

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTÉ DE MÉDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

Thèse

**Fibrome utérin : Aspects épidémiologiques-cliniques
thérapeutiques et histologiques dans le Centre de Santé
de Référence de la Commune IV du District de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le : 3 11/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mme Fatoumata M KEÏTA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

PRESIDENT : M. Tioukani THÉRA, Maitre de Conférences Agrégés

MEMBRE : M. Mamadou SIMA, Maitre de Conférences

CO-DIRECTEUR : M. Amaguiré SAYE, Medecin

DIRECTEUR : M. Cheick B TRAORÉ, Professeur

DEDICACES



DEDICACE

Je dédie ce travail

A ALLAH

Je remercie le bon Dieu, tout puissant de m'avoir donné la force et le courage pour survivre, ainsi que l'audace pour dépasser toutes les difficultés. De mener à bien ce travail

A mon père Mamadou KEITA

Voilà enfin le jour que tu as attendu avec beaucoup de patience. Ce travail est l'aboutissement de tous les sacrifices que tu as endurés pour moi. Qu'Allah le miséricordieux te garantisse encore longue vie à nos côtés pour goûter le fruit de ce travail.

A ma mère Nana SOSSO

Maman chérie, aucun mot n'est assez fort pour te remercier ce jour spécial pour moi. Tu nous as donné une vie que tu as remplie d'amour de joie mais aussi une vie qui nous a permis à notre tour d'aimer une autre personne inconditionnellement. Tu nous as donné tous ceux dont un enfant peut attendre de sa mère, tu as été toujours présente quand nous avons eu plus besoin de toi, sois sûre nous n'oublierons jamais tes efforts pour notre réussite.

Je suis sûre que tes vœux seront exaucés par le tout puissant et que tes efforts ne seront pas vains.

A mon tonton Daouda COULIBLY

Les mots me manquent pour remercier tes efforts fournis depuis au Lycée jusqu'aux études universitaires votre souci était de me voir réussir. Merci tonton ce travail est le vôtre.

A ma tante Mme Fofana Sira KEITA et toute la famille FOFANA

Aucun mot n'est assez grand pour remercier votre accueil chaleureux, vos soutiens et vos hospitalités. Vous m'avez accepté dans votre famille sans me montrer l'indifférence. Merci à vous ce travail est le vôtre.

A mon défunt mari Aldjouma MAHAMADOUN

Cher mari tu nous as quitté à l'âge très jeune, tu as été un mari fils frère père et ami que tout le monde désirait avoir dans la vie. Cher mari nous ne t'oublierons jamais, tu resteras gravé dans notre mémoire. Tu as été un mari debout respectueux affectueux et responsable. Tu t'es sacrifié pour ma réussite. Nous avons voulu tous les deux être ensemble ce jour ci mais personne ne peut à la volonté Divine. Dort en paix. Qu'Allah le tout puissant réserve une place dans son paradis à toi et à tous nos braves hommes tombés dans le champ d'honneur.

A ma petite sœur Aissata KEITA

Merci pour ton soutien et l'amour fraternel qui nous lie

A mes frères et sœurs

Merci pour tous vos soutiens, conseils et l'amour fraternel. Restons unis et a jamais pour l'amour de Dieu. Recevez mes considérations les plus sincères.

A mon fils Mahamadoun ALDJOUMA

Ta présence me donne de l'espoir, tes sourires font mes bonheurs. Que Dieu t'accorde une longue vie.

A mon frère Dr Ali KONATE

Merci pour ton aide et les heures que tu as passées devant l'ordinateur. Ce travail est le votre

REMERCIEMENTS

Je remercie

Ma patrie le Mali

Merci d'avoir assuré mon encadrement pendant toutes ces longues durées d'étude.

Ma chère patrie merci pour ce gage que la paix et la cohésion sociale reviennent au Mali.

Au corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Merci pour l'enseignement dont vous nous avez gratifiés.

A mes oncles et tantes, je vous remercie pour votre soutien moral et financier dans ces moments difficiles.

A mes frères et sœurs

A vous tous, je dis merci pour les conseils et les services rendus.

Tous mes enseignants de l'école fondamentale et du lycée.

Tous mes camarades de promotion pour les durs moments passés ensemble.

A tous mes amis de la FMOS. Je ne vais pas citer de noms pour ne pas omettre certains, chers amis votre sympathie et votre sens élevé de courtoisie goût à la collaboration que Dieu nous maintienne unis pour le présent et le futur.

A Tout le personnel de l'hôpital de District de la CIV particulièrement au service de gynécologie obstétrique

Vous m'avez guidé et soutenu tout au long de l'élaboration de ma thèse.

Merci pour les disponibilités que vous avez réservées à ce travail.

A tous mes collègues internes

Merci pour ces moments de joie et partage passés ensemble.

A la famille MAIGA

Merci pour votre soutien et l'amour que Dieu le tout puissant Veille sur vous.

A Tous les amis de mon défunt mari

Merci pour votre aide et considération permanente depuis la disparition de mon cher époux jusqu'au jour d'aujourd'hui. Que Dieu vous protège contre tout le mal du monde. Merci mille fois.

A tous les Gynécologue-Obstétriciens de l'hôpital du District CIV : Dr SAYE Amaguiré, Dr DIARRA Déssé, Dr DIARRA Sirama, et Dr DEMBELE Brahima merci pour vos enseignements de qualité et vos contributions scientifiques.

A toutes les personnes que Dieu a mises sur mon chemin

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur THERA Tioukani Augustin

- Chef de service de Gynécologie Obstétrique au CHU du point G
- Maître de Conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique
- Ancien Faisant Fonction d'Interne des hôpitaux de Lyon (France)
- Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la stérilité-Université Paris IX (France)
- Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clément Ferrant (France)
- Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes
- Membre de société africaine et française de gynécologie obstétrique
- Président de la commission médicale au CHU du point G.

Cher maître,

Nous avons été très touchés par votre sens de l'accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.

Malgré vos multiples occupations, vous nous faites honneur en présidant ce jury

Permettez-nous, cher maître, d'exprimer nos vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Mamadou SIMA

- Gynécologue-Obstétricien
- Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique du CHU du point G
- Maître de conférences à la faculté de Médecine et d'Odonto-stomalogie.

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations

Votre dynamisme votre respect et votre disponibilité ont toujours suscité notre admiration.

Veillez recevoir nos sincères remerciements.



A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur SAYE Amaguiré

- Gynécologue-Obstétricien à l'hôpital du DISTRICT de la CIV
- Chef de service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital du DISTRICT de la CIV
- Médecin chef adjoint de l'Hôpital de DISTRICT de la CIV
- Praticien hospitalier à l'hôpital DISTRICT de CIV
- Membre de la Société Malienne de la Gynécologie Obstétrique

Cher maitre

C'était un plaisir pour nous d'avoir des moments d'entretien et de partage avec vous pour ce travail.

Vous êtes resté disponible, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations.

Nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur TRAORE Cheick Bougadari

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologique à la FMOS
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie pathologique du CHU du point G.
- Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des sciences fondamentales à la FMOS.
- Praticien hospitalier au CHU du point G.
- Collaborateur du projet de Dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers du Mali.
- Président de la société Malienne de Pathologie (SMP)

Cher Maître

Vous nous aviez fait l'honneur de nous confier le sujet de cette thèse

Vos Qualités humaines et vos professionnels ainsi votre modestie reste exemplaire.

Recevoir ici cher maitre le témoignage de notre sincère reconnaissance.

ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATIONS

Anapath : Anatomopathologie

ASACO : Association de Santé Communautaire

ATCD : Antécédent

C E S : Certificat d'études spécialisées

CHU G.T : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE

CHU du Point G : Centre Hospitalier Universitaire du Point G

Cm : Centimètre

CPN : Consultations prénatales

CSCom : Centre de Santé Communautaire

C S Réf : Centre de Santé de Référence

FCV : Frottis cervico-vaginal

FMOS : Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

GEU : Grossesse Extra-utérine

Hb : Hémoglobine

HTA : Hypertension Artérielle

HSG : Hystérosalpingographie

IVA : Inspection visuelle après application à l'acide acétique

IVL : Inspection visuelle après application au lugol

Km : Kilomètre

LH-RH : Luteïning Hormone – Releasing Hormone

MI : Myome Interstitiel

MIC : Myome Intra Cavitaire

MIM : Myome Intramuraux

mm : Millimètre

MSM : Myome Sous Muqueux

MSS : Myome Sous Séreux

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Oto Rhino Laryngologie

SA : Semaine d'Aménorrhée

UGD : Ulcère Gastro duodéal

UIV : Urographie Intraveineuse

VIH : Virus d'immunodéficience humaine.

VS : Vitesse de Sédimentation

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I- INTRODUCTION	2
II- OBJECTIFS :	5
III- GÉNÉRALITÉS :	7
IV MÉTHODOLOGIE	51
V-RÉSULTATS	60
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	75
VII- CONCLUSION.....	81
VIII- RECOMMADATIONS	83
IX- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	85

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Le fibrome utérin ou fibromyome ou léiomyome utérin est une tumeur bénigne développée aux dépens du muscle utérin [1].

Il représente encore la première cause d'hystérectomie pour lésion bénigne.

Tumeur la plus fréquente dans le système reproducteur féminin, les fibromes utérins sont observés chez 50% à 60% des femmes (jusqu'à 70% à l'âge de 50 ans) et, dans 30% des cas, provoquent une morbidité dues à des saignements utérins anormaux et à une pression pelvienne. Les femmes afro-américaines ont plus de chances d'être touchées par les fibromes utérins, en particulier à un âge plus précoce que les femmes blanches ou asiatiques [2].

En effet la prévalence des fibromes utérins augmente à partir de 30 ans, elle est d'environ 25% chez les femmes entre 40-50 ans et peut atteindre 50% des femmes âgées de plus de 50 ans [3 ,4].

➤ En France, la fréquence en 2010 était de l'ordre de 20% des femmes à partir de 30 ans et 40% des femmes de 50 ans. Cette fréquence augmente chez les femmes noires [5].

La fréquence est plus élevée en Afrique sub-saharienne :

➤ Au Sénégal une étude effectuée a montré 34,9% de myomectomie par laparotomie [6].

➤ Traoré M rapportait une fréquence de 20% des femmes de plus de 35 ans qui étaient porteuses d'un fibrome [7].

➤ Dolo A au CHU Gabriel Touré rapportait une fréquence de 4,2% sur 17.382 consultations gynécologiques soit 747 cas de fibrome utérin [8].

Le diagnostic est souvent tardif en Afrique, au stade de polomyomatose utérine symptomatique. Ceci du fait de l'inaccessibilité à l'échographie qui constitue l'examen de référence pour la détection des fibromes.

Ces dernières années, la prise en charge des fibromes utérins a connu des avancées considérables notamment en ce qui concerne le traitement médical qui en absence de complication devrait être le moyen thérapeutique de première intention [9-10]. Les complications peuvent être d'ordre mécanique par compression, trophique avec dégénérescence œdémateuse, nécrobiose 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 [11].

Compte tenu la gravité de cette pathologie et des lourdes conséquences socio-économiques et sanitaires qu'il cause ; il nous a semblé intéressant d'entreprendre cette étude

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

2.1 Objectif général :

Etudier le fibrome utérin dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence du fibrome utérin dans le service ;
- Décrire les aspects sociodémographiques des patientes ;
- Décrire les aspects cliniques et para-cliniques du fibrome utérin ;
- Déterminer le pronostic.

GÉNÉRALITÉS

III- GÉNÉRALITÉS :

3.1 Définition :

Un fibrome (ou léiomyome) est une tumeur bénigne formée de cellules musculaires lisses. Dans de rares cas, il peut produire des métastases ; on parle de léiomyosarcome. [12]

3.2 Historique :

Le fibrome utérin est connu depuis l'antiquité. Hippocrate parlait déjà de « Pierre de la matrice ». C'est au XIX siècle que les fibromes feront l'objet d'étude très poussée.

Virchow inaugura le premier les discussions pathogéniques avec la théorie infectieuse qui lierait le fibrome aux infections génitales.

En 1890, Conneim et Ribet lancent la théorie des « vestiges embryonnaires ». Celles-ci seraient les cellules souches du fibrome. [13]

De 1890 à 1904, les théories vasculaires avec Roesler, Pillet et Knauer font du fibrome une formation localisée et circonscrite développée aux dépens de la paroi vasculaire. Ces théories devaient donner place à la théorie hormonale plus séduisante :

- ❖ Iscovesco en 1910 connaît un grand succès dans ces travaux sur l'utérus ;
- ❖ En 1926 Courrier et Poitvin provoquaient une hyperplasie des fibres musculaires lisses de l'utérus chez la lapine castrée en lui administrant du liquide folliculaire de vache.
- ❖ 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 ont fait histologiquement des myomes. [14]
- ❖ De 1938 à 1939, Moricard et Cauchoix reprennent la même expérience et obtiennent des myomes et tumeurs extra-utérines de matière fibreuse.

- ❖ De 1934 à 1941, Ducuing et Bimes devaient confirmer ces résultats chez le cobaye castré ;
- ❖ Depuis quelques années des auteurs comme Millerludouici et Arbor ont inauguré une nouvelle méthode de recherche en pratiquant des cultures de tissu, mais comme le précisent Huauier et Scali, il est encore trop tôt pour conclure.
- ❖ De nos jours encore, des recherches continuent pour connaître avec précision la pathogénie du fibrome utérin.

En dépit de ces discussions pathogéniques, des conceptions thérapeutiques se révèlent de plus en plus. De 1837 à 1868, la priorité va à la clinique. Les premières interventions pour fibromes furent pratiquées à partir de 1864, car au début c'était une abstention totale. Seuls les fibromes sous muqueux étaient opérés par voie basse. En 1878, A. Martin de Berlin en Allemagne intervient par voie abdominale.

