



Madame,

Votre médecin vous a proposé une embolisation des fibromes utérins. Cette intervention, discutée en concertation pluridisciplinaire, sera pratiquée avec votre consentement. Vous avez en effet à tout moment la liberté de l'accepter ou de la refuser.

Ce document a pour objectif de vous expliquer les principes et le déroulement de cette procédure de radiologie interventionnelle ainsi que ses suites.

Qu'est-ce qu'un fibrome ?

Un fibrome utérin est une tumeur bénigne qui grossit dans la paroi utérine. Il s'agit d'une pathologie très fréquente, en effet : 20 à 40 % des femmes de plus de 35 ans ont un fibrome d'une taille significative.

Les fibromes n'entraînent pas toujours des symptômes, mais dans certains cas, leur localisation et leur taille sont responsables d'un syndrome compressif avec des douleurs, des troubles urinaires ou des saignements abondants durant les règles, ou en dehors des règles. En général, les symptômes s'améliorent après la ménopause.

Le diagnostic est suspecté à l'examen gynécologique et conforté par l'échographie abdomino-pelvienne. L'IRM pelvienne avec injection permet de confirmer le diagnostic et d'éliminer d'autres pathologies ⁽¹⁾.

Qu'est-ce qu'une embolisation ?

L'embolisation des artères utérines est une alternative aux traitements chirurgicaux des fibromes comme l'hystérectomie (ablation de l'utérus) ou la myomectomie (ablation des fibromes tout en conservant l'utérus) ^(2 ; 3 ; 4).

Cette procédure de radiologie interventionnelle vise à occlure les artères nourricières du ou des fibromes par de petites particules pour entraîner leur involution ⁽⁵⁾. Pour cette intervention radiologique, certains traitements d'antidiabétiques oraux ou d'anticoagulants doivent être modifiés ou interrompus.

Parfois, l'embolisation est associée au traitement chirurgical. L'objectif est alors de faciliter le geste opératoire, en réduisant le risque de saignement pendant l'opération ou de traiter les fibromes qui pourraient ne pas être enlevés par la chirurgie car trop petits ou mal positionnés ⁽⁶⁾.

Comment l'embolisation est-elle réalisée ?

Ce sont des radiologues spécialisés en radiologie interventionnelle qui pratiquent l'embolisation.

L'artère fémorale est ponctionnée au pli de l'aîne, le plus souvent à droite. Un petit cathéter est monté dans les artères utérines afin d'y injecter les microparticules.

Cette intervention se réalise le plus souvent sous sédation et très rarement sous anesthésie. C'est pourquoi vous serez amenée à rencontrer un anesthésiste en consultation avant la procédure.

Selon les cas, il est possible que cette intervention ait lieu en ambulatoire, c'est-à-dire que vous rentrez le matin à l'hôpital pour en sortir en fin d'après-midi, ou en hospitalisation complète avec une sortie le lendemain ou le surlendemain.

1. Dueholm M et al. Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. Am J Obstet Gynecol 2002 ;186:409-15. 2. Marret H. et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012;165:156-64. 3. Ravina, J. H., Herbreteau, D., Ciraru-Vigneron, N., Bouret, J. M., Houdart, E., Aymard, A., & Merland, J. J. (1995). Arterial embolisation to treat uterine myomata. Lancet (London, England), 346(8976), 671-672. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(95\)92282-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(95)92282-2) 4. Manyonda I, Belli A-M, Lumsden M-A, et al (2020) Uterine-Artery Embolization or Myomectomy for Uterine Fibroids. N Engl J Med 383:440-451. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1914735> 5. Gupta JK. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. Cochrane data base Syst review. 2014. 6. Tixier H et al. Preoperative embolization or ligation of the uterine arteries in preparation for conservative uterine fibroma surgery. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89:1310-5. 7. Clinical recommendations on the use of uterine artery embolisation (UAE) in the management of fibroids. 3rd edition. RCOG. 2013. 8. Fiche de recommandation pour la pratique clinique : prévention de l'insuffisance rénale induite par les produits de contraste iodés. CIRTACI, SFR. V1. Dec 2004. 9. Redecha M. Jr et al. Myoma expulsion after uterine artery embolization. Arch Gynecol Obstet 2009; 280:1023-4. 10. Dutton S et al. A UK multicentre retrospective cohort study comparing hysterectomy and uterine artery embolization for the treatment of symptomatic uterine fibroids (HOPEFUL study): main results on medium-term safety and efficacy. BJOG. 2007 Nov;114(11):1340-51.

Quelles sont les contre-indications et les limites de l'embolisation ?

