

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un peuple- Un but- Une Foi



U.S.T.T-B



Université des Sciences, des Techniques
des Technologies de Bamako
(USTTB)

Faculté de Médecine et et
Odontostomatologie
(FMOS)

MEMOIRE DE FIN CYCLE

THEME:

**CONFRONTATION ECHO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE POUR LA
PRISE EN CHARGE DES FIBROMES UTERINS DANS LES SERVICES DE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET D'IMAGERIE MEDICALE DE LA
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO A PROPOS D'UN CAS**

Présenté et soutenu devant la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie
par

Dr SAOUDATOU TALL

Pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'Echographie Gynécologique et
Obstétricale

Année universitaire: 2022- 2023

Date de soutenance: 02/08/2023

President du Jury: Professeur Niani MOUNKORO

Membres du jury: Professeur Mamadou DIALLO

Professeur Youssouf TRAORE

Professeur Amadou BOCOUM

Docteur Issa CISSE



DEDICACES

Je dédie ce travail

A Allah, le tout puissant, le clément, le très miséricordieux qui par sa grâce nous a permis de mener à bien ce travail.

Au prophète Mohamed «paix et salut sur lui» : qui nous guide sur ce bon chemin.

A mon père Alpha Macki Tall et à ma mère Dicko Maiga :

Vous vous êtes tant sacrifiés pour l'éducation et la réussite de vos enfants. Les valeurs religieuses, sociales, et familiales que vous nous avez enseignées demeurent une ligne infranchissable et inébranlable dans cette vie éphémère. Votre départ prématuré a créé un vide infini dans lequel nous ne voyons que prières, bénédictions et sacrifices. Qu'Allah vous accorde le paradis éternel « Amine».

A mes frères et sœurs Aguibou, Madina, Mima, Ibrahima, Tatou: Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement. Je souhaite que les propos de nos parents demeurent dans nos esprits et qu'ils nous servent pour le restant de nos jours. Restons unis comme toujours.

A mes enfants : Sira, Thin, Yirafé, les quatre Dicko, les deux Macki et Oumar:

Qu'Allah vous accorde une longue vie, une bonne ligne de conduite, une bonne santé et un avenir lumineux « Amine».



REMERCIEMENTS

A nos Maîtres et juges :

Chers Maîtres

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Nous tenons à vous exprimer notre entière reconnaissance. Ce travail est le fruit de vos conseils et de votre soutien moral et matériel. Vous êtes des exemples à suivre.

Veillez Accepter ici chers Maîtres nos sincères remerciements.

A toute l'équipe d'encadrement du DU d'échographie :

Chers Maitres

Vous n'avez ménagé aucun effort pour la qualité de notre enseignement, Votre disponibilité, votre souci de transmettre un savoir universel, vos qualités humaines et scientifiques font de vous un exemple à suivre. Qu'Allah vous accorde une longue vie tout en contribuant à la réalisation de vos vœux. Nous vous serons éternellement reconnaissants.

Aux participants du D U d'échographie de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie : chers collègues ces moments passés ensemble ont été dans la joie et la bonne humeur.



SIGLES ET ABREVIATIONS :

% : pourcentage

ATCD : Antécédent

CHU : Centre hospitalier universitaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

Cm : Centimètre

CHU G T : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Toure

DDR : date des dernières règles

FIGO : Fédération internationale de gynécologie obstétrique

Hb: Hémoglobine

HCG : Hormone chorionique gonadotrope

HSG : Hystérosalpingographie

IRM : Imagerie par résonance magnétique

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLAN

I. INTRODUCTION

II. OBJECTIFS

III. GENERALITES

3.1. DEFINITION

3.2. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES

3.2.1. Rappels anatomo-physiologiques de l'utérus

3.2.1.1. Morphologie et situation

3.2.1.2. Histologie

3.2.1.3. Physiologie de l'utérus

3.3 Épidémiologie

3.1 Fréquence

3.2 Facteurs de risque

3.4. CLASSIFICATION DES MYOMES

3.3.1. Classification des myomes selon leurs localisations dans les tuniques de l'utérus :

3.3.2. En fonction des tuniques de l'utérus, on distingue, de l'intérieur vers l'extérieur

3.3.3. Classification des myomes selon leurs localisations au niveau des différents segments de l'utérus

3.3.4. Classification selon la FIGO

3.4. ETUDE CLINIQUE

3.4.1. Type de description : fibrome utérin à développement pelvien

3.4.2 Formes cliniques

3.4.3 Diagnostic

3.4.4 Diagnostic positif

3.4.5 Diagnostic différentiel

3.5. PLACE DE L'ECHOGRAPHIE DANS L'EXPLORATION DE L'UTERUS

3.5.1. Définition et principes

3.5.2. Quelques indications

3.5.3. Matériels utilisés

3.5.4. Modalités pratiques

3.5.4.1. Voies et sondes

3.5.4.2. Préparation et installation de la patiente

3.5.4.3. Déroulement de l'examen

3.5.4.4. Echo-anatomie de l'utérus

IV - RESULTATS : UNE SEULE OBSERVATION

1 - Caractéristiques de la patiente

2 – Interrogatoire

3 - Examen physique

4 – Echographie transcutanée voie (sus-pubienne) et voie endocavitaire :

5- Démarche thérapeutique

V- DISCUSSION

VI- CONCLUSION

VII -REFERENCES

I. INTRODUCTION

Les fibromes utérins (myomes ou léiomyomes) sont des tumeurs bénignes, les plus fréquentes chez la femme en âge de procréer [1]. Ils sont formés par une prolifération de cellules conjonctives nommées fibroblastes, auxquelles s'ajoutent des fibres collagènes, qui sont des protéines complexes [2].

En effet la prévalence du fibrome est sous-estimée, car des données histologiques montrent un chiffre double de celui fourni par les symptômes cliniques [3]. Des études longitudinales récentes ont estimé que le risque de développer un fibrome chez une femme de plus de 45 ans est supérieur à 60% [3]. En 2009, une étude internationale réalisée chez 21 746 femmes âgées de 15 à 49 ans avec des hémorragies menstruelles avait rapporté une prévalence de 7,04 % (tout âge confondu). Parmi les 1465 femmes françaises incluses dans l'étude, 4,6 % avaient déclaré avoir un fibrome utérin. D'autres publications rapportant les données de prévalence à partir d'études par auto-questionnaire ou d'un examen diagnostique telle que l'échographie transvaginale ont permis d'estimer des prévalences de fibromes utérins symptomatiques compris entre 10,0 % et 23,6 % voire 30 - 40 % dans les populations d'origine afro caribéenne [4]. La cause des fibromes reste toujours inconnue et leur biologie moléculaire est peu explicative, mais certains facteurs de risques sont associés comme l'âge élevé, la race noire, l'obésité, les antécédents familiaux, la ménarche précoce, la nulliparité l'infertilité... A contrario, la ménopause, la multiparité, l'âge tardif de la dernière grossesse, et le tabac seraient des facteurs protecteurs. [3 ; 5 ;6]. Ce sont des tumeurs hormono-dépendantes, la croissance des fibromes est influencée par des stéroïdes ovariens, aussi bien les estrogènes que les progestérones, les facteurs de croissance, d'androgènes et le processus de l'apoptose. L'hyperoestrogénie favorise leur croissance d'ou l'absence de myome avant la puberté et leur dégenescence après la ménopause. [4]

L'échographie demeure l'examen diagnostique de référence. La grande majorité des myomes sont asymptomatiques et leur diagnostic est fortuit au cours d'une échographie ou autre imagerie pelvienne (l'échosonographie et l'hystérocopie). Ces examens sont essentiels pour préciser la topographie, le nombre des fibromes, et de découvrir des fibromes sous-muqueux échappant à l'examen clinique [7].

Ces derniers révèlent entre autres des symptômes classiques qui sont les « **ménométrorragies** » ainsi que des douleurs pelviennes selon leurs localisations et bien sûr leurs volumes. La ménorragie est le symptôme le plus fréquent souvent compliquée d'anémie également considérée comme une source de gêne fonctionnelle pour les patientes [3;5].

Les fibromes utérins peuvent être associés à des troubles de la reproduction, mais leur imputation réelle, toujours difficile à établir ne dépasse probablement pas 2 ou 3% des cas. En raison du caractère bénin de la pathologie utérine fibromateuse, seuls les myomes symptomatiques doivent être pris en charge.

Le principal critère entrant en compte dans le choix du type de traitement est le désir ou non pour la patiente de conserver sa possibilité de fertilité tout en priorisant son intérêt supérieur [8].

Compte tenu de la fréquence du fibrome utérin et de son impact sur le pronostic obstétrical, nous avons initié ce travail dont le but est d'objectiver l'intérêt de l'échographie dans le diagnostic des fibromes afin de faciliter la prise en charge et pour cela nous nous sommes fixés des objectifs.

II.OBJECTIFS

Objectif Général

Etudier la concordance entre la clinique et l'échographie dans le diagnostic et la prise en charge des fibromes utérins.

Objectifs spécifiques :

- ▢ Décrire les aspects clinique et échographique du fibrome utérin;
- ▢ Décrire la prise en charge chirurgicale du fibrome utérin ;
- ▢ Comparer le diagnostic échographique à la réalité clinique et chirurgicale du fibrome utérin.

III.GENERALITES

3.1. Définition

Le léiomyome utérin (également nommé de façon impropre fibrome ou fibromyome utérin) est une tumeur bénigne du tissu musculaire oestrogénodépendant de l'utérus. C'est une maladie bénigne caractérisée par l'apparition de tumeurs mésoenchymateuses hormono-sensibles dans le muscle lisse utérin [9].

3.2.RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES

3.2.1. Rappels anatomo-physiologiques de l'utérus

3.2.1.1. Morphologie et situation

L'**utérus** est un organe musculaire lisse creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il est arrivé à maturité. Il est situé entre la vessie en avant et le rectum en arrière et est habituellement anté fléchi. Lorsque le fond utérin est tourné en arrière, l'utérus est dit rétrofléchi et lorsqu'il est tourné vers l'avant l'utérus est dit antéversé. L'utérus a une consistance ferme, mais est élastique. Son poids est d'environ 50g chez la nullipare et 70g chez la multipare.

Le corps : Il est conique, aplati d'avant en arrière, avec : deux faces, deux bords, une base convexe ou fundus utérin et de sang ou les cornes utérines droite et gauche se continuant avec les trompes utérines ;

L'isthme : qui correspond à l'union entre le corps et le col ;

Le col: Il est cylindrique et donne insertion au vagin qui le divise en deux parties, supra- vaginale et vaginale. La partie supra-vaginale se continue avec le corps. La partie vaginale est rose pâle et percée à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col utérin.

3.2.1.2. Histologie :

La paroi de l'utérus est épaisse et formée de 3 couches:

L'endomètre: C'est la couche interne qui tapisse l'utérus. Elle est constituée de cellules glandulaires qui produisent des sécrétions ;

Le myomètre : C'est la couche intermédiaire qui est constituée surtout de muscle lisse ;

Le périmétrium C'est la couche séreuse externe qui enveloppe le corps de l'utérus et une partie du col [10].

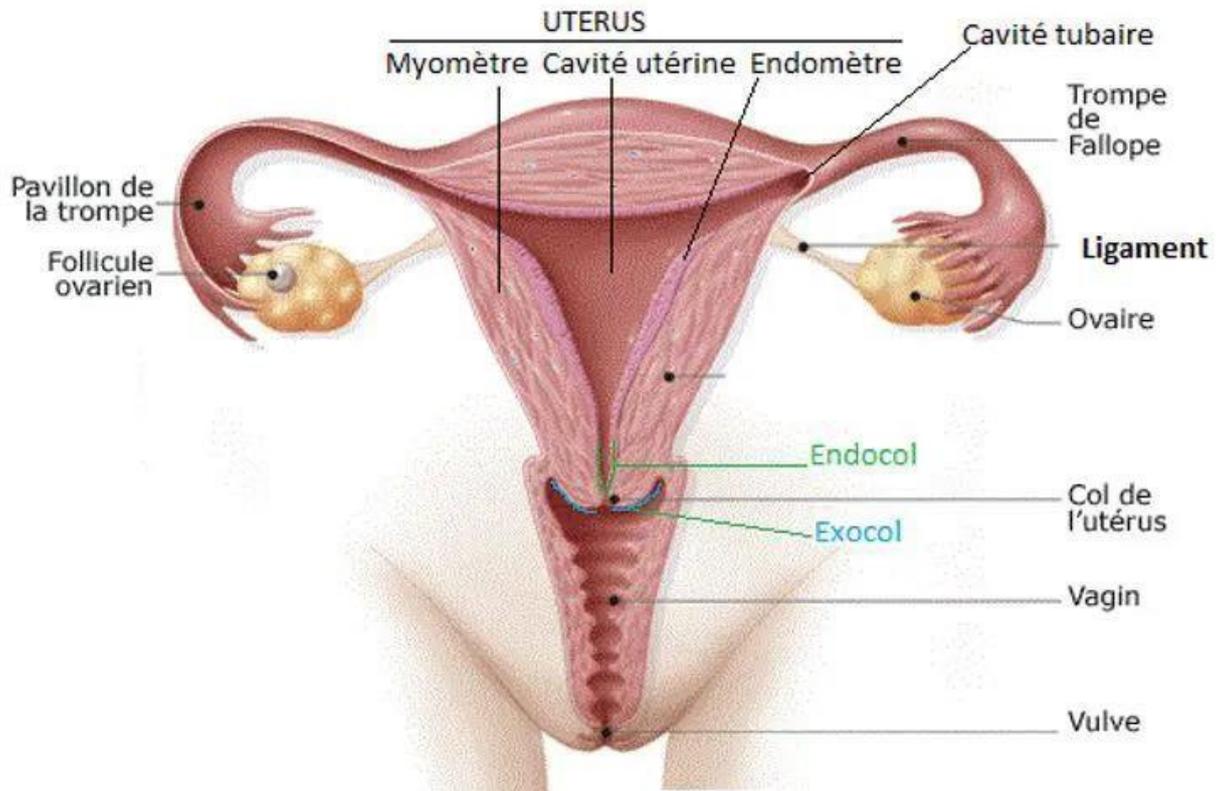


Figure1 : Schéma de la structure de l'utérus

3.2.1.3 Physiologie de l'utérus :

En dehors de toute grossesse, l'endomètre sous l'influence des sécrétions hormonales ovariennes, subit des modifications cycliques d'épaisseur et de structure que l'on peut analyser à l'échographie.

Au cours de la grossesse, on assiste à l'implantation de l'œuf fécondé dans la muqueuse utérine. L'hypertrophie des éléments et la distorsion des parois utérines par l'embryon entraînent une augmentation du volume utérin. Cette augmentation est proportionnelle à l'avancée de la grossesse.

Lors de l'accouchement, le myomètre se contracte pour permettre l'expulsion du fœtus et du placenta [11].

3.3. CLASSIFICATION DES MYOMES :

3.3.1. Classification des myomes selon leurs localisations dans les tuniques de l'utérus :

En fonction des tuniques de l'utérus, on distingue, de l'intérieur vers l'extérieur du corps :

- **Fibrome sous muqueux** (ou fibrome intra cavitaire) : Le fibrome est situé dans la cavité utérine, recouvert par l'endomètre (muqueuse utérine). Les fibromes sous muqueux peuvent être pédiculés (présentant un pied d'insertion) ou sessiles (présentant une large base d'implantation).
- Le fibrome sous-muqueux pédiculé: relié à la paroi utérine par un pédicule, et donc il se développe dans sa totalité dans la cavité utérine. Dans certains cas, le pédicule est assez long pour que le fibrome, sous l'effet des contractions utérines, dilate le canal cervical et apparaît au niveau de l'orifice externe du col utérin ou dans le vagin, c'est le fibrome accouché par le col. Ce type de fibrome est exposé à l'infection et à la nécrose. Les fibromes sous-muqueux sessiles sont divisés en fibrome sous-muqueux à grand diamètre intra cavitaire et les fibromes sous-muqueux à grand diamètre intra mural.



Figure 2 : Fibrome utérin (myome) sous muqueux ou endocavitaire Myome calcifié de façon circonférentielle réalisant un aspect de « coquille d'œuf » en corporeal postérieur (fibrome ancien)

- **Fibrome interstitiel** (ou fibrome intra mural) : Le fibrome est entièrement situé dans l'épaisseur du muscle utérin.



Figure 3 : Fibrome interstitiel corporeal postérieur (ou fibrome intra mural)

Fibrome sous séreux: Le fibrome fait saillie à la surface externe de l'utérus et se développe dans la cavité péritonéale. Il naît du myomètre, mais est localisé juste en dessous de la séreuse. De grosses lésions peuvent exercer un effet de masse sur les organes de voisinage (compression): vessie (augmentation de la fréquence des mictions), intestin (douleurs pelviennes), etc. Les fibromes sous séreux peuvent être pédiculés (présentant un pied d'insertion) ou sessiles (présentant une large base d'implantation).

Il est très facile à décrire dans la majorité des cas, sa présence se traduit par une déformation évidente des contours [12 ;13].

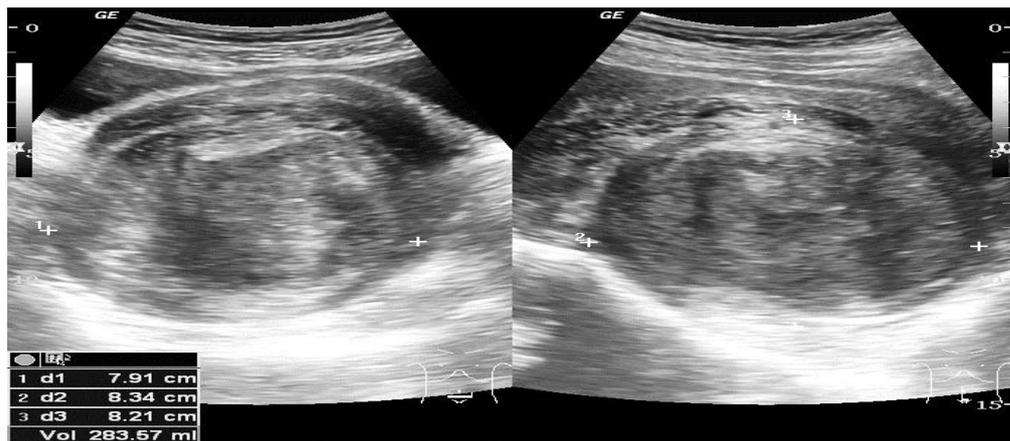


Figure 4 : Fibrome utérin sous séreux déformant les contours de l'utérus

3.3. Classification des myomes selon leurs localisations au niveau des différents segments de l'utérus

On distingue:

- **Fibrome cervical:** Le fibrome se développe au niveau du col utérin
- **Fibrome fundique :** Le fibrome se développe dans le fond utérin.
- **Fibrome intra ligamentaire:** Le fibrome est situé sur un ligament maintenant l'utérus.
- **Fibrome corporal:** Le fibrome se développe au niveau du corps de l'utérus [14 ; 15]

3.3.4 Classification selon la FIGO [16 ; 17 ; 18]

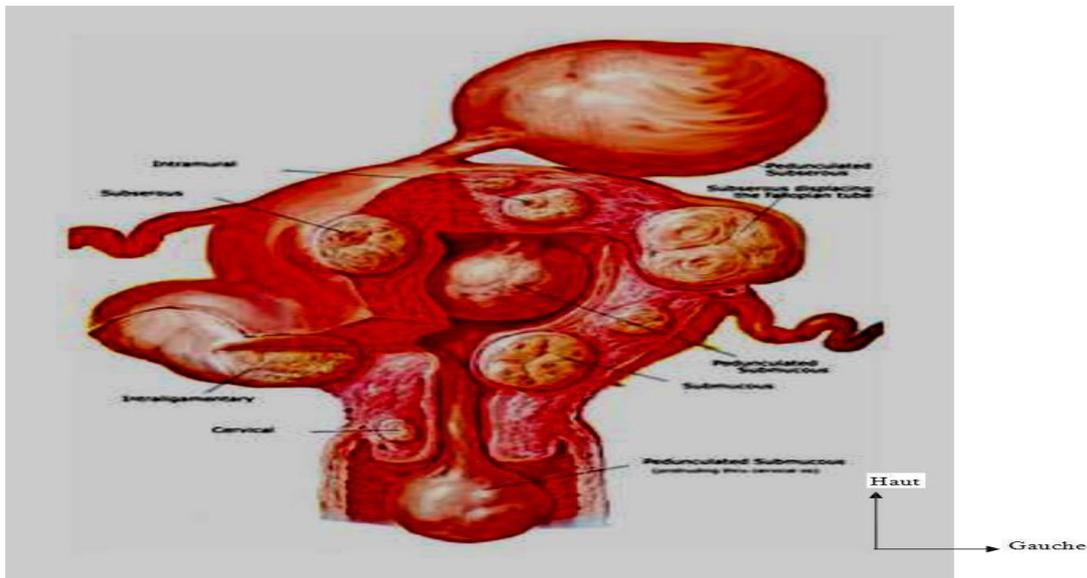


Figure 5 : Emplacements possibles des fibromes

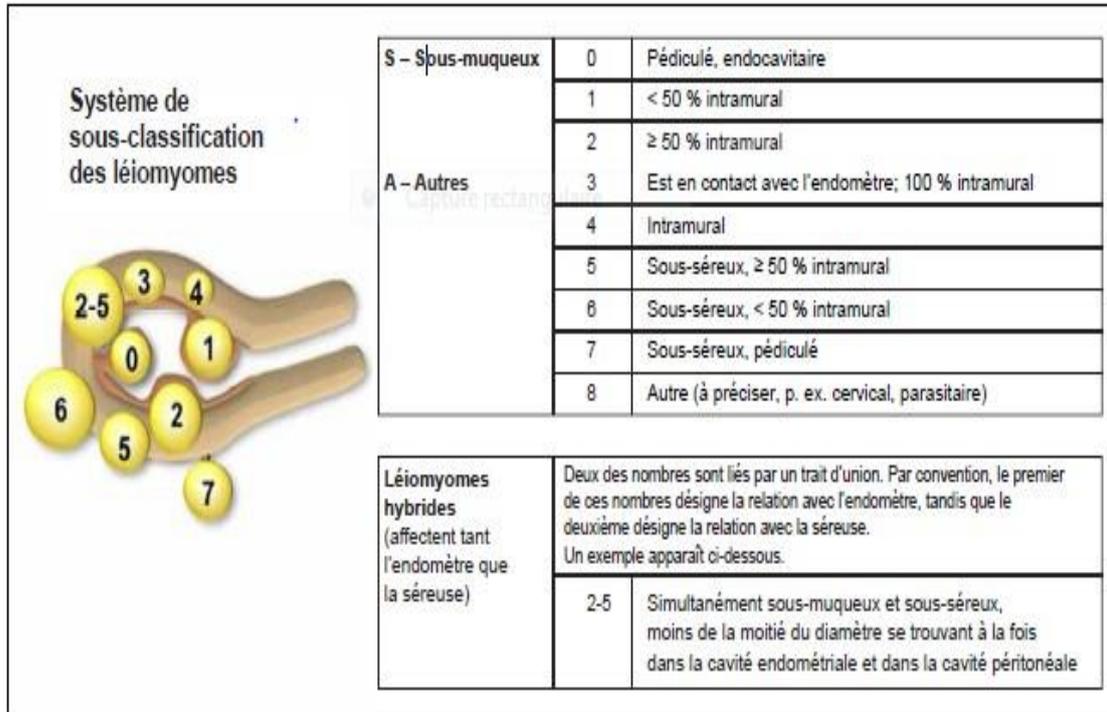


Figure 6 : Classification FIGO des fibromes utérins 2011 [16]

3.4. ETUDE CLINIQUE

Les circonstances de découverte sont:

Fibrome asymptomatique :

- découvert au cours d'un examen systématique,
- découvert à l'occasion d'une consultation pour désir d'enfant.

Fibrome symptomatique découvert au cours d'un examen clinique.

3.4.1. Type de description : fibrome utérin à développement pelvien

3.4.1.1 Signes fonctionnels :

Le fibrome utérin peut se manifester par les signes suivants, isolés ou associés :

- ménorragies = règles abondantes et prolongées, c'est le signe essentiel qui caractérise le fibrome utérin,
- métrorragies,
- ménométrorragies,
- pesanteur pelvienne augmentée par la fatigue,
- trouble urinaire à type de pollakiurie,
- augmentation du volume de l'abdomen,
- notion de stérilité,
- fausses couches à répétition.

3.4.1.2. Signes physiques :

NB : Nécessité de la vessie et du rectum vides pour un bon examen.

- **A l'inspection** : On peut observer une voussure abdominale ou abdomino-pelvienne.

- **A la palpation** : On note une masse de taille variable, consistance ferme arrondie et unique ou au contraire bosselée et de forme irrégulière, indolore, mobile par rapport à la peau et au plan profond.

- **Au toucher vaginal associé au palper abdominal** :

- l'utérus est globalement augmenté de volume,
- il est déformé par une masse arrondie, lisse, de volume variable, ferme, élastique, indolore,
- il n'existe pas de sillon entre la masse et l'utérus,
- les mouvements imprimés à la masse sont transmis au col de l'utérus et vice-versa.

3.4.1.3. Examens complémentaires :

➤ **L'échographie** : A la suite de l'examen clinique, l'échographie est l'examen diagnostique de référence.

Elle doit être réalisée par voie abdominale et vaginale.

Elle confirme le diagnostic et permet de préciser : la position des fibromes dans le pelvis et dans le myomètre, leur taille, leur nombre et leurs modifications (recherche d'une nécrobiose aseptique). Elle permet également de distinguer les fibromes sous-séreux, sous-muqueux et interstitiels.

Elle élimine une grossesse intra-utérine, un kyste de l'ovaire et une hyperplasie simple.

➤ **Les autres examens complémentaires :**

Ils sont rarement utilisés car peu nécessaires.

- **L'hystéroscopie diagnostique**: C'est l'examen clé pour apprécier le retentissement intra-cavitaire des fibromes.
- **L'hystérogaphie** : Son indication dans le diagnostic et le bilan d'une pathologie myomateuse se sont rétrécis avec les années. Elle garde uniquement un intérêt pour apprécier le retentissement des myomes sur la cavité utérine et en cas d'infertilité associée. Elle permet de pratiquer le bilan de la perméabilité tubaire dont le diagnostic peut modifier la prise en charge de l'infertilité.
- **Le scanner** : Moins performant que l'échographie, il n'est généralement pas indiqué, sauf en cas de localisation particulière, notamment si l'on suspecte une compression urétérale.
- **L'imagerie par résonance magnétique (IRM)** : Elle permet de caractériser le siège, le nombre, la taille et la transformation du fibrome, et représente l'examen le plus efficace pour la cartographie exacte des fibromes. Elle peut également permettre le diagnostic différentiel avec l'adénomyose et les masses annexielles.

3.4.1.4. Evolution/Complications :

Les fibromes utérins sont bien tolérés dans 1/3 des cas et subissent une involution avec la ménopause. Dans certains cas l'évolution se fait vers les complications suivantes :

- les hémorragies qui vont entraîner une anémie par leur abondance ou leur répétition,
- les complications mécaniques à type de :
 - torsion en cas de fibrome pédiculé,
 - compression (urétérale, vésicale, vasculaire ou rectale),
- les complications infectieuses en cas de fibromes sous-muqueux (endométrite).
- la nécrobiose aseptique,
- la transformation kystique, œdémateuse ou calcaire.

3.4.2 Formes cliniques

3.4.2.1. Formes topographiques:

En fonction de la localisation par rapport à l'utérus : fibrome de la corne, de l'isthme, du col ou ligamentaire.

En fonction de la situation abdomino-pelvienne : fibromes pelviens, gros fibromes abdominaux.

3.4.2.2. Formes associées:

Le fibrome peut être associé à un kyste organique de l'ovaire, à un cancer (col, endomètre), une tumeur ovarienne, une grossesse, un polype de l'endomètre, une adénomyose, un prolapsus génital, une incontinence urinaire ou un goitre (hyperfolliculinie).

3.4.3 Diagnostic

3.4.3.1 Diagnostic positif

Il repose sur les données de l'examen clinique et des examens complémentaires (intérêt de l'échographie).

3.4.3.2 Diagnostic différentiel

- **Devant une tumeur pelvienne :** il faut éliminer une grossesse ou une tumeur ovarienne.
- **Devant les saignements d'origine utérine (métrorragies, ménorragies) :** il faut éliminer : un cancer du col utérin, un cancer de l'endomètre, un polype de l'endomètre, une hyperplasie de l'endomètre, une cause fonctionnelle, une hypothyroïdie, un trouble de la coagulation, un traitement anticoagulant.

3.5. PLACE DE L'ECHOGRAPHIE DANS L'EXPLORATION DE L'UTERUS

3.5.1. Définition et principes : L'échographie pelvienne est un examen qui permet d'explorer et d'obtenir une image précise des organes du pelvis (utérus, ovaires). C'est un examen dont le principe est celui de n'importe lequel qui se base sur l'utilisation des ultrasons, grâce à la réflexion des ultrasons lorsqu'ils rencontrent un obstacle ou une matière dense. C'est un examen anodin, inoffensif, facile, rapide, non irradiant, peu coûteux, peu invasif et entraîne peu d'inconfort pour la patiente. Elle est opératrice dépendante et nécessite un savoir-faire et une expertise.

3.5.2. Quelques indications : Les indications sont très variées pour la réalisation de l'échographie pelvienne. Les principales sont:

- La présence de douleurs ou de syndrome douloureux pelvien ;

- La présence de trouble des règles (ménorragie, métrorragie, dysménorrhée, aménorrhée) ;
- La recherche de certaines pathologies de l'utérus (Fibrome, polype, adénomyome), des trompes (hydro ou pyosalpinx)
- Le bilan d'infertilité ;
- En début de grossesse : pour une datation, avant une interruption volontaire de grossesse (IVG), pour la recherche de fausse couche, ou de grossesse extra utérine (GEU) ;
- Le dépistage ou le suivi de cancer des organes du pelvis (utérus, ovaire...).

3.5.3. Matériels utilisés :

Les matériels sont essentiellement

Un échographe de marque **EDAN** comportant :

- Une unité centrale pour accumuler les données et les traiter;
- Un écran plat ou cathodique sur lequel l'image est projetée;
- Une console qui commande l'ensemble de l'appareil ;
- Les sondes (linéaire, cardiaque, convexe et endovaginale) qui émettent les ultrasons et les reçoivent par le système de réflexion ;
- Une imprimante de marque Sony pour l'image affichée sur l'écran;
- Le gel de couplage qui permet d'améliorer le contact entre la sonde et la peau ;
- Du papier hygiénique pour nettoyer les sondes, la peau et toutes les parties du corps souillées par le gel.
- Un préservatif pour éviter les contaminations.

3.5.4. Modalités pratiques

3.5.4.1. Voie et sondes :

Voie sus-pubienne : on utilise une sonde sectorielle de 3,5 MHz, éventuellement de 5 MHz chez les femmes minces.

Voie endo-vaginale : sonde endo-vaginale à de 7 à 8 MHz.

3.5.4.2. Préparation et installation de la patiente :

La voie sus-pubienne nécessite une réplétion vésicale, la patiente boit une heure avant l'examen un litre et demi d'eau. Une fois la vessie pleine et qu'elle aura envie d'uriner, on procède à la réalisation de l'examen. Elle est détendue, en décubitus dorsal, région abdomino-pubienne dévêtue et les bras le long du corps.

Pour la voie endo-vaginale, la patiente est en position gynécologique, vessie vide.

3.5.4.3. Déroulement de l'examen :

- o Coupe longitudinale pour mesurer la longueur et l'épaisseur de l'utérus;
- o Coupe transversale pour mesurer sa largeur
- o Coupes paramédianes pour le repérage des ovaires : aspect et taille.

3.5.4.4. Echo-anatomie de l'utérus : L'utérus a grossièrement la forme d'une poire renversée, bien limitée, d'échogénicité homogène qui tranche nettement avec la vessie en avant et les structures retro-utérines plus dense en arrière. Antéversé ou retro-versé, il est très mobile autour d'un axe passant par l'isthme.

La cavité utérine apparaît sous un aspect linéaire et située au centre de l'utérus en coupe longitudinale. Elle apparaît sous un aspect linéaire au fond utérin et punctiforme au niveau de l'isthme et du col en coupe transversale.

IV - OBSERVATION : NOTRE CAS

1 - Caractéristiques de la patiente

Mme KC a 32 ans, ingénieur agronome, résidant à kalaban coura, mariée il y a 5ans à Mr MK qui a 46 ans Ingénieur agronome Monogame père d'une fille de 2ans.

2 – Interrogatoire

Histoire de la maladie

Le début de la symptomatologie remonterait à 10 jours par des ménorragies peu abondantes avec des caillots sans douleur pelvienne, ni leucorrhées qui ont motivé la consultation au CSRef. A noter que Mme KC avait suivi un traitement de stérilité pendant 3 mois avec une sage-femme qui aurait demandé une échographie qui avait objectivé des fibromes utérins et une hystérosalpingographie qui serait normale mais elle aurait perdu les résultats.

Antécédents

Antécédents médicaux et chirurgicaux

- Elle est du Groupe Sanguin : B rhésus Positif

- Allergie connue : aucune
- Elle n'a jamais été opérée

Antécédents gynécologiques

- Ménarche à 13 ans
- N'a jamais utilisé de méthode contraceptive
- Notion de traitement de stérilité de 3 mois
- Pas d'intervention et autres antécédents gynécologiques

Antécédents obstétricaux

- Elle est deuxième geste, nullipare avec deux fausses couches spontanées à 6 SA puis à 8 SA ayant nécessité une Aspiration Manuelle Intra Utérine
- Date e des dernières règles : 02 / 06 / 2023
- Cycle : régulier de 32 jours

Antécédents familiaux

- Pas de maladie familiale connue

3 - Examen physique : Bon état général, conjonctives et téguments colorées, aires ganglionnaires libres, l'examen de la glande thyroïdienne était normal, l'auscultation cardiopulmonaire était physiologique, les seins étaient d'aspect normal, l'abdomen est augmenté de volume avec palpation d'une masse abdomino-pelvienne de 24 cm de grand axe, dure, de contours irréguliers, bosselés par endroit, non douloureuse, mobilisable par rapport à la peau et au plan profond. La vulve est propre. L'examen au spéculum permet de voir un col latéro-devié à droite sain avec des parois vaginales d'aspect normal. Le toucher vaginal objective un col latéro-devié à droite, court de 1,5 cm environ, ferme et fermé. L'utérus est augmenté de taille comme une grossesse de 26 Semaines avec des contours irréguliers et perception d'un noyau myomateux postérieur comblant le cul de sac de Douglas rendant difficile la mobilisation de l'utérus. Le gant d'examen est propre

Nous avons ainsi suspecté un utérus polymyomateux et réalisé une échographie pelvienne au sein du service pour confirmer le diagnostic.

4 –Imagerie médicale:

-L' échographie :

Il a été effectué avec l'appareil EDAN d'abord par voie transpéritoneale puis par voie endovaginale. Nous avons utilisé une sonde transpéritoneale de 3,5 MHz (vessie en réplétion) et une sonde endovaginale de 6,5 MHz (vessie vide).

À l'échographie transpéritoneale, sur une coupe sagittale médiane l'utérus est vide avec un endomètre de 8 mm. Après avoir eu une idée générale sur l'utérus et la topographie des myomes, nous nous sommes beaucoup plus appesantis sur la voie endovaginale afin de mieux préciser les caractéristiques des différents myomes étudiés par la voie sus pubienne. Nous avons utilisé différents plans de coupes afin de pouvoir mieux poser le diagnostic d'utérus polyyomateux.

L'échographie sus pubienne a permis d'objectiver un utérus augmenté de taille longueur, largeur et épaisseur (112mm x 104 x 99mm) avec des contours irréguliers avec un myome M1 sous séreux corporeal antérieur de 63mm de diamètre (cf figure N°4).

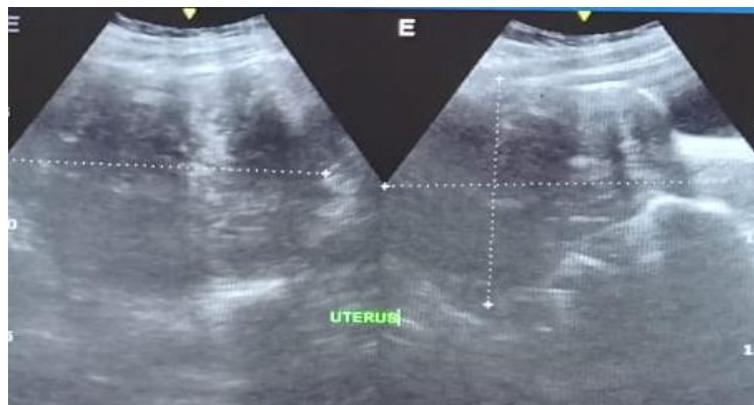


Figure 7: Vue d'ensemble de l'utérus par voie sus pubienne avec une réplétion vésicale



Figure 8 : Coupes longitudinales sur l'utérus à l'aide d'une sonde endo-cavitaire avec mensuration de l'endomètre (08 mm) et visualisation d'un myome intra-cavitaire (M5) de 42 mm de diamètre.



Figure 9 : Coupes transversales réalisées sur l'utérus à l'aide d'une sonde 3.5Mhz mettant en évidence un myome intra-cavitaire M5 de 42 mm de diamètre et d'un myome M9 interstitiel corporel antérieur de 68 mm de diamètre.

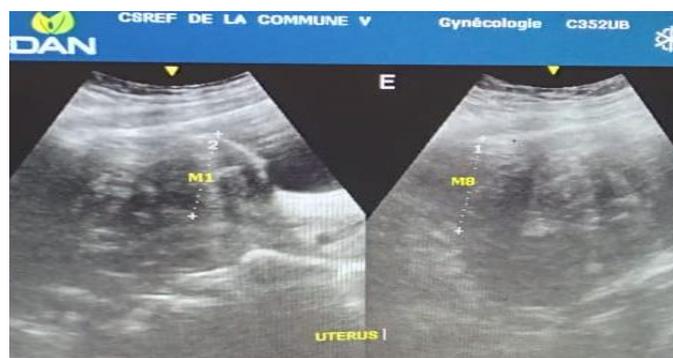


Figure 10 : Coupes transversales réalisées sur l'utérus à l'aide d'une sonde 3.5Mhz mettant en évidence un myome M1 sous séreux corporel antérieur de 63 mm de diamètre et M8 sous séreux corporeo-isthmique postérieur de 70mm de diamètre.