En France, malgré le brillant rapport de Chevrier en 1891, 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 » en se basant sur le principe des rôles de sécrétions glandulaires dans la genèse des fibromyomes. Devant l'insuccès de cette méthode, l'ère de chirurgie plus radicale s'ouvrit et ce fut l'apogée de l'hystérectomie, témoin l'assertion de Gordon de Portland En 1899 : « Il faut conserver à la malade la santé et non ses organes inutiles », et de Péan et Doyen qui soutiendront que « tout fibrome constaté doit être aussitôt opéré ». Malgré la très louable opposition en 1901 de Dartig qui voudrait qu'après la révolution sanglante, la chirurgie utérine devienne de plus en plus mesurée et conservatrice. Cette chirurgie conduisant de multiples vexations de la ménopause précoce a poussé les praticiens à reposer le problème : c'est alors le règne de prescriptions médicales multiples, mais la pharmacopée, si riche, redonne tous ses droits à une chirurgie plus efficace.

En 1893, Trelat et Verneuil utilisaient la radiothérapie. Thérapie inoffensive, en 1902, elle devait frapper un grand coup en enregistrant son premier succès chez une femme inopérable.

Depuis, on enregistre aussi bien en France avec Foveau Councelles et A. Beclere qu'en Allemagne avec Deutch, de nombreux succès.

En 1913, à Londres on rapporte 64 succès sur 66 cas traités.

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. L'euphorie est totale comme en témoigne cette déclaration de Wintz « 5 à 6% seulement des fibromes réclament l'intervention chirurgicale, tous les autres doivent être irradiés. »

Comme la chirurgie, les agents physiques vont à leurs tours connaître un certain déclin par soulèvement des voix autorisées contre l'utilisation abusive des rayons.

Car les risques de dégénérescence sarcomateuse après irradiation sont très élevés [14]

- ❖ Lacaille en 1914 cite 1 cas de dégénérescence, Delbet en 1919 cite 3 Cas.
 - ❖ Dehler en 1927 rapporte 65 observations dont 46 cancers généralisés de l'utérus.
 - ❖ Grassin en 1952 dans sa thèse, présente un cas de dégénérescence sarcomateuse apparue 2 ans après irradiation pénétrante pour fibrome de Latence de 8 à 19 ans.
- En somme, depuis 20 ans, la radiothérapie dans le traitement du fibrome de l'utérus est laissée au profit des analogues de GnRH ou LHRH. Depuis, différents types d'interventions conservatrices intermédiaires entre l'hystérectomie totale sans conservation et la myomectomie sont proposés.

Au 20^e siècle, toutes ces méthodes chirurgicales sont encore appliquées

3.3 Embryologie [12] :

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 donne un œuf diploïde. Elle est suivie immédiatement par les phénomènes de segmentation se poursuivant pendant la migration de l'œuf dans la trompe vers l'utérus (2, 4, puis 8 blastomères). À partir de ce stade la division cellulaire devient inégale, on observe de petites cellules claires (les micromères) et de 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 constitueront l'embryon proprement dit. À la fin de la première semaine l'œuf commence son implantation dans la muqueuse utérine et au stade de blastocyste et mesure 150 microns. À la périphérie du blastocyste la couche superficielle se différencie en trophoblaste, futur placenta. À l'intérieur un amas cellulaire forme le bouton embryonnaire qui va se répartir en 3 feuilles : l'ectoblaste, l'endoblaste, le mésoblaste. Au cours de la 2^{ème} semaine tandis que s'achève la nidation, les cellules du bouton embryonnaire se différencient en 2 couches distinctes (disque didermique) :

- Une profonde : l'endoblaste ;
- Une 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. L'ébauche du canal de Müller apparaît peu de temps après la formation du canal de Wolff (5^{ème} semaine) sous l'aspect d'une invagination de

l'épithélium cœlomique 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 cœlomique (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^{ème} semaine), les canaux de Wolff commencent à dégénérer. Tout le long du corps de Wolff, le canal de Müller est en avant et en dehors du canal de Wolff. Arrivée 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 ou gubernaculum de Hunter est croisé superficiellement par les canaux génitaux.

Au point de croisement le gubernaculum adhère au canal de Müller, et se trouve divisé en deux segments :

- ✓ L'un, proximal, donnera le ligament utéroovarien ;
 - ✓ L'autre, distal, le ligament rond. Par ailleurs, à l'extrémité distale du ligament inguinal, le péritoine émet un diverticule à travers la paroi abdominal appelé canal vaginal de Nuck qui s'oblitère normalement vers le quatrième mois de la vie intra-utérine dont la persistance après la naissance donne lieu à des kystes.
- Formation du canal tubo-utéro-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.

➤ Segment supérieur ou crânial : donne uniquement les trompes. Son extrémité supérieure (portion pro néphrétique) 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 musculieuse 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^{ème} mois et ne prennent leurs caractères qu'après la naissance.

➤ Segment inférieur ou caudal :

Les canaux de Müller s'adosent sur la ligne médiane qui se fusionnent en un canal unique ; le canal utero vaginal de Leuckart. La soudure des deux canaux se fait dans le sens caudo-crânial, de l'extrémité intérieure du vagin au fond de l'utérus, à partir du troisième mois. Mais la fusion se fera dans la région moyenne et s'étendra vers le haut et le bas, si bien qu'il persiste temporairement deux septas : 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 se fait dans la direction caudale. Les bulbes sino vaginaux éloignent temporairement la cavité utérovaginale du sinus urogénital. Le canal utero vaginal s'allonge et s'aplatit ensuite dans le sens dorso-ventral et se dilate latéralement. Dans le segment inférieur de ce canal, les parois antérieure et postérieure venues au contact l'une contre l'autre se soudent vers le quatrième 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 utéro-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 Müllérienne, c'est-à-dire mésodermique, d'autres, en Particulier Koff, pensent que seuls les 4/5 supérieurs du vagin sont d'origine Müllérienne, et que 1/5 inférieur dériverait de « bulbes sino vaginaux » d'origine sinusaire, c'est-à-dire endodermique.

3.3.1 Développement histologique [15] :

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, 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 péri-Müllerien constituera ce que nous désignons sous le terme d'archéomyomètres. 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 quatrième mois de la vie intra-utérine. Il disparaît dans les portions isthmiques et ampullaires des trompes. La séreuse utérine provient de l'épithélium cœlomique. Quant aux plis de la muqueuse vaginale et du col utérin, ils apparaissent vers la vingtième semaine de

la période foetale. Mais ce n'est qu'à partir de la sixième année que la muqueuse cervicale se plisse franchement, réalisant des plis nommés « Arbre de vie ».

3.3.2 Développement macroscopique de l'utérus :

A partir des vingt huitièmes semaines, la croissance utérine est subitement accélérée, pour atteindre 35 mm de longueur totale chez le fœtus à terme. Dès le quatrième 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 % (bouton et Millet). 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 (Jeffcoate).

Chez la fillette, la croissance utérine est très lente jusqu'à la puberté ; celles-ci entraîne une poussée de croissance qui atteindra son maximum vers la dix-huitième année (en dehors de tout état de gestation). Notons par ailleurs qu'au cours de la naissance les ligaments utéro sacrés ne contiennent aucune fibre musculaire lisse, ce n'est que quelques semaines plus tard qu'apparaissent dans la partie antérieure des ligaments et des faces latérales de l'utérus des fibres musculaires lisses (J.H.Soutoul).

3.4 Anatomie :

3.4.1 Anatomie physique [16] :

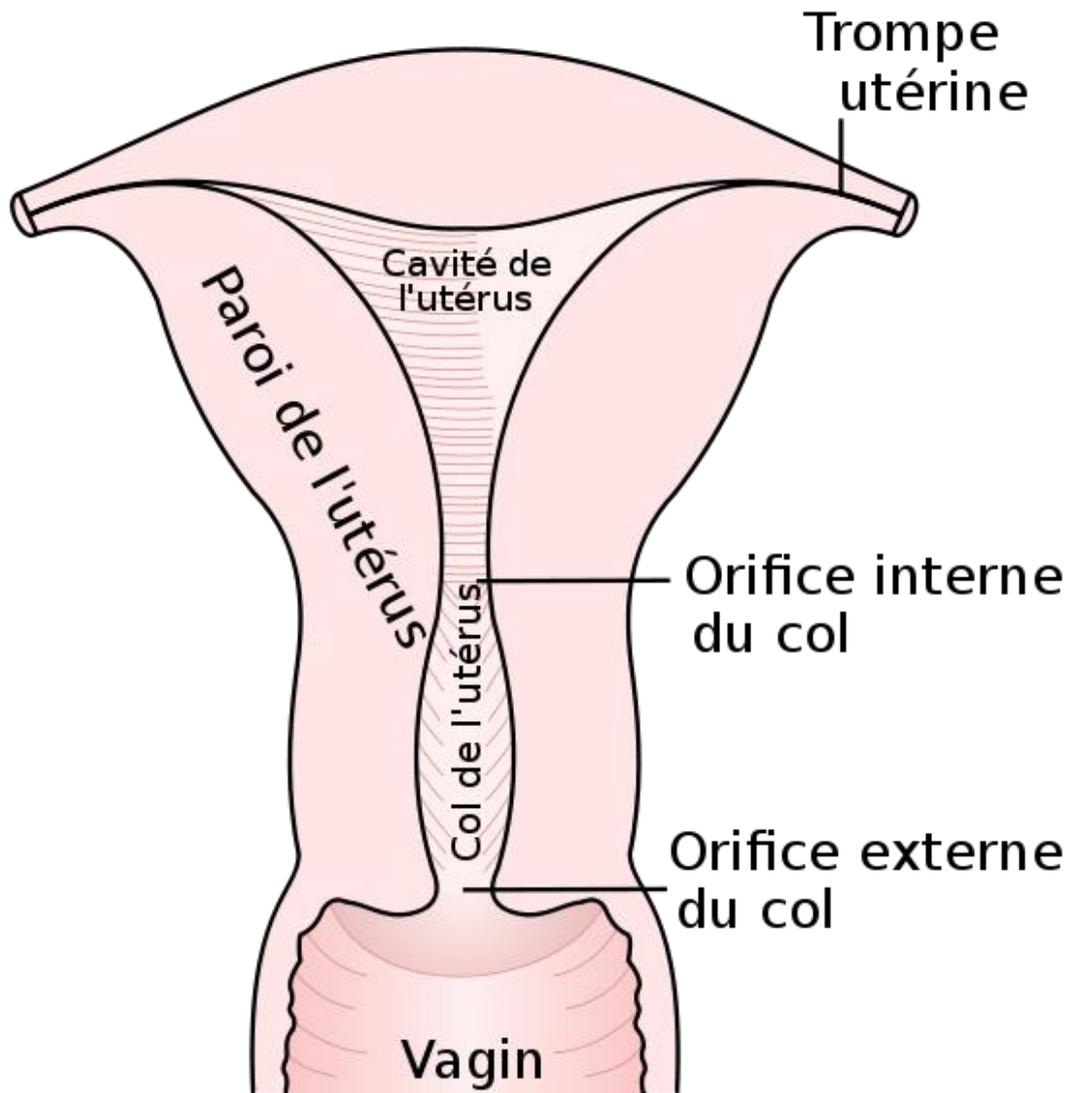


Figure1 : Anatomie de l'utérus d'après G. Bastide [17].

L'utérus, vulgairement appelé matrice, est un organe creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il est arrivé à maturité. Cette fonction explique les profondes modifications subies par l'utérus au cours de la vie génitale.

Organe impair, l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière ; il est recouvert par les anses intestinales et il est en majeure partie au-dessus du vagin dans lequel il fait saillie. De consistance ferme mais élastique chez la femme vivante, le poids de l'utérus chez la nullipare est de 40 à 50g environ et de 50 à 70 g chez la multipare. L'utérus a la forme d'un cône à sommet tronqué inférieur, s'engageant plus ou moins dans le dôme vaginal. On note chez la nullipare, à peu près à égale distance de la base et du sommet un léger étranglement, plus marqué en avant et sur les côtés :

C'est l'isthme utérin qui sépare l'utérus en deux parties :

- ❖ Au-dessus, le corps de forme conoïde et aplati d'avant en arrière ;
- ❖ En-dessous, le col cylindrique, un peu renflé à sa partie moyenne comme un barillet (Courty). Chez la multipare, l'isthme s'efface.

3.4.1.1 Configurations externes :

a) Le corps. Présente :

- ❖ Une face antéro - inférieure plane ou légèrement convexe ;
- ❖ Une face postéro-supérieure toujours convexe, avec parfois sur la ligne médiane une crête mousse, plus accusée chez les sujets jeunes (vestige de la dualité primitive de l'utérus) ;
- ❖ Deux bords latéraux épais ;
- ❖ Un bord supérieur ou fondus de l'utérus, fortement convexe dans le sens antéropostérieur, rectiligne transversalement chez la nullipare et convexe chez la multipare ;
- ❖ Des angles latéraux ou cornes utérines donnant insertion aux trompes utérines, aux ligaments ronds et aux ligaments propres de l'ovaire.

b) Le col :

Le vagin s'insère sur le col et le divise en deux parties : Supra vaginale et vaginale. L'insertion vaginale est représentée par une ligne de 1/2 cm environ de largeur, très oblique en bas et en avant. Cette zone est située en arrière à environ l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs, tandis qu'en avant elle s'insère à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du col. Le col n'est donc pas inséré sur le fond du vagin, mais plutôt sur le segment supérieur de la face antérieure. La partie supra-vaginale du col qui se prolonge avec le corps, la portion vaginale visible au spéculum est accessible au doigt par le toucher vaginal. La hauteur est plus grande en arrière (18 mm) qu'en avant (6 mm). Elle forme un cône tronqué, percé à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col qui donne accès à la cavité utérine. Cet orifice s'ouvre vers le milieu du cycle, à la période d'ovulation, et laisse alors passer une glaire, limpide et filante. L'aspect est variable :

- Chez la multipare : l'orifice est petit, circulaire de 3 à 4 mm de diamètre il est bordé par un bourrelet périphérique lisse, uni, ferme et élastique, qui donne au toucher la sensation d'appuyer de la pulpe de doigt le lobule du nez (Dubois). Avec la partie de la portion intra vaginale du col se raccourcit de plus en plus et s'aplatit et mérite le nom de « museau de tranche » qu'on lui donne en clinique.
- Chez la primipare, l'orifice s'allonge transversalement et prend l'aspect d'une bouche qui sourit » (Guyon) avec une lèvre antérieure, une lèvre postérieure et deux incisures latérales profondes, sa consistance est moins ferme.
- Chez la grande multipare, « il semble que le col soit abordé par le corps ; il est remplacé par un large orifice, entouré de tubercules et de dépressions de toutes dimensions (De Sinety). Sa consistance assez dure par endroit, signe de la fibrose cicatricielle. L'aspect cœlioscopique normal (col idéal de multipare) se présente ainsi :
- Sans préparation, la muqueuse de l'exocol est rose pâle et lisse uniformément parfois plus foncée à l'approche des règles.