La grossesse est une contre-indication ⁽²⁾ toutefois une grossesse peut être possible après embolisation ⁽⁶⁾ ;
L'allergie vraie à l'iode ainsi que l'insuffisance rénale sévère demanderont des précautions particulières : notifiez-le à votre médecin durant la consultation ;
Les fibromes de très grande taille ou atypiques ou sous muqueux isolés dans la cavité utérine (Type 0 ou 1) ou au contact des organes proches : vessie ou colon (sous-séreux pédiculés volumineux) ⁽²⁾ nécessiteront une discussion spécifique de vos médecins.

Quelles sont les conséquences de l'embolisation ?

Au moment de l'arrêt de la vascularisation du fibrome, des douleurs comparables à des contractions peuvent apparaître mais être soulagées par des médicaments contre la douleur ⁽⁷⁾. Ils seront administrés en perfusion au début puis en comprimés au bout de 24 h (Il est très important de bien les prendre pour ne pas laisser s'installer la douleur) ; dans certains cas, des nausées et de la fièvre sont observées ⁽⁷⁾ : c'est pour cela que vous resterez hospitalisée au moins quelques heures après votre intervention. La récupération complète prend en général 1 à 2 semaine(s) mais peut s'étendre jusqu'à 1 mois ⁽⁵⁾.

Quels sont les risques de l'embolisation ?

Les bénéfices attendus sont largement supérieurs aux risques encourus. Les risques sont inférieurs aux autres thérapeutiques invasives. Cependant toute intervention sur le corps humain, même conduite dans des conditions de compétence et de sécurité maximales, comporte un risque de complication.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état général, vos antécédents médicaux ou par un traitement pris avant l'intervention. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux), de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez et de vos allergies connues.

▪ PENDANT l'intervention

- 1- Il existe des risques dus à l'injection du produit iodé avec une possible réaction allergique ⁽⁸⁾ ;
- 2- Il faut être prudent chez certains sujets atteints de maladies fragilisant le rein (insuffisance rénale chronique, diabète, myélome...) ⁽⁸⁾.

▪ APRES l'intervention

Localement, au niveau du point de ponction, il peut se produire exceptionnellement un hématome qui se résorbera en 2 à 3 semaines ⁽⁷⁾ ;

- 1- Exceptionnellement, des lésions de l'artère peuvent nécessiter un traitement chirurgical ;
- 2- Il y a des risques thrombo-emboliques liés à la migration d'un caillot pouvant provoquer une interruption de l'apport de sang au niveau des membres ⁽⁷⁾ ;
- 3- Dans quelques cas, des infections, pouvant s'associer à une expulsion du fibrome nécrosé, ont été décrites et devront être traitées par des antibiotiques instaurés aux urgences ;
- 4- Il existe un risque d'infertilité ⁽⁵⁾ et un risque d'arrêt des règles avec ménopause temporaire ou précoce (rare mais possible surtout après 40 ans) ⁽¹⁰⁾ avec des risques d'adhérences utérines, secondaire ou non à une infection ou à une expulsion des fibromes ⁽⁹⁾ ;
- 5- Il y a un risque faible de fausse couche ;
- 6- Il a été rapporté dans moins de 1% des cas des lésions utérines nécessitant une hystérectomie ;
- 7- Le risque de décès est rarissime.

▪ APRES votre retour à domicile

Si vous commencez à saigner à l'endroit où le cathéter a été introduit : allongez-vous et appuyez sur la zone du saignement ou faites appuyer par une personne de votre entourage.

Face à :

- des douleurs pelviennes résistant aux antalgiques ;
- un changement de couleur, de volume ou de température au niveau de la zone de ponction ;
- des douleurs, une sensation de froid, une modification de la sensibilité, ou un changement de couleur de la jambe concernée par la ponction artérielle ;

contactez immédiatement votre médecin ou l'équipe de radiologie interventionnelle **ou les urgences** :

- **du lundi au vendredi 09h30-12h00 14h00-16h30 : Secrétariat Radiologie ☎ 02 47 47 47 25**
- **en dehors des heures ouvrables : Praticien d'astreinte ☎ Standard CHRU Tours 02 47 47 47 47**

Préciser au standardiste « appel dans le cadre du suivi d'une prise en charge en radiologie interventionnelle »

En cas d'urgence vitale, contactez le SAMU au 15.

Pôle inter hospitalier Femme-Parentalité
Service de gynécologie

Pôle inter hospitalier Imagerie Médicale
Service de Radiologie Neuroradiologie
Diagnostic et Interventionnelle
☎ : rdv.nri@chu-tours.fr

Pôle Anesthésie-Réanimation
Service Anesthésie-Réanimation

Hôpital BRETONNEAU 2 Boulevard Tonnellé 37044 TOURS Cedex 9

Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'intervention que vous êtes amenée à passer. Nous espérons y avoir répondu. N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire.