,55-9 18-24.
- 3 - BastideA Guy:** Bassin, parois et contenu .schémas de travaux pratiques, fascicule 14 n°611-95 BAS. Bibliothèque FMPOS.
- 4 – Bayo S:** Contribution à l'étude des fibromyomes utérins à DAKAR à propos de 316 observations .Thèse de médecine DAKAR : 1973, n°11.
- 5 – Beclère C. :** Précis de gynécologie médicale (Ed .Masson 1996.Tome I). 77-80
- 6 - Beclère C. :** Les hémorragies des fibromes utérins ne sont pas d'origine organique mais purement fonctionnelle et hormonale. Sem. Hop. Paris, 1966, 42, 18-24 ;
Myomectomies : relations avec la fertilité; gynécologie; 1981, 32; N°1, 43-54.

- 7 - Belhociné A :** Contribution à l'étude du traitement des fibromyomes .Thèse de Médecine. Alger 1963, n° 3
- 8 - Blanc B, Dièrcolé C. :** Les explorations paracliniques actuelles des fibromes utérins .hiérarchie des explorations ; gynécologie 1993.1 : 20-206.
- 9 - Boury H:** Les indications chirurgicales du fibrome utérin; Thèse de médecine Paris 1962, n°931 .55 pages.
- 10 – Boury Heller :** Les indications thérapeutiques du fibrome utérin Gaz .Med France 1963, 70, n°14 .2425-2428.
- 11-C. Rongières ;** Epidémiologie du fibrome utérin : Facteurs de risques et fréquence. Impact en santé publique. J Gynecol. Obstet. BioL Reprod, 1999,28, 701-706.
- 12 - Caplier P. :** Etude clinique et complications des fibromes utérins (en dehors de la grossesse) Revue. Prat., 1963, 13, n°26,3111-3126.
- 13 - Carpon C, Dubuisson J b, Aubriot Fx, Fuolot H, Mouly M, Bouquet De Jolinière J:** Myomectomie per coelioscopique. Technique opératoire. Ed. Technique .Encycl. Med. Chir (Paris France) Techniques chirurgicales, urologiques, gynécologiques 2e Fr.41-515 ; 1993, 3p.
- 14 - Cohen A. :** Complications des fibromes utérins. Gaz.Hop.1967 139, n°2,79-82.
- 15 - Cohen (J.); Cochini (J.B.) et Lofredo (V.) :** 107 myomectomies : Relations avec la fertilité; Gynécologie; 1981, 32, N°1, 43-54. 34 - DUCING (J.)
- 16 - Colette C., Martin A., Gillet Jy :** Mortalité et morbidité postopératoire des hystérectomies abdominales. Gynécol. obstet Biol. Reprod 1978; 7 :525
- 17 - Cotte et Mathieu J:** Sur une nouvelle série de 163 interventions pour myomes utérins, la place de la myomectomie ; revue française de gynécologie et d'obstétrique T.38, 1943-p265-74.
- 18 - Cottom(Guylaire Michon MME) :** Fibrome et grossesse, étude du pronostic obstétrical à partir de 190 observations .Nantes imp. Contemporaine 1984 3222 141-10F.

- 19 – Dictionnaire de médecine** : Flammarion édit p183-202.
- 20 - Dubuisson Ja, Charpon C** : Myomectomie per coelioscopique; Technique, Indications et résultats. Chirurgie endoscopique 1992; 412-15.
- 21 - Ducing (J.), Guilhmeur(P.) et Binet (C.)** : Considération sur le rôle de l'hyper folliculinisme dans la pathologie du fibrome utérin. Gynéco-obstétrique : 1946, 45; N°3, 137-43.
- 22 - Encyclopédie médico-chirurgicale** : Gynécologie Tome1. 43 :245-59. Editions techniques, 1988.
- 23 - Encyclopédie médico-chirurgicale** : Gynécologie obstétrique Technique chirurgicale. Editions techniques Paris.
- 24- Faculté de Médecine ULP F67000 Strasbourg** Année 2004-2005 p : 200
- 25 - Fibrome utérin** : Les recommandations du conseil national des gynécologues et obstétriciens français édit nov. 2000.
- 26 - Huiguiet J. Cerbinnet G** : Chirurgie de l'utérus, Masson et cie Paris 1961-25cm 344p 102- 29
- 27-Impact internat** : Gynécologie-obstétrique, dépôt légal 2002-799
- 28 - Interceed (TC7)**: Adhesion barrier study group prevention of post surgical adhesion by interceded (TC7), an anabsorbable adhesion barrier a prospective, randomized multicenter clinical study fertile, sterile 1989; 51; 933-38
- 29 - Jean Patel, Lucien Légal-Masson** : Nouveau traité de technique chirurgicale n°12.
- 30 - J. Lansac et P. Lecomte**: Gynécologie pour le praticien. 4^e édition, 1994 ; 554 pages
- 31 - J.R. Giraud ; D. Rotten ; A. Bremond ; P. Poulain**: Abrégé de gynécologie ; 4^e édition 346 pages.
- 32-Koné B** : Fibrome utérin dans le service de gynécologie- obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse médecine Bamako 2008 n°91

- 33 - Koutouan J:** Contribution à l'étude des fibromes utérins (à propos de 515 cas observés au CHU de Cocody. Abidjan) du 1^{er} Janvier 1981 au 05 Mars 1985. Thèse de Médecine 120 pages, N°662.
- 34 - Lansac J, Body G, Mangnin G:** Pratique chirurgicale en gynéco obstétrique, Masson, Paris 1998 ; 15-49
- 35-Mahamadou. M. Keita** Fibrome utérin et groupes sanguins érythrocytaires au centre National de transfusion de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2005
- 36 - Malone L. J :** La myomectomie : la récurrence après ablation des myomes multiples et solitaires Obst and Gyn 1969, 34, n°9, 77-788.
- 37 - Mathieu J, Mousselon J :** Le traitement chirurgical du fibrome utérin avant 40 ans Lyon med. 1963 n°9,289.
- 38 - Kamina .P:** Anatomie Gynécologie et obstétricale 4^e édition.1984, 259-72.
- 39 - Ranneyr B., Frederic I.:** The occasional need for myomectomy. Obstet gynecol 1979; 53: 437-41.
- 40 - Ravina J.H., Bouret J.M., Freid D:** Contraception, fertilité, la sexualité. 1995; 23: 45-49.
- 41 -Robert H. :** Les indications et modalités du traitement chirurgical des fibromes presse med, 1964, 72, n°47, 2777- 2786.
- 42 - Robert HG, Palmer R, Boury Heyr CL, Cohen J. :** Précis de gynécologie, 2^e édition Masson Paris, 1974; 856p ; 683-700
- 43 - Rourière H :** Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle 1^e édition. 1978, 606-620
- 44 - Rosenbaum:** Traitement médical des fibromes utérins par les progestatifs de Synthèse norprognane. Gynécologie 1989 ; 40 :175-79.
- 45 - Sangaret (M.A), Bohoussou (K.M.), Welfens(E.CH.) et Koné (N.) :** Les fibromes utérins en Cote d'Ivoire. C.R.SOCS. FRANÇ-Gyneco.1972, 42, N° 8 ; 594-601
- 46- Segay J.** Les fibromes qu'il ne faut pas opérer. Sem Hop Paris; 1960; 36(27):1728-172

- 47 - Thiero D :** Fibrome utérin : Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques dans le service de gynéco obstétrique au centre de référence de la commune V pour 496 cas. Thèse de médecine Bamako 2004 n°22
- 48 - Touré O.D :** Contribution à l'étude des fibromes utérins à propos de 100 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du Point G. Thèse de médecine Bamako 1992 ; 109p n°35
- 49 - Traoré M:** A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital du Point G, à la PMI centrale et à la maternité d'Hamdallaye. These de medicine Bamako 1986 116p, n°19.
- 50 - Tulandi T, Murray C, Guainick M:** Adhesion formation and reproductive outcome after myomectomy and second look laparoscopy. *Obstet gynecol* 1993; 82: 213-15.
- 51 - Waligora J, Perlemuter L :** Anatomie, Paris Masson 3^e édition. 1975-21cm. 11-14
- 52 - W W W. laconférence hypocrate. Com :** Gynécologie –obstétrique ; Tuméfaction chez la femme. fév. 2005.
- 53- [W W W. legeneraliste.fr](http://www.legeneraliste.fr):** FMC par Discipline > Gynécologie - Obstétrique > La prise en charge des fibromes utérins....._

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Samakoro Dossé

Titre: Aspects socio-démographiques du fibrome utérin à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Année universitaire : 2010-2011.

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : gynécologie.

RESUME

Du 1^{er} janvier 2008 au 30 Juin 2009 ; soit 18mois, s'est effectuée une étude descriptive sur du fibrome utérin dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Nous avons recensé 40 cas de fibrome utérin durant la période d'étude.

La douleur pelvienne et la stérilité ont été les symptômes prédominants des motifs de consultation avec 35% chacune, puis d'hémorragies génitales (17,5%) des cas.