➤ Sous la solution d'acide acétique ou test de Schiller, l'exocol prend une couleur brune.

c) Les dimensions extérieures :

Chez la nullipare, les dimensions sont en moyenne :

- De 6,5 cm pour la longueur, dont 3,5 cm pour le corps, 2,5 cm pour le col et 0,5 cm pour l'isthme ;
- De 4 cm pour la largeur du corps et de 2 cm au niveau du col ;
- De 2 cm pour l'épaisseur.

Le rapport corporéo-cervical est normalement $3/2$; un rapport égal ou inférieur à 1, traduit un infantilisme utérin.

3.4.1.2 Configuration interne :

L'utérus est creusé d'une cavité aplatie dans son ensemble d'avant en arrière ; un rétrécissement correspondant à l'isthme la divise en deux parties : les cavités corporéale et cervicale.

a) La cavité du corps :

Elle est de forme triangulaire et virtuelle, les parois antérieure et postérieure ne sont séparées que par un peu de mucus. La base supérieure est convexe chez la nullipare, rectiligne ou concave chez la multipare. Les angles supéro-externes se prolongent avec les canaux tubaires par l'ostium uterinum.

b) La cavité du col :

C'est une cavité réelle fusiforme, un peu aplatie d'avant en arrière et souvent remplie par un bouchon muqueux. Les parois antérieure et postérieure sont occupées dans leur tiers moyen par 2 saillies longitudinales ou colonnes principales.

Ces colonnes ne sont exactement médianes : Celle de la paroi postérieure se porte un peu à gauche, celle de la paroi antérieure, en général plus marquée, légèrement à

droite. Des colonnes principales partent, à droite et à gauche, des plis dits plis palmés, obliquement ascendants, curvilignes, ramifiés, et entre lesquels on aperçoit de nombreux orifices glandulaires. Les colonnes principales et plis palmés constituent l'arbre de vie, relief qui peut gêner l'introduction d'un hystéromètre. Chez la multipare les arbres de vie sont moins saillants et moins réguliers. L'extrémité supérieure se confond avec l'isthme et porte le nom d'orifice interne du col, l'extrémité inférieure répond à l'orifice externe.

c) La capacité et les dimensions internes :

La capacité est d'environ 30 à 40 mm chez la nullipare, 50 à 60 mm chez la multipare. Les dimensions de la cavité utérine sont respectivement :

- Chez la nullipare, de 55 mm en moyenne dont 25 pour le corps, 25 pour l'isthme et 5 pour le col. L'isthme peut être considéré comme un véritable canal chez la nullipare.
- Chez la multipare, l'augmentation de la cavité est nette au niveau du corps qui atteint 35 mm.

3.4.2-Anatomie fonctionnelle [16] :

L'utérus, à l'état de vacuité, présente une statique normale ; toute autre position, en dehors de cette dernière peut être la cause d'un trouble pathologique.

3.4.2.1-La direction :

La femme est considérée dans la station debout, bassin et périnée normaux, vessie et rectum peu distendus.

3.4.2.2 Le point central de l'utérus :

L'axe du col est perpendiculaire à la face dorsale du vagin. Le corps et le col forment un angle en avant, vers la symphyse pubienne de 100 à 120°C. Le sommet de cet angle, appelé point central de l'utérus, est situé au niveau de l'isthme : C'est le point le plus fixe.

Pour Allen et Master, l'isthme représente de ce fait le véritable pivot autour duquel s'orientent en tous sens le corps et le col mutuellement indépendant d'où le nom de « Universel joint cervix » qu'ils donnent à l'isthme. C'est le siège de prédilection des déchirures du ligament large. Le point central est normalement placé à peu près :

- Au centre de l'excavation pelvienne ;
- Un peu en avant d'un plan frontal passant par les épines sciatiques ;
- Et sur l'axe du bassin, représenté par la ligne ombilico-coccygienne.

Lorsque ce point central est situé en avant, en arrière, ou latéralement par rapport à sa situation habituelle, on dit qu'il y a antéposition, rétroposition, ou latéroposition de l'utérus lorsque le corps et le col basculent simultanément en sens inverse autour d'un axe transversal passant par le point central de l'utérus, on dit qu'il y a :

- Antéversion lorsque le fond se porte en avant
- Rétroversion lorsqu'il se porte en arrière.

La version est donc l'angle que fait l'axe du corps avec l'axe de l'excavation pelvienne. Lorsque l'axe du corps forme un angle avec celui du col, on dit qu'il y'a :

- Antéflexion lorsque l'angle est ouvert en avant ;
- Rétroflexion, lorsque celui-ci est à sinus postérieur.

Habituellement, l'utérus adulte est à la fois antéversé et enté fléchi.

3.4.2.3 Les systèmes de maintien de l'utérus :

a) Système de soutènement :

Dans sa position normale, le corps utérin repose sur la vessie dont la base est soutenue par le vagin. Par ailleurs, le col utérin prend appui sur la paroi dorsale du vagin soutenu par le centre tendineux du périnée. Le vagin doublé du fascia vaginal représente un hamac presque horizontal qui soutient le système uro-génital pelvien. Ce hamac est maintenu par des haubans musculaires et fibro-conjonctifs qui se fixent sur la paroi pelvienne.

b) Système de suspension :

- Les ligaments utérosacrés : s'attachent en arrière sur la face antérieure du sacrum en dedans des deuxièmes, troisièmes et quatrièmes trous sacrés. Parfois, des insertions se prolongent vers le promontoire, déterminant une saillie péritonéale peu accusée, connue sous le nom de ligament utero lombaire. Les ligaments se dirigent obliquement en avant, en bas et légèrement en dedans après avoir contourné les faces latérales du rectum. Ils sont presque verticaux ; leurs bords supérieurs soulèvent le péritoine formant le pli recto utérin, leurs bords inférieurs confinent au fascia pelvien. En avant, ils s'insèrent près des bords latéraux de la face postérieure du col, et par une expansion sur le fornix vaginal (ligament vagino-sacral). Ils semblent parfois s'unir sur la face postérieure du col en formant un bourrelet peu saillant « le torus utérinus ». Respectés dans l'hystérectomie subtotale, ils sont désinsérés et liés lors de l'hystérectomie totale car ils sont bien vascularisés.
- En avant les ligaments pubo-vesico-utérins (de Faraboeuf) séparent le cul de sac vésico-utérin, des fosses para vésicales. On peut en isoler 2 faisceaux :
 - Le faisceau pubo-utérin : c'est une lame conjonctivo-musculaire organisée autour des plexus veineux latéro-vésicaux.
 - Le faisceau vésico-utérin : il est constitué par des fibres musculaires lisses émanant des couches les plus superficielles de la musculature vésicale étendue entre vessie et isthme utérin. Ils n'ont pas de rôle sustentateur important, mais leur contenu vasculaire justifie parfois leur ligature lors du décollement inter-vésico-utérin.
- Latéralement, la base du ligament large, constituée du paramètre et du paracervix, est étendue du tractus génital à la paroi pelvienne et individualise un véritable ligament.

3.4.2.4 Système d'orientation : [16].

a) Ligaments ronds :

Ce sont des cordes fibro-musculaires, qui s'étendent de la partie entéro-latérale de la corne utérine au-dessous et en avant de la trompe de Fallope jusqu'à la région pré pubienne (grandes lèvres et mont du pubis), qu'ils atteignent en traversant le canal inguinal. La portion pelvienne des ligaments ronds, oblique en avant, en dehors et un peu en haut, soulève le feuillet antérieur du ligament large auquel il adhère fortement (pli antérieur). Les ligaments forment des cordons cylindriques, uniquement dans la partie moyenne de leur trajet, de 2 à 6 mm de calibre suivant l'imprégnation hormonale. Ils sont plus importants chez la multipare. Ils sont grêles avant la puberté et après la ménopause. Le ligament rond est accompagné de vaisseaux (artères, veines et lymphatiques) qui font de sa ligature un temps nécessaire de l'hystérectomie. C'est sur lui qu'on intervient pour ramener en position normale l'utérus rétroversé.

b) Les mésomètres :

Ils laissent au corps utérin une grande mobilité. Ils résultent de la juxtaposition latérale des lames péritonéales antérieure et postérieure qui s'étendent de l'utérus à la paroi pelvienne.

c) Les ligaments utérosacrés :

Les ligaments utérosacrés par leur traction en haut et en arrière favorisent aussi l'antéflexion de l'utérus.

3.4.2.5 Les rapports :

Le péritoine, après avoir tapissé la face supérieure de la vessie, se replie en un cul de sac vésico-utérin et recouvre ensuite la face antérieure du corps utérin. L'incision de ce repli péritonéal ouvre l'espace vésico-utérin.

Le fond, recouvert de péritoine très adhérent, répond aux anses grêles et souvent à l'épiploon. La face supéro-postérieure ou intestinale est entièrement recouverte par le péritoine qui descend jusque sur la face postérieure du vagin (1 à 2 cm) et se réfléchit sur le rectum en formant un récessus péritonéal.

A la laparotomie, on constate que ce récessus utéro-vaginal et rectal sont divisés par les plis recto utérins soulevés par les ligaments utéro-sacraux en 2 étages :

- Un étage supérieur, plus spacieux : Est l'excavation recto-utérine qui se continue latéralement avec les fosses para utérines ; il est occupé souvent par le sigmoïde et le grêle.
- L'autre inférieur ou caudal, réduit à un diverticule, constitue le cul de sac recto utérin ou cul de sac de Douglas.

3.4.2.6 Vascularisation et innervation :

L'utérus est vascularisé essentiellement par l'artère utérine et accessoirement par l'artère ovarique et par l'artère du ligament rond.

a) Artère utérine : C'est la branche viscérale la plus volumineuse de l'artère iliaque interne ; elle participe à l'irrigation des annexes, et plus accessoirement du vagin et de la vessie.

b) Artères accessoires :

b.1 Artères ovariques : Elle dérive d'une artère segmentaire Wolffienne, naît souvent de la face antérieure de l'aorte.

b.2 Artère du ligament rond : C'est une branche de l'épigastrique inférieure ; elle peut naître de la circonflexe iliaque (Fredet).

c) Veines :

Les veines issues des tuniques, surtout de la musculuse, forment à la surface utérine un réseau veineux plexiforme qui se draine de chaque côté de l'utérus dans les plexus utérins pour le réseau corporel, et les plexus cervico-vaginaux pour le réseau cervical. Le sang de ces 2 plexus richement anastomosés se déverse dans les veines du ligament rond et des annexes, les veines utérines ou utéro vaginales.

d) Lymphatiques :

Les lymphatiques de l'utérus proviennent des différentes tuniques qui les constituent :

- ❖ Réseaux d'origine : Comprend
 - Le réseau muqueux ;
 - Le réseau musculaire ;
 - Le réseau séreux.
- ❖ Le réseau collecteur péri utérin : Collecte la lymphe provenant de trois réseaux d'origine. On divise artificiellement ce réseau en 2 parties richement anastomosées entre elles : Le réseau corporel, autour du corps, et le réseau cervical, entourant le col.
- ❖ Les trônes efférents : Le réseau péri utérin se draine dans les collecteurs supérieurs et inférieurs.

e) Innervation de l'Utérus :

Les nerfs utérins proviennent du plexus hypogastrique inférieur complétés par les filets sympathiques qui accompagnent les artères de l'utérus.

3.5 Études cliniques :

Les fibromes utérins symptomatiques représentent 20 à 50% des cas. Les autres peuvent être découverts au cours d'un examen gynécologique motivé pour d'autres raisons. [15]

3.5.1 Les signes fonctionnels :

3.5.1.1 Les hémorragies utérines :

C'est le signe le plus constant et le plus important des symptômes. Les patientes sont alarmées par les règles hémorragiques abondantes ou irrégulières. Pour Ducuing, elles représentent 71%, et pour Huguier 83%.

a) Les ménorragies : Il s'agit d'une exagération de l'écoulement menstruel, avec règles trop abondantes : Hyperménorrhée progressive, règles mêlées de sang rouge et de caillots. Ces règles peuvent durer de sept à quinze jours entraînant une anémie sévère.

Elles sont dues :

- A l'hyperplasie de l'endomètre ;
- A la compression par les fibromyomes des plexus veineux du myomètre ;
- Aux lésions endométriales inflammatoires ou ulcéreuses en regard des myomes.

b) Les métrorragies :

Petites pertes de sang survenant entre les règles normales, elles font suspecter le plus souvent une lésion organique fonctionnelle : hyperplasie de l'endomètre, plus rarement atrophie de l'endomètre. L'hémorragie est d'autant plus abondante que le noyau fibromateux est plus près de la muqueuse. Elle se rencontre en cas de fibromes sous muqueux ou de polypes fibreux.

c) Les ménométrorragies : Il s'agit d'une perturbation des règles.