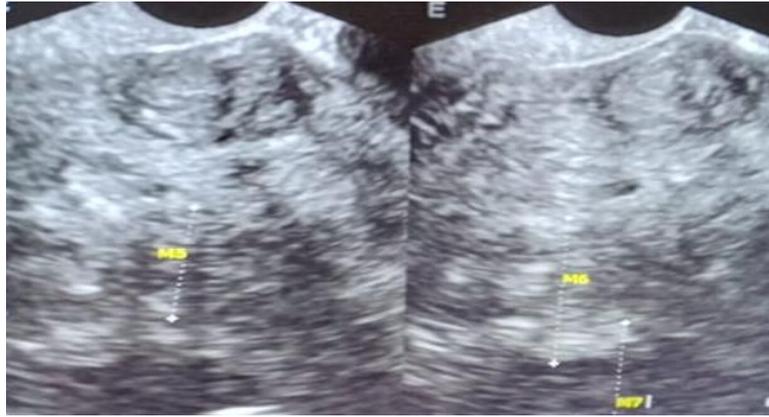


Figure 11 : Coupes longitudinales sur l'utérus à l'aide d'une sonde endo-cavitaire mettant en évidence des myomes de taille et topographie variables : Myomes M5 intra-cavitaire de 42mm de diamètre, M6 interstitiel isthmique postérieur de 59 mm de diamètre et M7 interstitiels isthmique postérieur de 41 mm de diamètre. M3 est visible sur cette figure.

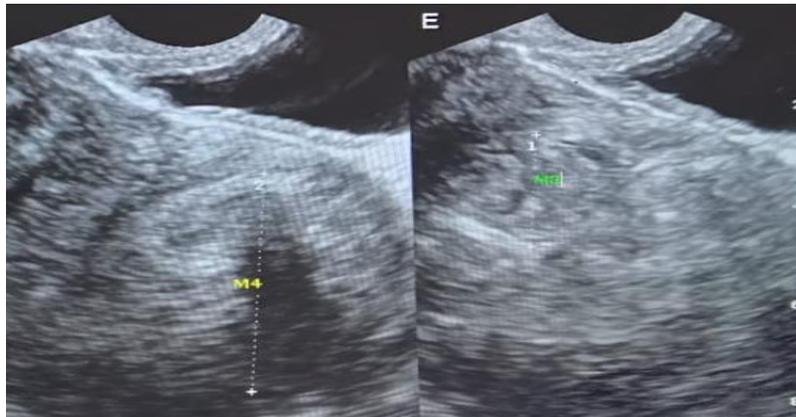


Figure 12 : Coupes longitudinales sur l'utérus à l'aide d'une sonde endo-cavitaire mettant en évidence des myomes M3 interstitiel corporeal antérieur de 37 mm de diamètre et M4 interstitiels corporeal antérieur de 79 mm de diamètre.



Figure 13 : Myomes M5 intra cavitaire de 42 mm de diamètre et M2 interstitiels corporeal antérieur de 48 mm de diamètre

- Classification FIGO des myomes chez la patiente

M1 Myome sous sereux corporéal antérieur de 63 mm FIGO **4-6**

M2 Myome interstitiels corporéal antérieur de 48 mm de diamètre FIGO **3-5**

M3 Myome interstitiel corporéal antérieur de 37 mm de diamètre FIGO **4**

M4 Myome interstitiels corporéal antérieur de 79 mm de diamètre FIGO **3-6**

M5 Myome intra cavitaire de 42 mm FIGO **1**

M6 Myome interstitiel isthmique postérieur de 59 mm de diamètre FIGO **4-6**

M7 Myome interstitiels isthmique postérieur de 41 mm de diamètre FIGO **4**

M8 Myome sous séreux corporéo-isthmique postérieur de 70mm de diamètre FIGO **6**

M9 Myome interstitiel corporéal antérieur de 68 mm de diamètre FIGO **4-6**

5- Démarche thérapeutique :

Notre conduite pratique a été de discuter avec Mme KC d'une prise en charge chirurgicale en vue d'une polymyomectomie. Après obtention de son consentement éclairé, nous avons donné un bilan préopératoire composé d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, d'un bilan biologique et d'une consultation d'anesthésie. Un bon de 4 poches de Sang B⁺ fut donné. Elle réunit toutes les conditions et fut programmée pour l'intervention.

La poly myomectomie réalisée le 26 Juin 2023 a permis de retirer 11 myomes de diamètres variant entre 88 mm et 28 mm. Les loges des myomes ont été capitonnés avec une hémostase satisfaisante, la cavité abdominale fut nettoyée avec du sérum salé 0,009%. Nous avons ensuite fermé sur différents plans et enfin procédé au Pansement régulier jusqu'à la cicatrisation de la plaie opératoire. Les pièces opératoires ont été fixées et envoyées au service d'anatomo-pathologie.

La patiente a également bénéficié d'une mobilisation précoce, d'une antibiothérapie et d'une héparinothérapie préventive de 3 jours.



Figure 14 : face antérieure Figure 15: face postérieure Figure 16 : bord latéral gauche

Figures 14, 15 et 16 : Utérus polymyomateux à la laparotomie, face antérieure, face postérieure et bord latéral gauche de l'utérus



Figure 17 : Examen macroscopique des pièces opératoires

11 myomes de 84mm, 76mm, 71 mm, 69 mm, 67 mm, 46 mm, 41 mm, 37 mm, 33 mm, 26 mm, 18 mm mesurés avec un mètre ruban

V – DISCUSSION

Les fibromes utérins sont fréquents chez la femme en âge de procréer, notre patiente a 32ans. Cet âge est comparable à la plupart des études africaines comme celui de SIDIBE A qui en 2022 au CHU Gabriel Touré a trouvé une tranche d'âge de 30-39 ans (40,28%) avec un âge moyen de 38,31 ans [22].

La tranche d'âge de **30-45 ans** était la plus représentée dans l'étude de **DIALLO M** en 2020 au CS Réf de la commune VI soit une fréquence de **75,63%** avec un âge moyen de **36,87 ans** [20]. La tranche d'âge de 31 - 40 ans soit **43,75%** a été trouvée par **KONE CH** en 2022 en commune IV [21]. Les âges extrêmes étaient de 19 ans à 75 ans dans l'étude de **ELOUARDIGHI I** au Maroc [19].