La plus jeune patiente avait 24 ans, la plus âgée 46ans, la moyenne d'âge était de 33 ans. Le diagnostic de fibrome était confirmé à l'échographie dans 100% des cas.

La myomectomie-polymyomectomie a été la sanction chirurgicale la plus effectuée dans 45% des cas de l'effectif. Quant à l'hystérectomie, elle fut pratiquée dans 12,5% des cas.

Mots clés : Fibrome utérin, prise en charge ; pronostic post-opératoire

FICHE D'ENQUETE

Q1 Numéro de la fiche d'enquête / ___ /

Q2 Numéro du dossier / ___ /

Q3 Nom et prénom de la patiente :

Q4 Age :

Q5 Poids :

Q6 Taille :

Q7 Profession :

Q8 Ethnie / ___ /

1 = Bambara

2 = Malinké

3 = Sénoufo

4 = Miniaka

5 = Peulh

6 = Sarakolé

7 = Sonhaï

8 = Bobo

9 = Dogon

Q9 Statut matrimonial / ___ /

1 = Mariée

2 = Célibataire

3 = Divorcée

4 = Veuve

Q10 Provenance / ___ /

Q11 Nationalité / ___ /

1 = Malienne

2 = Autre

Q12 Parité / ___ /

1 = Nullipare

3 = Multipare

2 = Paucipare

Q13 Gesticité / ___ /

1 = Nulligeste

3 = Multigeste

2 = Paucigeste

Q14 Antécédents chirurgicaux / ___ /

1 = Oui

2 = Non

- Si oui, nature de l'intervention / ___ /

1 = Myomectomie

2 = Kystectomie

3 = Plastie tubaire

4 = Césarienne

5 = Appendicectomie

5 = Cure de prolapsus génital

7 = Salpingectomie

8 = Autres

Q15 Antécédents d'avortement spontané / ___ /

1 = Oui

2 = Non

Q16 Antécédents médicaux / ___ /

1 = HTA

2 = Diabète

3 = Drépanocytose

4 = Tuberculose pulmonaire

5 = Autres

Q17 Antécédents d'oestrogénothérapie / ___ /

1 = Oui

2 = Non

Q18 Trouble du cycle / ___ /

1 = Oui

2 = Non

- Si oui nature du trouble / ___ /

1 = Ménorragie

2 = Spanioménorrhée

3 = Aménorrhée

Q19 Durée du cycle / _____ /

Q20 Ménarche

Q21 Motif de consultation / ___ /

1 = Ménorragie

2 = Ménorragie + sensation de masse pelvienne

3 = Algie pelvienne

4 = Sensation de masse pelvienne

5 = 3 + 4

6 = Pollakiurie

7 = Stérilité secondaire

8 = Stérilité primaire

9 = 1 + 3 + 4

10 = 4 + 7

Q22 Durée des règles :

Q23 Cycle / ___ /

1 = Régulier

2 = Irrégulier

Q24 Taille de l'utérus à l'examen / ___ /

1 = ≤ 8sa

2 = > 8sa

Q25 Contours de l'utérus à l'examen clinique / ___ /

1 = Réguliers

2 = Irréguliers

Q26 Mobilité de l'utérus à l'examen clinique / ___ /

1 = Mobile

2 = Immobile

Q27 Sensibilité de l'utérus à l'examen clinique / ___ /

1 = Sensible

2 = Insensible

- Q28** Examens paracliniques effectués / ___ /
1 = Echographie 2 = HSG
3 = 1 + 2
- Q29** Résultat de l'échographie :
- Q30** Indication d'HSG :
- Q31** Résultat de l'HSG :
- Q32** Indication du traitement médical
- Q33** Traitement pré-opératoire / ___ /
1 = Oui 2 = Non
- Si oui préciser les produits
- Q34** Modalités thérapeutiques / ___ /
1 = Myomectomie 2 = Hystérectomie totale
3 = Hystérectomie subtotale 4 = Abstention thérapeutique
5 = Traitement médical
- Q35** Autres traitements à préciser.
- Q36** Indication du traitement chirurgical.
- Q37** Nombre de noyaux :
- Q38** Pronostic post-opératoire / ___ /
1 = Favorable 2 = Réserve
- Q39** Suites opératoires immédiates :
- Q40** Suites opératoire lointaines :
- Q41** Appréciation post-thérapeutique (médical ou chirurgical) des patientes / ___ /
1 = Satisfaites 2 = Non satisfaites

MEILLEURE SANTE,

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HYPOCRATE, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur, et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