Les hémorragies utérines ont perdu leur caractère régulier et périodique. Elles se caractérisent par un retard de quelques semaines, suivi d'une période prolongée d'hémorragie, ou d'emblée de métrorragie qui se prolonge, ou des pertes irrégulières avec arrêt également irrégulier. Les statistiques signalent :

- 25 % au Sénégal
- 58 % pour Ducuing :
- 46 % pour Fixier ;
- 22 % pour Huguier ;
- 12 % pour O. Toure
- 18 % pour J.C Koutouian

3.5.1.2 Les autres signes fonctionnels :

a) Les douleurs pelviennes :

Elles sont trop banales en gynécologie. Elles sont anormales en cas de fibrome utérin, mais quand elles existent, elles peuvent être expliquées soit :

- Par une lésion associée : Dystrophie ovarienne endométriose,
- Par une cause non gynécologique : lombalgie d'origine urologique ou rachidienne.

Il s'agit de douleurs :

A type de pesanteur dans 40% des cas apparaissent plus volontiers en position debout, à la fatigue calmée par le décubitus, exagérée par les règles à type d'algoménorrhée ; 20 % des cas sont dus soit à une sténose du col, soit une infection génitale associée, soit une anomalie contractile du myomètre. Ou enfin d'une endométriose. Les douleurs vives lancinantes et persistantes évoquent une complication liée au fibrome. Abolo signale dans sa thèse 110 cas soit 21,5 % au Cameroun de douleurs pelviennes.

b) Les leucorrhées :

S'observent entre les pertes de sang. Elles sont le plus souvent sans caractère spécial. Les leucorrhées sont des signes d'accompagnement qui doivent faire rechercher une infection vulvo-vaginale avec éventuellement une endométrite et/ou une salpingite.

c) Les hydrorrhées :

Ce sont des écoulements abondants sans caractère infectieux provoqués par sténose de l'isthme ou par un polype formant un clapet. Elles se voient aussi dans les fibromes en dégénérescence kystique. Pour Ducuing, elles représentent 1,8 %.

d) La pyorrhée :

Elle est rare et témoigne la présence d'un polype sphacélé ou d'un cancer du corps utérin.

e) Les troubles Urinaires :

Représentent 12,5% des cas ; il peut s'agir des troubles de la compression qui sont :

- ❖ La pollakiurie : Troubles essentiellement diurnes qui peuvent se voir aussi bien dans les petits que dans les gros fibromes
- ❖ Rétention d'urine : Compression de l'urètre par la tumeur ici il y a formation du globe vésical décelé à la palpation, le sondage ramène de l'urine et soulage la malade.
- ❖ Incontinence urinaire d'effort : Due le plus souvent à une irritabilité vésicale. La survenue de ces troubles pendant les règles fait évoquer l'origine interne, d'où la nécessité d'un examen cyto bactériologique des urines (urine de 24 heures recueillie par sondage).

3.6 Diagnostic positif :

3.6.1 Examen clinique [15] :

Cet examen s'effectue sur table gynécologique avec rectum et vessie préalablement vidés. Mettre la patiente en confiance.

3.6.1.1 Signes physiques :

3.6.1.2- Inspection : Il faut inspecter la patiente attentivement.

Inspecter la pilosité, rechercher une cicatrice éventuelle (cicatrice d'épisiotomie), inspecter la vulve, la trophicité des muqueuses, l'humidité et les lésions de grattage, l'état du méat et d'hymen.

Résultat : L'inspection est le plus souvent négative mais quelquefois elle peut voir une voussure sous-pubienne.

3.6.1.3 La palpation :

Il faut palper l'abdomen avec douceur, palper les zones non douloureuses et finir par les zones douloureuses.

Le palper abdominal peut percevoir les limites de l'utérus surtout chez la femme mince. Il peut déceler des douleurs.

3.6.1.4 La percussion :

Elle s'effectue la main gauche à plat sur l'abdomen, les doigts de la main droite percutent avec douceur la main gauche. Commencer toujours à percuter les régions non douloureuses, et finir par les régions douloureuses.

Résultat : La percussion peut montrer une matité du pelvis et les limites de la masse pelvienne.

3.6.1.5 Examen du sein :

On recherche une galactorrhée et une mastose.

3.6.1.6 Examen du périnée :

A la recherche de prolapsus génital.

3.6.1.7 Examen au spéculum :

Il permet de percevoir l'utérus et de reconnaître les caractères de la tumeur :

3.6.1.8 Le toucher vaginal :

Il permet de percevoir l'utérus et de reconnaître les caractères de la tumeur :

- Fibrome pelvien ;
- Fibrome abdomino-pelvien ;
- Fibrome abdominal.

Le toucher permet de vérifier que l'utérus a augmenté de volume, est ferme, à contours réguliers, lisses ou bosselés, à sa surface des saillies rondes, dures, indolores, faisant corps avec l'utérus. Quand on imprime des mouvements au col, les mouvements sont transmis au corps de l'utérus et inversement.

Le toucher vaginal recherche aussi l'existence d'une pathologie associée :

Annexielles, tumorale ou inflammatoire.

3.6.1.9 Le toucher rectal :

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

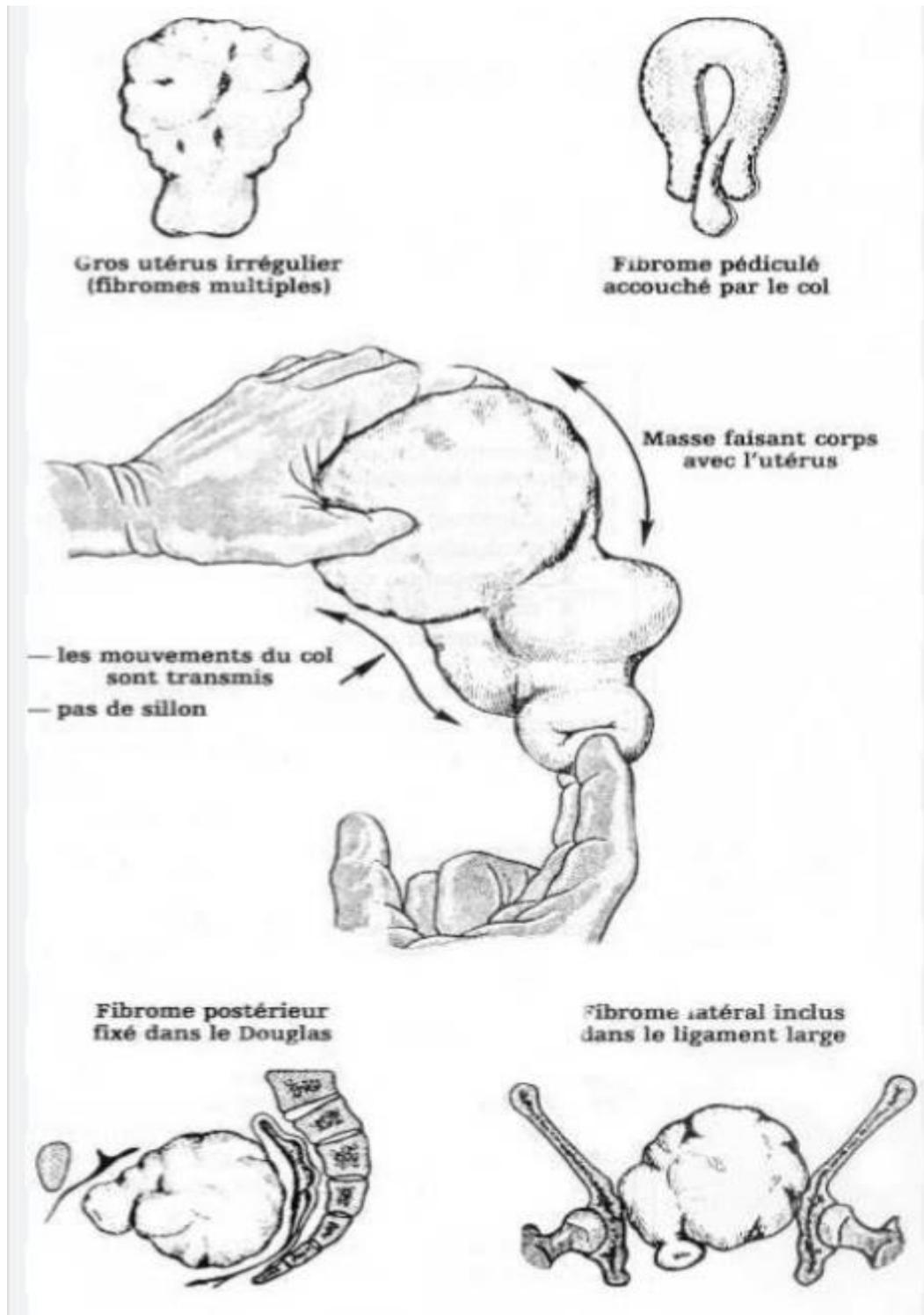


Figure 2 : Fibromes utérins examen clinique d'après Manuel MDS [18]

3.6.2 Examen général :

Il consiste à rechercher des adénopathies, à la palpation de la glande thyroïde, à la prise de la tension artérielle, de la température, et à la recherche de cardiopathie éventuelle.

3.7 Diagnostics différentiels :

3.7.1 Grossesse : Il faut faire un test de grossesse en présence de toute tumeur pelvienne chez une femme en période de fécondation. Epreuves biologiques, si possible une échographie.

3.7.2 Tumeurs de l'ovaire : La confusion est souvent fréquente. La tumeur ovarienne est indépendante de l'utérus, séparée du corps utérin par un sillon. Sa mobilisation ne fait pas mobiliser l'utérus, mais en cas d'adhérence, il faut beaucoup se méfier et pratiquer la cœlioscopie.

3.7.3 Cancer utérin : Cette association doit être recherchée devant toutes métrorragies post-ménopausiques. En 1979, Leffert et Rochet notent 15% de fibrome et 16% de polypes parmi les 334 cas de métrorragies post-ménopausiques. L'association fibrome cancer du corps est très rare. Elle est de l'ordre de 3,3 % d'après Ducuing, 3% d'après Claudine Heyle.

3.8 Les examens complémentaires [19] :

Deux examens complémentaires paraissent fondamentaux et essentiels.

- Echotomographie génitale et rénale ;
- Hystérosalpingographie. Les autres examens sont prescrits en fonctions des résultats obtenus.

3.8.1 Échographie pelvienne :

L'échographie pelvienne confirme dans la plupart des cas les diagnostics de fibrome utérin :

L'utérus est anormal car ses mensurations sont excessives.

L'échographie permet d'objectiver la situation anatomique des fibromyomes, ce qui sera très utile pour apprécier l'efficacité du traitement médical :

- Le fibrome sous séreux sessile déforme les contours extérieurs de l'utérus ;
- Le fibrome sous séreux pédiculé reste invisible ;
- Le fibrome interstitiel n'est pas facile à mettre en évidence car son échogénicité est voisine de celle du myomètre ;
- Le fibrome intra- cavitaire est une formation arrondie siégeant au niveau de la ligne de vacuité utérine. Dans la forme classique non compliquée, le fibrome est une tumeur solide échogène, dont l'échogénicité est voisine de celle du myomètre.

L'échographie est sensible sur les fibromes sous séreux et interstitiels par contre il est peu sensible sur les fibromes sous muqueux. La calcification du fibrome, les modifications histologiques les œdèmes, et la nécrobiose ischémique (image en cocarde ou en cible constitués par la zone centrale de nécrose) sont diagnostiqués à l'échographie.

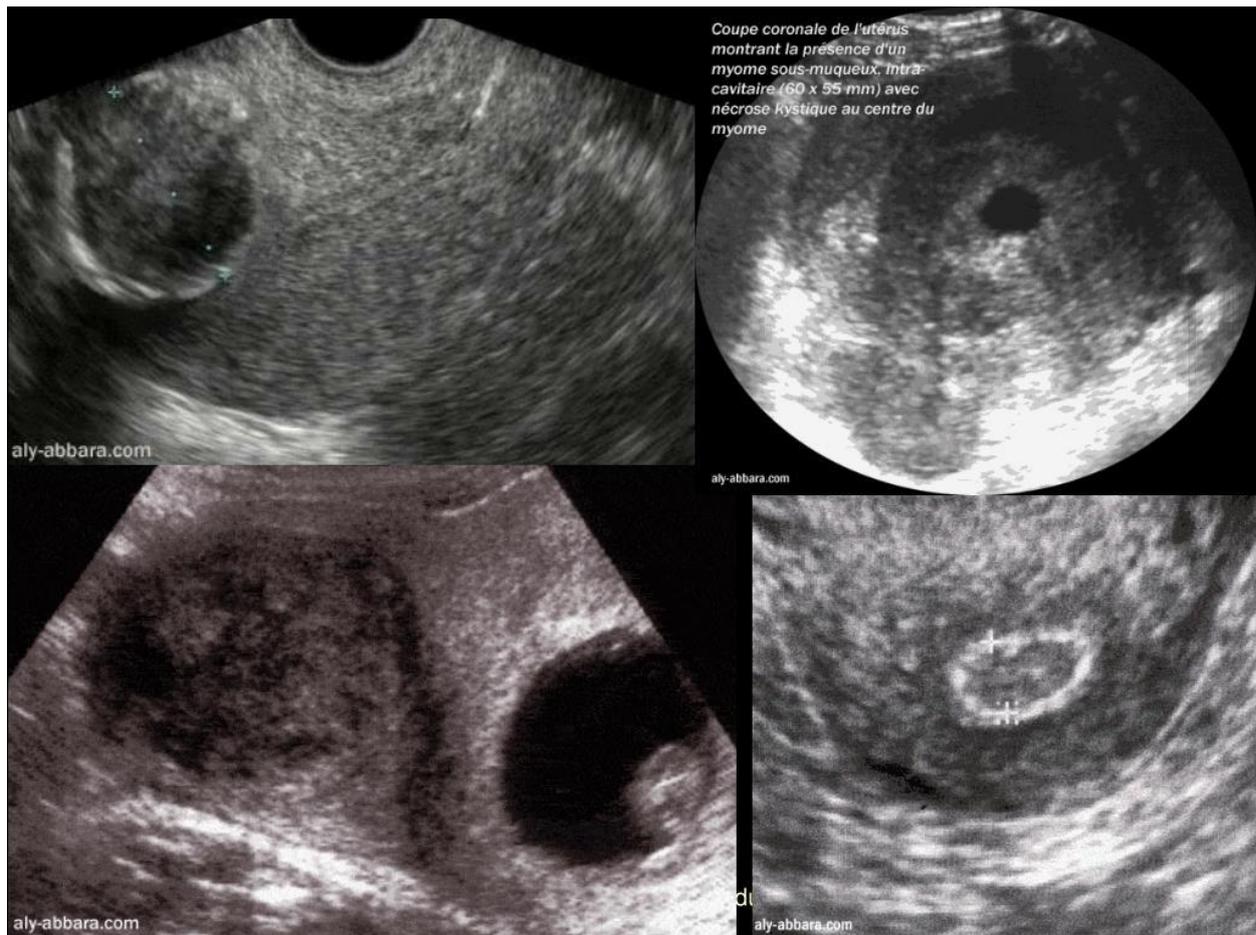


Figure 3 : Images échographie de fibrome utérin d'après Lansac. J, Body et Magnin. G [20].