Notre patiente est une nullipare ; la nulliparité était notée dans 55,3% des cas dans l'étude de **ELOUARDIGHI I** au Maroc [19], **17,43%** dans l'étude de **DIALLO M** [20] et **53,12%** pour **KONE CH** en 2022 en commune IV [21].

Les myomes sont restés longtemps asymptomatiques chez notre patiente.

La ménorragie était le motif de consultation chez notre patiente, elle n'avait pas de **ménométrorragies** ni douleur pelvienne ni anémie mais les hémorragies utérines ont représenté **66,3%**, les algies pelviennes **57,2%**, et les troubles vésicaux **18,3%** dans l'étude de **ELOUARDIGHI I** [19].

Dans l'étude de **DIALLO M**, **97,48%** des patientes ont consulté pour une masse pelvienne [20].

Notre patiente se trouve dans une situation de stérilité. L'infertilité primaire était associée aux fibromes utérins dans 12,5% des cas dans l'étude de **ELOUARDIGHI I** au Maroc [19]. Dans l'étude de **KONE CH** en 2022 en commune IV, **21,87%** des patientes avaient de kystes ovariens associés aux myomes et 9.37% portaient une grossesse [21].

Le diagnostic de fibrome a été confirmé à l'échographie. Cette dernière demeure l'examen diagnostique de référence du fibrome utérin.

La topographie était en accord avec le vécu en peropératoire. Le nombre des fibromes en peropératoire (11 myomes) était cependant supérieur au nombre vu à l'échographie (9 myomes). Cette différence pourrait s'expliquer par la superposition possible des images en cas d'utérus polymyomateux rendant difficile la visualisation de certains myomes.

VI- CONCLUSION

Le fibrome utérin survient chez la femme en âge de procréer. Il peut rester longtemps asymptomatique puis par suite se manifester par de ménorragies dans un contexte de d'infertilité. L'examen clinique bien conduit permet d'emblée de poser la forte suspicion du diagnostic en fonction de la taille et de la topographie des myomes. L'échographie demeure le moyen diagnostique par excellence du fibrome utérin. Toutefois sa pratique nécessite des conditions préalables ainsi qu'un opérateur ayant une expertise avérée afin d'obtenir une meilleure cartographie et d'appuyer le clinicien dans la conduite à tenir. Ainsi, les images échographiques peuvent être en accord avec les données de l'examen clinique et celles du peropératoire. Cependant, de légères différences peuvent exister en rapport avec le nombre et la taille des différents myomes. Elles sont liées à la superposition possible des myomes constituant un élément de confusion lors de l'examen échographique.

VII- REFERENCES

- [1] **RONGIERES C.** Épidémiologie du fibrome utérin : facteurs de risques et fréquence. Impact en Santé Publique. 2020, vol. 28, p. 6.
- [2] **TRAORE MSD.** Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques du fibrome utérin à l'hôpital Fousseyni N'daou de Kayes; Thèse Med Bamako 2011 p.14.
- [3] **RACINET C.** Epidémiologie, facteurs de risque et symptomatologie des myomes utérins, journal de gynécologie obstétrique, médecine de la reproduction 2009; 11(2): 118-122.
- [4] **FERNANDEZ H. CHABBERT-BUFFET N. KOSKAS M. NAZAC A.** Epidémiologie du fibrome utérin en France en 2010–2012 dans les établissements de santé – analyse des données du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, France, 2014, vol. 43, n^o 8, p. 616-628.
- [5] **DUBUISSON J:** Facteurs de risque du fibrome utérin aux hôpitaux universitaires de Genève 14, rue Gabrielle Perret Gentil 4, 1205- 1211, annuaire 2023.
- [6] **TRELOAR S.A. MARTIN N.G. DENNERSTEIN L. RAPHAEL B. HEATH A.C.** Pathways to hysterectomy: Insights from longitudinal twin research, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Juill 1992, vol. 167, n^o 1, p. 82-88.
- [7] **LANSAC J. LECOMTE P. MARRET H.** Gynécologie pour le praticien, Issy-les- Moulineaux cedex, Elsevier Masson, 2012, 8e édition. 62, rue Camille- Desmoulins.
- [8] **BENDIFALLAH S. LEVAILLANT J.M. FERNANDEZ H.** Manuel du résident. Tsunami, 2007.
- [9] **OUOLOGEM A.** Fibrome utérin: étude épidémiologique, Clinique et thérapeutique au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré 2003-2010. Thèse Med, Bamako, 2011.
- [10] **KAMINA P :** Anatomie Gynécologie et obstétricale 4^e édition.1984, 259-272.
- [11] Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. Fertil Steril 2007;87:725e36.
- [12] **ROBERT HG, PALMER R, BOURYHEYN CL, COHEN J.**
: Précis de gynécologie, 2^{ème} édition Masson Paris, 1974; 856p ; 683-700.
- [13] **WALIGORA J. PERLEMUTER L.,** Anatomie, Paris, 3^{ème} édition, 1975.
- [14] **LANSAC J. ET LECOMTE P.,** Gynécologie pour le praticien. 6^e édition, Masson, Paris; 1998, 2002; P58-59.

[15] **BECLERE C.** Précis de gynécologie médicale (Ed .Masson 1996.Tome I) 77-80.

[16] **MUNRO MG, CRITCHLEY HO, BRODER MS, FRASER IS.** FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. International Journal of Gynecology Obstetric 2011;113:1–2.

[17] **COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS (CNGOF).** Actualisation de la prise en charge des myomes [Myoma management recommandations]. Journal Gynecology Obstetric Biology Reproduction 2011;40:693e708.

[18] **PUECH F:** CNGOF, les fibromes utérins ; Recommandations pour la pratique clinique 26 Mars 2019, www.santé.fr

[19] **ELOUARDIGHI I :** Les fibromes utérins, étude rétrospective au service de gynécologie-obstétrique "B" du CHU Mohammed VI, thèse 114, Marrakech, 2012.

[20] **DIALLO M :** Aspects épidémio-cliniques et thérapeutique du léiomyome utérin au centre de sante de référence de la commune VI du district de Bamako, thèse Médecine Bamako 2020, 84p.

[21] **KONE CH :** Apport de l'échographie dans l'exploration des myomes utérins dans le service de radiologie et d'imagerie médicale de l'hôpital du district commune IV à propos de 32 cas, mémoire DU échographie générale Bamako 2022, 35p.

[22] **SIDIBE A :** Aspects épidémio-cliniques et thérapeutique du fibrome utérin au service de gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré, 2022, 22M217, 97p.