3.8.2 Hystérosalpingographie :

Elle permet d'opacifier les voies génitales féminines qui ne sont pas accessibles à l'examen direct. Sa réalisation n'est pas systématique et elle est inutile en cas de gros fibrome pelvis abdominal.

Elle peut de fournir 3 types de renseignements :

- Image directe du fibrome ;
- Image indirecte de son retentissement ;
- Existence éventuelle de lésions associées.

Elle découvre des lésions associées :

- La tuberculose
- L'endométriase
- Le polype muqueux ;
- La synéchie ;
- Les lésions annexielles : L'hydrosalpinx.

Les signes radiologiques différents suivant la topographie des noyaux.

- ❖ Les fibromes interstitiels entraînent un agrandissement, une déformation, et souvent une asymétrie de la cavité utérine.
- ❖ Les fibromes sous muqueux et intra cavitaires entraînent des hémorragies par des phénomènes de nécrose locale d'ulcération, d'infection localisée, à l'opposé des fibromes interstitiels, qui saignent par l'intermédiaire des troubles hormonaux. Ils sont bien visibles sur les clichés muqueux en début de remplissage, et en début d'évacuation lorsque le produit de contraste tapisse finement la cavité utérine. Ils se traduisent par l'existence d'une lacune à contours nets. Ils entraînent une soufflure des bords utérins par déformation mécanique. Le cliché de profil précise la large base d'implantation du fibrome sur la paroi utérine.
- ❖ Les Fibromes sous séreux sont difficiles à diagnostiquer, car ils ne modifient pas la cavité utérine.
- ❖ Les fibromes multiples il est possible de visualiser sur les différents clichés des aspects en faveur des noyaux sous muqueux intra cavitaires ou interstitiels.

Contre-indications de l'H.S.G. :

Quatre contre- indications sont respectées :

- ❖ La grossesse : Devant toute tumeur pelvienne douteuse, il faut demander une échographie et faire les tests immunologiques de la grossesse.
- ❖ Les infections génitales : Pour éviter la propagation des microbes, il faut traiter l'infection d'abord, contrôler la vitesse de sédimentation.

- ❖ Les hémorragies : Elles gênent l'interprétation si elles sont abondantes avec présence de caillots.
- ❖ L'intolérance à l'iode : Faire un test à l'iode.

3.8.3 Les autres examens complémentaires :

3.8.3.1 La Cœlioscopie :

C'est l'examen endoscopique de la cavité abdominale sous pneumopéritoine artificiel, examen qui peut se faire à travers la paroi abdominale antérieure (Cœlioscopie transpariétale).

La cœlioscopie a un double intérêt : Elle permet un diagnostic précis pour le fibrome sous séreux ou interstitiel. Elle permet d'apprécier très exactement les indications respectives et les modalités du traitement.

3.8.3.2 La tomодensitométrie :

Est plus performante que l'échographie.

3.9 Les formes cliniques :

3.9.1 Les formes topographiques [16]:

3.9.1.1 La situation par rapport aux parois de l'utérus :

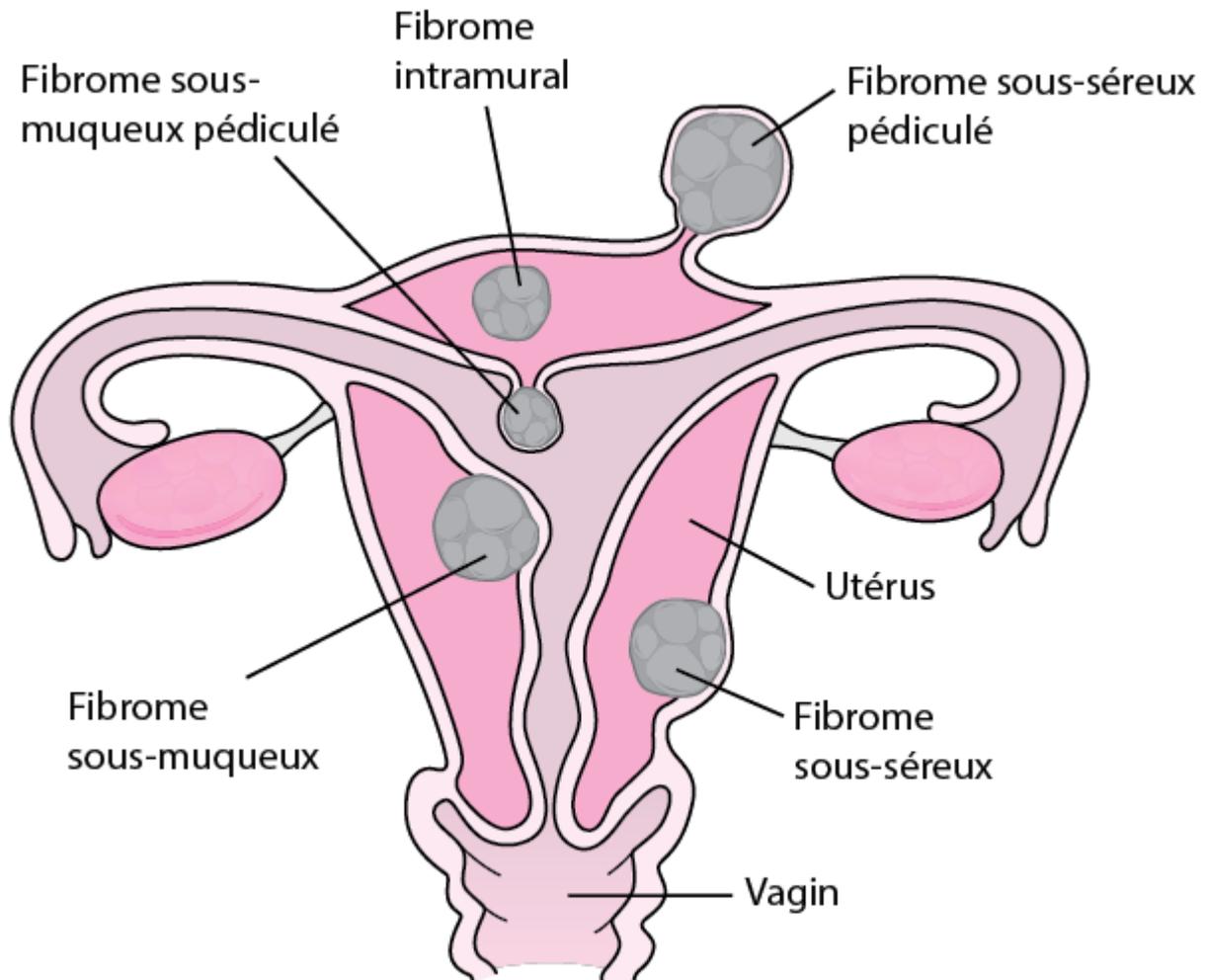


Figure 4 : Localisation anatomique des fibromes utérins

a) Les fibromes sous séreux :

Situés sous le péritoine, ils se développent à l'extérieur de l'utérus. La base d'implantation peut être large :

- Le fibrome sous séreux sessile accessible au toucher vaginal.

- Fibrome sous séreux, le pédiculé est rattaché à l'utérus par un pédicule plus ou moins long. Il peut être asymptomatique ou révélé par une complication mécanique. Il est souvent confondu avec une tumeur annexielle.

L'H.S. G est très souvent normale.

L'échographie ne peut le distinguer d'une tumeur solide ovarienne.

- Complications : La nécrobiose ischémique et la torsion du fibrome sont les complications les plus fréquentes.

b) Les Fibromes interstitiels :

Ils se développent dans l'épaisseur du muscle utérin qu'ils hypertrophient et déforment. Leur diagnostic clinique est souvent difficile. L'apport de l'échographie est important.

c) Les fibromes sous muqueux :

Font saillie en direction de la cavité utérine. Les signes d'appel sont fonction de la taille du fibromyome.

Les polypes fibreux pédiculés sont très évocateurs dans leur expérience clinique. Ils sont à types de coliques expulsives, métrorragie, gros utérus.

L'examen au spéculum peut parfois retrouver un polype accouché par le col. Les polypes peuvent s'accompagner d'hydrorrhée, d'infection, et/ou être ulcérés, saignant au contact et nécessitant la recherche d'une lésion associée. Au toucher vaginal, on retrouve dans ce cas une masse dont on peut faire le tour et dont le pédicule s'enfouit dans l'endocol. L'échographie, dans ce cas, retrouve une image arrondie intra utérine avec parfois une bande linéaire d'écho-structures renforcées traduisant une hypertrophie de la muqueuse. C'est surtout l'hypertrophie de la muqueuse avec l'aspect soufflé de la cavité utérine qu'on retrouve habituellement.

3.9.1.2 La situation par rapport aux régions abdomino-pelviennes :

a) Forme à développement abdominal :

Le fibrome à développement abdominal déforme à l'évidence l'abdomen.

L'H.S.G. est inutile.

L'échographie pelvienne, vessie pleine, permet de visualiser l'ensemble de la cavité utérine et des ovaires.

L.U.I.V. est importante ici car elle met en évidence une compression urétérale éventuelle, une dilatation urétérale, une pyélo-calcielle et des déformations possibles de la vessie.

b) Fibrome à développement pelvien :

Certains comportent un danger pour les organes nobles de voisinage :

- Les fibromes du col ;
- Les fibromes de l'isthme ;
- Les fibromes inclus dans le ligament large.

Les fibromes développés dans la portion intra vaginale du col sont découverts au spéculum, sous forme d'une petite tumeur dure développée sur l'exocol parfois ce myome est pédiculé.

L'orifice extérieur du col peut être dévié en avant ou en arrière.

Les fibromes développés dans la région latérale et sus vaginale du col, et les fibromes développés à partir de l'isthme constituent un même groupe de fibromyome inclus dans le ligament large. Au toucher vaginal, il refoule un cul de sac vaginal qui est comblé ferme, faisant corps avec l'utérus mais ne se mobilisant pas. Le col est le plus souvent dévié latéralement et parfois abaissé. Le toucher rectal apprécie ses rapports avec le paramètre.

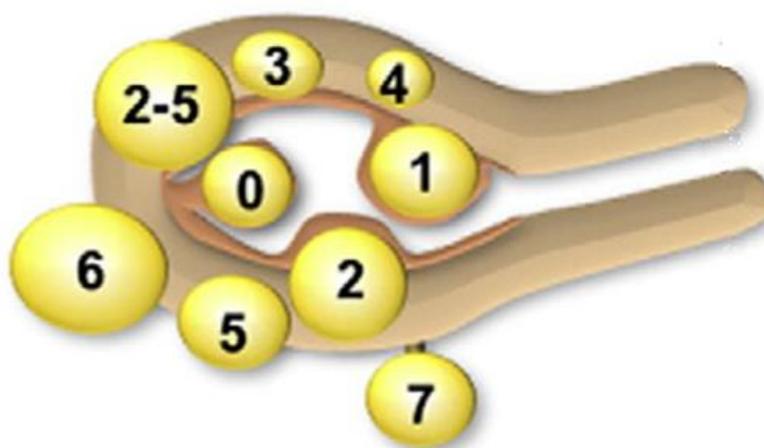
L'échographie et l'U.I.V. peuvent être d'un rapport important.

Hystérosalpingographie donne un amincissement et une élongation du canal endocervical si le fibrome est situé sous l'isthme, et au contraire un canal cervical normal et une cavité utérine déformée en cas d'incision isthmique.

3.9.1.3 Classification FIGO 2011 des myomes utérins (PALM – COEIN) :

permet une description plus objective de la localisation des fibromes utérins (cartographie).

Sous muqueux	0 : pédiculé intra cavitaire
Intramural ou interstiel	1 : <50% intramural
	2 : ≥50% intramural
	3 : 100% intramural, au contact de l'endomètre
Sous séreux	4 : intramural
	5 : sous séreux : ≥50% intramural
	6 : sous séreux, <50% intramural
Autres	7 : sous séreux pédiculé
	8 : autres, parasites (cervicale, ligament rond, ligament large)
Hybride (touchant à la fois l'endomètre et la séreuse)	2-5 : deux chiffres séparés d'un trait d'union, le 1er, précisant le rapport avec l'endomètre, le second avec la séreuse.



3.9.1.4 Les formes associées

a) Les lésions génitales associées :

- Les anomalies de la muqueuse utérine : elles comprennent :
 - Une atrophie endométriale survenue lors d'un traitement progestatif, des polypes endométriaux ;
 - Une hyperplasie simple ou glandulo-kystique.

L'endométriose : C'est une affection due à la prolifération de cellules de la muqueuse utérine de tubes glandulaires entourés de chorion cytogène, et souvent de fibres musculaires lisses.

Elle se manifeste par :

- Des douleurs pelviennes à type de dysménorrhée secondaire et progressivement tardive (2^e ou 3^e jour des règles) intenses et rebelles au traitement, parfois à type de dyspareunie profonde, ou plus souvent à type de douleurs pelviennes permanentes ou intermittentes (douleurs à la défécation, irradiation sacrée ou anale à recrudescence prémenstruelle).
- Une stérilité primaire ou secondaire.
- Des troubles des règles : hémorragies abondantes. La fréquence est de 13%.
- Les troubles de la statique utérine : ils peuvent être une antéversion utérine avec une symptomatologie vésicale, les latérales déviations évoquant souvent une tumeur annexielle et les rétro déviations entraînant une compression vésicale, et rectale enfin les prolapsus génitaux.
- Les cancers génitaux : Diagnostiqués par un test de Schiller complété de frottis cervico-vaginal, d'hystérosalpingographie et de curetage biopsique.

b) Fibrome et kyste de l'ovaire :

La confusion est souvent possible. Dans le cas du kyste de l'ovaire, les mouvements du col pris entre deux doigts vaginaux n'entraînent pas de déplacement de la main abdominale posée sur le pôle supérieur de la masse. Un doigt vaginal refoulant le cul de sac latéral s'interpose facilement entre le corps utérin et le kyste donnant l'impression d'un « sillon ».

La confusion est possible lorsque le kyste est adhérent à l'utérus ou enclavé dans le cul de sac de Douglas ou inclus dans le ligament large. L'échographie, la coélioscopie et l'hystérosalpingographie sont très utiles.

3.10 Evolution :

Elles sont variables. Les fibromes utérins peuvent évoluer lentement avec le traitement médical ; ils sont souvent tolérés. Lorsque la ménopause s'installe l'évolution est souvent favorable par diminution de volume du fibrome. Celui-ci peut se compliquer.

3.11 Les complications :

3.11.1 Les complications locales [21] :

C'est l'exagération des signes habituels qui constituent les complications locales.

3.11.1.1 Complications hémorragiques : Se rencontrent surtout dans les fibromes sous muqueux. L'hémorragie, par son abondance et sa répétition, peut entraîner une spoliation sanguine avec :

- Anémie ;
- Asthénie ;
- Lipothymie ;
- Vertiges, acouphènes, dyspnée ;
- Hémopéritoine par rupture d'une veine superficielle.

L'hémorragie brutale nécessitera des transfusions sanguines, ou l'intervention chirurgicale d'urgence : hystérectomie d'hémostase.

3.11.1.2 Complications mécaniques :

Sont liées au développement de la tumeur qui entraîne :

➤ L'enclavement dont la symptomatologie ressemble à celle d'une hernie étranglée :

La douleur est le maître symptôme. Elle s'accompagne de signes de compression rectale et vésicale.

- Compression du rectum : Troubles de la défécation ténesme et épreinte.
- Compression de la vessie : La pollakiurie, la dysurie et, rarement une rétention d'urine.
- Les compressions urétérales : Entraînent souvent une hydronéphrose ou une sclérose atrophique du rein.

L'U.I.V. est indispensable pour renseigner sur l'état des reins et des uretères.

L'échographie donnera des renseignements importants.

- Compressions veineuses : Donnent des œdèmes des membres inférieurs par difficulté de la circulation de retour. La paresthésie, la névralgie, la sciatalgie, conséquences des compressions nerveuses sont des troubles exceptionnels.

3.11.1.3 Les torsions :

Elles sont rares, plus rares que les torsions du kyste de l'ovaire.

a) La torsion aigüe du fibromyome sous séreux pédiculé : C'est un véritable syndrome abdominal aigu qui se manifeste par :

- Douleur pelvienne brutale intense ;
- Signes d'irritation péritonéale : vomissement, nausées ;
- Arrêt de matière et de gaz.

b) La torsion subaigüe : Marquée par des douleurs, coliques accompagnées de lipothymie.

c) La torsion axiale : D'un utérus fibromateux au niveau d'un isthme utérin étiré. Elle se rencontre dans les suites de couche.

3.11.1.4 Les complications infectieuses : Se rencontrent dans les cas suivants :

a) Dans le cas de fibrome sous muqueux ou polypes fibreux accouchés par le col et ischémiques : 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 hyper leucorrhée mal odorante ;
- Une douleur expulsive.

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

L'antibiothérapie s'impose. Il vaut mieux faire un antibiogramme avant l'administration d'antibiotique.

b) La nécrobiose septique d'un fibrome intra mural ou sous séreux.

Elle survient après un délai de nécrobiose aseptique. Elle est due à une pullulation de germes microbiens.

c) 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.

NB : Il est contre indiqué de faire une hystérosalpingographie.

d) L'endométrite :

Elle est due aux staphylocoques, aux streptocoques, aux colibacilles, aux Chlamydia d'origine exogène et endogène. Elle se manifeste par une douleur pelvienne, des leucorrhées abondantes, une vitesse de sédimentation accélérée, une fièvre. Il est possible de rencontrer une pyrométrie.

e) La salpingite :

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

- Des métrorragies accompagnées de douleurs pelviennes bilatérales ;
- Ces douleurs sont provoquées ou spontanées.

Il existe des épisodes fébriles, une vitesse de sédimentation qui est accélérée, et une hyperleucocytose. La cœlioscopie est indiquée.

3.11.1.5 Les transformations histologiques :

Sont représentées par :

a) La transformation œdémateuse :

b) La Nécrobiose aseptique :

Elle est due à une ischémie du fibrome mal vascularisé souvent favorisé par la grossesse. Les signes se révèlent par :

- Une douleur pelvienne intense ;
- Un syndrome toxi-infectieux ;
- Une fièvre élevée ;
- Une pâleur et un sub-ictère.

Le myome augmente de volume, se ramollit et devient douloureux.

L'échographie montre une image en cible ou en cocarde.

c) La calcification du fibrome :

Elle s'observe souvent après la ménopause, c'est une découverte radiologique sous la forme d'une opacité arrondie fréquemment ordonnée en couches concentriques.

d) La dégénérescence maligne :

Le fibrome peut dégénérer.

Cette dégénérescence maligne est estimée à 0,5% selon les statistiques. La dégénérescence sarcomateuse est rare. Elle est à soupçonner devant un fibrome qui grossit rapidement après la ménopause. L'échographie peut montrer des signes de métastases hépatiques.

3.11.2 Les complications générales [21] :

3.11.2.1 Les complications hématologiques :

Elles sont représentées par

a) Une anémie :

Il s'agit le plus souvent d'anémie hypochrome. Quelques rares fois, on rencontre une anémie hémolytique.

b) La polyglobulie :

L'association fibrome et polyglobulie a été décrite en 1953 par Thomas et Darson. Depuis, plusieurs observations ont été publiées, dont celle de Gilles Stenkiste en 1978.

Il semble que la tumeur sécréterait une substance douée d'activité érythropoïétine et que l'ablation de la tumeur entraîne une guérison définitive de la polyglobulie.

c) La Thrombopénie :

Duporieux C. Hopfmerc, Duhamel en 1984 ont publié deux cas de thrombopénie associée à un léiomyome utérin. Selon ces auteurs, la thrombopénie a disparu après l'hystérectomie.

3.11.2.2- les complications vasculaires :

Elles sont représentées par

a) Les thrombophlébites pelviennes ou des membres inférieurs :

Elles sont définies par l'apparition d'un caillot de sang adhérent plus ou moins à la paroi veineuse. La formation du caillot est favorisée par la compression veineuse provoquée par la tumeur.

Les thrombophlébites se manifestent par :

❖ La douleur : cette douleur est à rechercher le long de l'axe veineux. La douleur est exagérée par la toux. Il faut rechercher la douleur au niveau de l'aîne de la cuisse, dans le creux poplité, ou au niveau du mollet : douleur à la dorsiflexion du pied (signe de Homans).

On peut observer d'autres signes qui sont caractérisés par :

- ❖ Fourmillement, des lourdeurs, de tension dans la jambe ;
- ❖ Une élévation thermique modérée associée à une accélération du pouls surtout si elle précède la fièvre.
- ❖ Une douleur locale : La zone intéressée est chaude, on retrouve un œdème discret par suite de l'augmentation du membre inférieur.

b) Les troubles de la crase sanguine : Ils sont dus aux hémorragies fréquentes.

c) L'hypertension artérielle : Elle se rencontre également associée au fibrome. Elle est la conséquence des complications vasculaires et hématologiques.

d) Les troubles cardiaques : Toutes les complications vasculaires et hématologiques ont des répercussions sur le cœur.

3.11.3 Les complications obstétricales :

3.11.3.1 L'infécondité :

La responsabilité d'un fibrome en cas de stérilité ne peut être affirmée qu'après avoir éliminé tous les autres facteurs d'infécondité. Le fibrome peut obstruer l'orifice tubaire. Le fibrome sous muqueux peut provoquer les troubles de la nidation.

3.11.3.2 Fibrome et grossesse :

a) Association fibrome et grossesse extra utérine :

Cette association est rare. Le fibrome peut provoquer un rétrécissement de l'orifice tubaire par compression et empêcher le passage de l'œuf de la trompe à la cavité utérine.

b) Fibrome et grossesse : Il est maintenant prouvé que la grossesse modifie la texture et le volume du fibrome. Le fibrome augmente de volume, se ramollit, change parfois de forme, change toujours de position et s'élève. L'œuf risque d'être expulsé prématurément :

c) Avortement : Lié à un déséquilibre hormonal et une déformation de la cavité utérine

d) Accouchement prématuré : Anomalie de nidation, déformation de la cavité utérine.

❖ **Au cours de la grossesse :** Le fibromyome donne des présentations irrégulières. Celles-ci résultent des causes responsables des troubles de la nidation et de l'absence de capacité de l'utérus d'augmentateur de volume comme l'exige la croissance embryonnaire.

Le fibrome augmente le risque d'hypotrophie fœtale.

Selon Henrion, 10 à 20 % des présentations seraient anormales : Il s'agit des présentations de siège et des présentations transverses.

Le taux de césarienne avoisine 50%. La grossesse entraîne la nécrobiose aseptique et la torsion du fibrome pédiculé. Le pourcentage de métrorragie du 2 au 3^e trimestre est augmenté par suite d'anomalie d'insertion placentaire, ou par infection d'un fibromyome sous muqueux.

- ❖ Au cours de l'accouchement : Le fibromyome peut constituer un obstacle prævia entraînant ainsi une dystocie d'expulsion. Le fibromyome entraîne une dystocie dynamique par défaut de contraction utérine.
- ❖ Après l'accouchement (post-partum) : Le fibromyome entraîne une inertie utérine. La délivrance est hémorragique car l'utérus fibromateux se rétracte difficilement. Il faut surveiller les suites de couches. L'endométrite et les phlébites sont fréquentes. La mortalité fœtale varie de 6 à 12 %.

MÉTHODOLOGIE

IV MÉTHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV.

4.1.1 Présentation du CSREF de la Commune IV :

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune CIV, à Lafiabougou. Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création en 1981 érigée en CS Réf CIV en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé puis en hôpital de district le 12 juillet 2022

a) Infrastructures :

Le centre de santé de référence de la commune IV comporte :

- Un bureau des entrées ;
- Une unité de développement social ;
- Une unité de Gynécologie-Obstétrique ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de Médecine Générale ;
- Une unité d'Ophtalmologie ;
- Une unité d'ORL ;
- Une unité de Pédiatrie ;
- Une unité de soins d'animation et de conseils (USAC) ;
- Une unité d'Anesthésie ;

- Une salle d'accouchement ;
- Un bloc opératoire ;
- Une unité d'hospitalisation comportant trois salles dont deux salles pour la Gynécologie-Obstétrique avec 15 lits, une salle pour la Chirurgie générale avec 5 lits et une salle d'observation pour la médecine générale ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité PEV ;
- Un cabinet dentaire ;
- Un laboratoire ;
- Une salle d'échographie ;
- Une salle des urgences ;
- Un dépôt de médicaments essentiels ;
- Une unité de prise en charge des malades tuberculeux ;
- Une unité de prise en charge de la lèpre ;
- Une unité de dépistage du cancer du col ;
- Deux salles de soins infirmiers ;
- Une unité de brigade d'hygiène ;
- Une morgue ;
- Une mosquée.

b) Personnels :

Le personnel du CSREF de la commune IV comprend :

QUALIFICATION	NOMBRE
Médecins Spécialistes	25
Médecins Généralistes	28
Pharmaciens	02
Echographiste	01
Assistants Médicaux	19
Biologistes	02
Comptables	03
Techniciens Supérieurs de Santé (TSS)	20
Techniciens de Santé(TS)	27
Sage-Femmes	26
Infirmières Obstétriciennes	15
Aides-Soignantes	13
Gestionnaires	07
Informaticiens	02
Brigades d'hygiène	05
Chauffeurs	06

Manœuvres	10
Gardiens	03
Attachés d'Administration	08
Lingères	02
Plantons	02
Aide Comptable	01
Total	227

c) Logistiques :

DÉSIGNATION	BON	MAUVAIS
Motos	5	9
Ambulances	3	2
Autres Véhicules	2	1
RAC	1	0
Téléphones	1	0
Réfrigérateurs	32	12
Congélateurs	2	0
Groupes Electrogènes	3	2
Panneaux Solaires	40	0

Un réseau EDM	1	0
Téléviseurs	0	0
Vidéo Projecteurs	1	2
Ordinateurs de bureau	24	1
Ordinateurs Portables	11	1
Imprimantes	28	5
Connexion Internet	1	0

d) Succession des médecins chefs du centre

- ❖ **2018 à nos jours** : Docteur DICKO Abdoul Razakou (Médecin épidémiologiste)
- ❖ **2015-2018** : Docteur KONAKÉ (Mama Sy Médecin épidémiologiste)
- ❖ **2010-2015** : Docteur KONÉ Drissa (Médecin Pédiatre)
- ❖ **2005-2010** : Docteur TOURÉ Moustapha (Gynécologue-Obstétricien)
- ❖ **2002-2005** : Dr BAH Racki

4.1.2. Présentation du service de Gynécologie-Obstétrique

a) Infrastructures :

Le service dispose de :

- La salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchements ;
- La salle de suites de couches ;
- Le bloc opératoire, qui comporte une salle de stérilisation.

b) Personnels :

- Quatre (4) Gynécologues-Obstétriciens ;
- Douze (12) Médecins généralistes (bénévoles);
- Vingt-six (26) Sage-femmes ;
- Quinze (15) Infirmières Obstétriciennes ;
- Vingt (20) Etudiants faisant fonction d'internes.

c) Fonctionnement :

- Un staff quotidien a lieux tous les jours ouvrables à partir de 08h30 min réunissant les internes et le personnel du service dirigé par un Gynécologue-Obstétricien ;
- Les visites des malades hospitalisés sont quotidiennes, effectuées par un Gynécologue-Obstétricien ;
- La consultation des malades externes est effectuées les Lundi, mardi, mercredi et vendredi ;
- Les programmes opératoires sont effectués les Mardi et Jeudi ;
- Une permanence est assurée tous les jours par une équipe de garde composée de : un Gynécologue-obstétricien (d'astreinte), deux Médecins Généralistes, deux Sage-femmes, deux Infirmières Obstétriciennes, deux Internes et des Stagiaires ;
- Des consultations prénatales tous les jours ouvrables.

.4.2 Méthode d'étude

4.2.1 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive effectuée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako.

4.2.2 Durée d'étude :

Notre étude a couvert dans la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021 soit 1 an.

4.2.3 Population d'étude :

Elle a concerné toutes les patientes traitées et suivies à la maternité du CSREF CIV.

4.3 Échantillonnage :

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif de toutes les patientes qui ont rempli nos critères d'inclusion.

4.4 Critères d'inclusion :

- Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes prises en charge dans notre service pour fibrome utérin de diagnostic clinique et ou para-clinique ; (échographie, hystérographie).
- Toutes les patientes qui ont un dossier médical complet.

4.5 Critères de non inclusion :

- Les patientes qui n'ont pas été traitées dans le service ;
- . - Les patientes qui ont été traitées en dehors de la période d'étude ;
- Toutes les patientes qui n'ont pas de dossier médical complet.

4.6- Collecte de données :

Les données ont été recueillies à partir des registres de consultation gynécologique, des dossiers des malades et des comptes- rendus opératoires.

4.7 Traitement informatique :

Les données ainsi recueillies ont été saisies sur le Word 2013 et analysées avec le logiciel SPSS version 21

4.8 Variables étudiées :

Nous avons établi une fiche d'enquête individuelle comportant les variables suivantes :-Age - Profession - Statut matrimonial - Résidence - Motif de consultation - Antécédents

- Examen clinique -Les résultats des examens complémentaires -Le traitement - Evolution

RÉSULTATS

V-RÉSULTATS

Au cours de notre étude 51 femmes étaient porteuses de fibrome utérin sur 3150 consultations soit 1,62%.

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

TRANCHE D'ÂGE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
20-29	7	13,7
30-39	23	45,1
40-49	19	37,3
50-59	2	3,9
Total	51	100,0

La tranche d'âge 30-39ans était la plus représentée avec 45,1 %.

Tableau II : Répartition des patientes selon la gestité

GESTITE	EFFECTIFS N	POURCENTAGE %
Nulligeste	18	35,3
Primigeste	15	29,4
Paucigeste	15	29,4
Multigeste	1	2,0
Grande multigeste	2	3,9
TOTAL	51	100,0

Les nulligestes étaient les plus représentées dans notre étude avec 35,3% suivies des primigestes et paucigestes avec respectivement 29,4%.

Tableau III : Répartition des patientes selon le motif de consultation

CONSULTATION	EFFECTIFS	POURCENTAGE %
Métrorragie	4	7,9
Masse pelvienne	4	7,8
Masse abdominale	2	3,9
Masse abdominopelvienne	1	2,0
Utérus polyyomateux	40	78,4
Total	51	100,0

Utérus polyyomateux était le plus représenté avec une fréquence de 78,4%.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

STATUT	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Mariée	45	88,2
Célibataire	6	11,8
Total	51	100,0

Dans notre étude les femmes mariées étaient les plus représentées avec 88,2%.

Tableau V : Répartition des patientes selon la circonstance de découverte

CIRCONSTANCE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Fortuite	3	5,9
Par suite de plainte	48	94,1
Total	51	100

Dans notre étude les femmes qui étaient venues suite à une plainte étaient les plus représentées avec 94,1%.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le signe d'accompagnement

SIGNE D'ACCOMPAGNEMENT	FREQUENCE	POURCENTAGE
pollakiurie	5	9,8
Troubles rectaux	1	2,0
Pesanteur abdominale	41	80,4
Pas d'information	4	7,8
Total	51	100,0

La pesanteur abdominale était le signe le plus représenté avec 80,4%.

NB : Sur 51 dossiers 4 n'étaient pas renseignés.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le caractère du cycle menstruel

CYCLE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Régulier	37	78,4
Irrégulier	11	21,6
Total	48	100,0

Dans notre étude les femmes qui avaient des cycles réguliers étaient les plus représentées avec 72,5%.

NB : Trois de nos patientes étaient déjà en ménopause.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les ethnies

ETHNIE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Bambara	15	29,4
Senoufo	1	1,9
Peulh	6	11,8
Soninké	8	15,7
Bobo	3	5,9
Minianka	2	3,9
Malinké	14	27,5
Bozo	2	3,8

Total

51

100,0

L'ethnie bambara était la représentée avec 29,4 suivie des malinkés avec une fréquence de 27,5%.

Tableau IX : Répartition des patientes selon la profession

PROFESSION	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Ménagère	25	49,0
Commerce	11	21,6
Fonctionnaire	7	13,7
Élève ou étudiante	6	11,8
Teinturière	2	3,9
Total	51	100,0

Les ménagères étaient les plus présentées avec 49,0%.

Tableau X : Répartition des patientes selon les infections génitales

INFECTIONS GENITALES	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Oui	29	56,9
Non	22	43,1
Total	51	100,0

Les patientes qui avaient l'infection génitale étaient les plus représentées avec 56,9%.

Tableau XI: Répartition des patientes selon la ménopause

MÉNOPAUSE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Oui	3	5,9
Non	48	94,1
Total	51	100,0

Les patientes ménopausées représentaient 5,9%.

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'utilisation d'une contraception

CONTRACEPTION	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Oui	10	19,6
non	41	80,4
Total	51	100,0

Les patientes qui prenaient de contraceptif représentaient 19,6%.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la parité

PARITE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Nullipare	24	47,1
Primipare	14	27,5
Paucipare	10	19,6
Multipare	2	3,9
Grande multipare	1	2,0
Total	51	100,0

Les nullipares étaient les plus représentées avec 47,1%.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement

AVORTEMENT	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Oui	14	19,6
Non	37	80,4
Total	51	100,0

Les patientes qui ont fait au moins un avortement représentaient 19,6%.

Tableau XV : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ATCD CHIRURGICAL	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Sans ATCD chirurgical	41	80,4
Myomectomie	6	11,8
Césarienne	2	3,9
Salpingectomie	1	2,0
Plastie tubaire	1	2,0
Total	51	100,0

Les patientes qui avaient d'ATCD chirurgical représentaient 19,7% dont 11,8% de myomectomie 3,9% de césarienne 2,0% de salpingectomie 2,0 de plastie tubaire.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon les ATCD familiaux

ATCD FAMILIAL	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Sans ATCD familial	42	82,4
Mère diabétique	3	6,0
Mère HTA et diabétique	2	4,0
Mère hypertendue	1	2,0
Mère diabétique HTA, asthmatique	1	2,0
Père diabétique	1	2,0
Père hypertendu	1	2,0
Total	51	100,0

82,4 % des patientes étaient sans ATCD familial.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'examen sous spéculum

EXAMEN SOUS SPECULUM	FEQUENCE	POURCENTAGE
Normal	28	54,9
Saignement endo-utérin	2	3,9
Dossiers non renseignés	21	41,2
Total	51	100,00

L'examen sous spéculum était normal chez 54,9 % de nos patientes.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la Topographie du myome

TOPOGRAPHIE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Non renseigné	18	35,3
Interstitiel	5	9,8
Interstitiel et sous séreux	3	6,0
Interstitiel sous muqueux et sous séreux	4	7,8
Sous muqueux	13	25,5
Sous muqueux et sous séreux	3	5,9
Sous séreux	5	9,8
Total	51	100,0

Plus de 30% des dossiers étaient non renseignés.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la réalisation de l'hémogramme

HEMOGRAMME	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Oui	44	86,3
Non	7	13,7
Total	51	100,0

L'hémogramme était réalisé chez 44% des patientes.

NB : Le bilan préopératoire de sept de nos dossiers était non disponible.

Tableau XX : Répartition des patientes selon la réalisation l'hystérosalpingographie

HYSTEROSALPINGOGRAPHIE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Oui	3	5,9
Non	48	94,1
Total	51	100,0

Plus de 90% de nos patientes n'avaient pas fait l'hystérosalpingographie.

Seulement 5,9% de nos patientes ont pu faire l'hystérosalpingographie.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon fibromes associés avec d'autres maladies

FIBROMES ASSOCIATIONS	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Grossesse	2	3,9
Kyste ovarien	6	11,8
Aucune	40	78,4
Hydrosalpinx et dystrophie	3	5,9
Total	51	100,0

Dans 78,4 % des cas il n'y avait aucune autre maladie associée.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'effraction de la cavité

EFFRACTION DE LA CAVITE	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Oui	19	37,3
Non	32	62,7
Total	51	100,0

L'effraction de la cavité représentait 37,3%.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les techniques chirurgicales

TECHNIQUES CHIRURGICALES	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Hystérectomie	5	9,8
Myomectomie	46	90,2
Total	51	100,0

La myomectomie était la plus représentée avec une fréquence de 90,2%.

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la réalisation de l'anapath

ANAPATH	FRÉQUENCE	POURCENTAGE
Oui	11	21,6
Non	40	78,4
Total	51	100,0

Les patientes qui ont pu faire l'examen d'anatomopathologie étaient moins représentées avec 21,6%.

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

6.1-Fréquence :

Notre étude rétrospective descriptive s'est déroulée du 01^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021 dans le service de gyneco-obstetrique du Csref de la commune IV.

Elle a porté sur 51 cas de fibrome utérin sur 3150 consultations. Dans notre série la prévalence du fibrome utérin était de 1,62 % des consultations pendant la période d'étude. Ce taux est inférieur à ceux de Sanogo Y S [22] et Coulibaly D [23] qui avaient trouvé respectivement 2,64% et 5,21%. La faiblesse de notre prévalence s'explique par la taille de l'échantillon et la durée de l'étude.

6.2-Les données sociodémographiques :

6.2.1 Âge :

Dans notre étude la tranche d'âge 30-39 était la plus représentée soit une fréquence de 45,1 % cette tranche est comparable à celle de Thiero D [24] avec la tranche d'âge de 35-40 ans Magassouba D [25] qui avait trouvé dans son étude 35-44 ans, mais différents à celle de Samakoro D T [26] qui avait trouvé dans son étude une tranche d'âge compris entre 20-34 ans. Cette différence s'explique par le fait que la fréquence du fibrome utérin augmente avec l'âge.

6.2.2-Ethnie :

L'ethnie Bambara était la plus représentée dans notre étude avec une fréquence de 29,4 % ce taux est inférieur à celle de Danioko H T [27] qui avait trouvé une fréquence 35,1%. L'ethnie bambara est la plus représentée dans la population générale au Mali.

6.2.3-Profession :

Dans notre étude les ménagères étaient les plus dominantes soit 49 % cette prédominance a été rapportée de façon générale par Koné B [28] et de **Danioko H T**

[27] qui avaient trouvé respectivement une fréquence de 55,8% et 64,3%. Ceci s'explique par le taux élevé des femmes non scolarisées au Mali.

6.2.4 Statut matrimonial :

Notre série était dominée par les femmes mariées soit une fréquence de 88,2% cette fréquence est différente à celle de Coulibaly D [23] dont la grande majorité des patientes étaient des femmes célibataires 52,5% contre 47,5% de femmes mariées.

6.2.5 Motifs de consultation :

Dans notre étude 78,4% de nos patientes avaient consulté pour une polymyomatose contrairement à celle de Danioko H T [27] dont 10% des patientes ont consulté pour sensation de masse pelvienne ; et celui de Ouattara D. au C.S. Réf. IV [29] qui avait trouvé 8,33%. Cette différence s'explique d'une part par l'accroissement du taux de consultation précoce des patientes à la moindre anomalie, et d'autre part par l'abus de l'échographie dans les structures de santé.

6.3 Antécédents gynécologiques :

La parité : Les nullipares sont représentées par 24 femmes soit 47,1%. Ce taux est supérieur à ceux de Sanogo Y S avec 24% [22], 43% pour Koutouan J C [15], et 21% pour Touré O.D [14]. Alors que les multipares représentaient 3,9% soit 2 cas dans notre série inférieure à celui de Koutouan J C avec 43% [15].

6.4 Examen clinique :

6.4.1 Circonstance de découverte :

La circonstance de découverte était faite par suite de plaintes chez 94,1% de nos patientes et de découverte fortuite chez 5,9% qui avaient consulté pour désir d'enfant.

6.4.2-Examen au spéculum :

La majorité de nos patientes avaient un col sain au speculum soit une fréquence de 54,9%.

6.5 Examen complémentaires

6.5.1 HSG :

Elle avait été réalisée chez 5,9% (3 cas) de nos patientes. Ce taux est inférieur à celui de Traoré M [7] au Mali soit 20%. **Pither S** et Al [30] à Libreville avaient réalisé l'H.S. G chez 52 patientes (52/127) soit une fréquence de 41%. Elle avait permis de poser le diagnostic de fibrome utérin à travers ses images évocatrices et de nous renseigner sur l'état de la cavité utérine, et l'état des trompes. L'HSG n'est pas systématique chez nous mais sa réalisation chez ces patientes était motivée par une notion de désir d'enfant.

6.5.2 Echographie :

Elle avait confirmé le diagnostic de fibrome utérin chez 51 de nos patientes soit 100% Traoré H [31] a trouvé 175 patientes soit 94,6%. Thiero D [24] avait trouvé 90,9% (451/496). Elle nous a permis de savoir le siège des myomes, ainsi nous avons trouvé 25,5% de siège sous muqueux résultat inférieur à celui de Traoré H qui a trouvé 78,9% [30] et 76% pour Sangaret et Coll. [32] à Abidjan. 4 myomes de siège cervical 3% contre 1 cas pour Marc Lyon [33] 14 myomes de siège isthmique 12% contre 5,5% pour **Boury H** [34]. Thiero D [24] nous rapportait dans sa thèse 35 myomes de siège cervical, 155 myomes de siège isthmique et 419 myomes fundicorporels. L'échographie à travers son coût accessible et sa disponibilité, elle a été réalisée de façon systématique chez toutes nos patientes.

6.5.3 Examen anatomopathologie :

Types histologiques : Leiomyofibrome était représenté à 100%. A noté que seulement 11 patientes ont réalisés examen anatomo-pathologique parmi 51 cas par faute de moyen.

6.6 Traitement :

6.6.1 Myomectomie :

Dans notre étude 90,2% de nos patientes ont subi une myomectomie ce résultat diffère à celui de Coulibaly D [23] 85,4% et de Magassouba D [25] avec une fréquence de 55,17%. Ce taux s'explique par le fait que toutes nos patientes ont consultées au stade polymyomatose le traitement était la chirurgie A noter la majeure partie de nos patientes étaient en âge de procréer.

6.6.2 Hystérectomie :

L'hystérectomie peut être totale ou subtotale. Dans notre série ont été effectuées 5 hystérectomies totales soit 9,8% Traore H [31] avait trouvé 14 hystérectomies totales soit 7,6%, Dia A et Al [35] à Dakar en 2003 ont 27,86% d'hystérectomie totale. Thiero D [24] dans sa thèse avait trouvé 13 hystérectomies subtotaux (26%) ,23 cas d'hystérectomies avec annexéctomie soit 4,6%. Diarra A [36] dans sa thèse au C.H.U.G.T a trouvé 27 hystérectomies totales soit 33% et 4 hystérectomies subtotaux soit 5%. Les hystérectomies ont été pratiquées dans notre étude chez des patientes ayant 50 ans ou plus avec un volume utérin important ne désirant plus avoir d'enfant.

6.7 Les complications :

6.7.1 Complications peropératoires :

Au cours de l'intervention, il y'a eu une effraction de la cavité chez 19 patientes soit 37, 3% ceci explique par le fait que les noyaux corporaux de ces patientes étaient absents sous muqueux.

6.7.2 Les suites opératoires immédiates :

Au cours de notre étude nous n'avons pas enregistré de complications, les suites post opératoires ont été simples.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION

Nous avons constaté que la majeure partie de nos patientes étaient des nullipares.

Les motifs de consultation étaient dominés par les utérus polomyomateux, découverte par suite de plaintes.

L'échographie était l'examen clé pour le diagnostic.

La chirurgie a été le traitement de choix, les suites opératoires ont été généralement favorables.

L'examen anatomo-pathologique n'a été réalisé que pour 21,6% de nos patientes ; le caractère histologique était Leiomyofibrome.

Il y'a eu une effraction de la cavité utérine chez 19 patientes soit 37, 3%.

Au cours de notre étude les suites post opératoires ont été simples.

Il est nécessaire de faire d'autre étude pour chercher les facteurs des lésions fibromateuses.

RECOMMANDATIONS

VIII- RECOMMADATIONS

❖ Au Ministère de la santé :

- ✓ Ouvrir d'autre service d'anatomie pathologique permettant un conditionnement correct et une analyse rapide des pièces opératoires.
- ✓ Mettre les prestataires dans les conditions optimales.

❖ À l'administration du Centre de santé de la commune IV :

- ✓ Assurer un meilleur archivage des dossiers et registres de consultation en gynécologie obstétrique.
- ✓ Equiper le service de gynécologie et d'obstétrique en matériels de qualité.
- ✓ Elaborer des campagnes de sensibilisation des femmes afin qu'elles puissent se faire consulter à temps par des gynécologues – obstétriciens.

❖ Aux personnels socio sanitaires :

- ✓ Savoir diagnostiquer le fibrome symptomatique chez toutes les femmes en âge de procréer
- ✓ Informer les patientes sur leur pathologie de façon simple sans créer une situation de panique.
- ✓ Sensibiliser des femmes afin de se faire consulter dans le centre de santé le plus proche en cas de saignement génital ou de pesanteur pelvienne.
- ✓ Faire correctement les interrogatoires.

❖ A la population :

- ✓ Amener les femmes dans le centre de santé le plus proche en cas de saignements ou algie pelvienne et /ou hémorragie génitale en dehors des règles.

RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

IX. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Lansac J, Lecompte P.** Gynécologie pour le praticien, Masson Paris, 5^e édition Nov. 1998 ;
- 2. Siskin GP :** Uterine fibroid (Leiomyoma) Embolization and Imaging ;
<https://Emedicine.medscape.Com/article /421735-overview> ; Updated : Nov 16,2018 ;
- 3. Fernandez H.** Prévalence du fibrome utérin en France et impacte sur la qualité de vie à partir d'une enquête menée auprès de 2500 femmes de 30-55ans. J Gynéco Obstét Biol Reprod (Paris) (2014) ;
- 4. Bendifallaha S, Brun J. L, Fernandez H.** Place de la myomectomie chez une patiente en situation d'infertilité. J Gynéco Obstét Biol Reprod (paris) (2011) ;
- 5. Abbara, Aly.** Fréquence du fibrome utérin en France en 2010. <<Quelle est la différence entre kyste utérin et myome utérin>>. J Gynéco osbstét Biol Repord (paris) 200t ;
- 6. Ella E.** Myomectomie : épidémiologie, indication et pronostic à propos de 87 cas colligés à l'hôpital militaire de Ouakam en 2019, N°36 ;
- 7. Traoré M.** A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital du Point « G », PMI centrale et à la maternité d'Hamdallaye. Thèse Med, Bamako, N°86-M-19 ;
- 8. Dolo A.** fibromes utérins à l'hôpital Gabriel Touré Thèse méd., Bamako12M122 ;
- 9. Carranza-Mamane Havelock Hemming R.** Prise en charge des fibromes utérins en présence d'une infertilité autrement inexpliquée J Gynéco Obstest Can 2015 ;

- 10. Granjon A, Tannolli S, Cedard** Contribution à étude hormonale des fibromes : dosage des œstrogènes dans le sang. Les fibromes et les muqueuses utérines. Presse Med 1961 ; 69(49) : 2191-2193 ;
- 11. Koska M, Chabert-Buffet N, Douvier SHuchon C et al** Place des traitements médicaux : indication durée et efficacité dans le traitement des fibromes utérin symptomatique période d'activité génitale, Presse Med (2013) ;
- 12. Brux J, Martin S.** Les vestiges embryonnaires Wolffiens et Müllériens du tractus génital féminin. Revu Fr Gynéco-Obstét 1957 ; 9(10) : 321-325 ;
- 13. Ferrari B.** La dégénérescence calcaire des fibromyomes utérins. Clin Obstét Gynéco 1962 ; 64(2) : 10-80 ;
- 14. Touré O D.** A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital national du Point « G ». Thèse Med, Bamako, 1992, N°35 ;
- 15. Koutouan J C.** Contribution à l'étude des fibromes utérins à propos de 515 cas observés au CHU de Cocodjé (Abidjan) du 1janvier au 5 mars 1985.Thèse Med, Abidjan ; 1980, N°662 ;
- 16. Lansac J, Lecompte P Mareet.** Gynécologie pour le praticien 9ème édition Elsevier Masson SAS 2018 ; 65-82 ;
- 17. Bastide Guy F.** Bassin, parois et contenu schémas de travaux pratiques fascicule 14 N°611-95 BAS. Bibliothèque FMPOS ;
- 18. Manuel Mds** version pour professionnels de la santé Gynéco-Obstét révisé mai 2022 N°22 ;
- 19. Barda C, Alvarez E.** Etude topographique de l'utérus au cours du travail et de la délivrance. Gynéco-Obstét 1952 ; 25 : 102-104 ;

20. Lansac J, BODY G, MAGNIN G. Pratique chirurgicale en gynéco obstét, Masson, Paris 1998 ; 15-49 ;

21. Dodin Sylvie. Complication du fibrome utérin. <<Fibrome utérin qu'est-ce que c'est ?>> passeport santé révisé Novembre 2010, N°35 ;

22. Sanogo Y S Fibrome utérin aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques au CS Réf commune VI de Bamako, Mali Thèse méd. 2009.09 M-76 ;

23. Coulibaly D. Fibrome utérin : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse méd. Bamako 11M48 ;

24. Thiero D. Aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique du fibrome utérin chez la jeune femme en période de procréation : à propos de 496 cas de janvier 1993 à décembre 2002 au centre de santé de référence de la commune V. Thèse Med, Bamako, 2002, M22 ;

25. Magassouba D. Etude épidémie-clinique et thérapeutique du fibrome utérin thèse de méd. Bamako, 2008, 09M96 ;

26. Samakoro D T. Aspects cliniques et thérapeutique du fibrome utérin à l'hôpital Fouseyni Daou de Kayes thèses de médecines Bamako 11M253 ;

27. Danioko H T : fibromes utérin aspect s épidémiologiques cliniques et thérapeutique à la maternité de la garnison de Kati 10M161 ;

28. Koné B : fibrome utérin dans le service de gynécologie obstétrique du Csref CV du district de Bamako 08M91 ;

29. Ouattara D : Myome utérin au centre de santé de références de la commune IV à propos de 108cas. Thèse : Médecine Mali 2006, numéro96, 157P ;

30. Pither et Al Pathologie myomateuse à Libreville. La place du traitement conservateur par voie abdominale à propos d'une série de 127 cas ;

31. Traoré H Fibrome utérin : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à la maternité de garnison de Kati. Thèse : Médecine Mali Bamako, 10M161 ;

32. Sangaret. M.A, Bohoussou.K. M, Welfns.E.C.H et Kane. N Les fibromes utérins en côte d'ivoire C.R.S.O.C. S franç-gynéco 1972,42. Numéro8.594-691 ;

33. Frère Mar c à Lyon Evolution du traitement chirurgical du fibrome chez la femme jeune. La place actuelle de la myomectomie. Thèse médecine Lyon 1968.numero115, 108P ;

34. Boury H cl : les indications thérapeutiques des fibromes utérin médecine France 1963,70, Numéro 2425-2488 ;

35. Dia A. Beye S Dongou J M et al. Les Fibromes utérin à la clinique chirurgicale de Dakar à propos de 140 cas opérés en 2 ans.

Dakar médical 2003, 48, 2, 72,76 ;

36. Diarra A Contribution à l'étude du fibrome utérin à propos de 82 cas colligés dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national de Gabriel Touré. Thèse médecine Bamako 2004.numéro18.122P.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

N°DU DOSSIER : _____

IDENTITÉ DE LA PATIENTE

Nom : _____ Prénom : _____ Q1 Age : _____

Adresse : _____ N° de Tél : _____

Q2 Ethnie

1= Bambara 2 =senoufo 3= Dogon 4= Peulh 5=Minianka 6= Soninké

7= Bobo

8= Autres (à préciser) _____

Q3 Profession

1= Ménagère 2= Fonctionnaire 3= Couturière 4= Commerçante

5= Elève ou étudiante 6= Teinturière 7= Couturière

8= Autres à préciser

Q4 Statut matrimonial

1= Mariée 2= Célibataire 3= Divorcée 4= Veuve

Q5 Motif de consultation

1= Hémorragie 2= Métrorragie 3 = 1+2 4= Leucorrhée 5= Pyorrhée

6 =Masse pelvienne

7= Masse abdominale, 8 = 6 + 7, 9 = 2 + 6, 10 = 2 + 8

11= Autres (à préciser) _____

Q6 Circonstance de découverte

1 = Fortuite 2 = Par suite de plaintes

Q7 Signes d'accompagnement

1 =Pollakiurie 2 =Incontinence urinaire 3 = Troubles rectaux

4= Autres (à préciser) _____

ANTECEDENTS

Gynécologiques :

Q₈ Age de la menarche

Q₉ DDR (Si grossesse préciser le terme en SA) _____

Q₁₀ Caractéristiques du cycle 1 = Régulier 2 = Irrégulier

Q₁₁ Durée de règle 1 = ≤ 2 jours 2 = 3 – 4 jours 3 = 5 – 6 jours

4 = ≥ 7 jours

Q₁₂ Infection génitale 1 = Oui 2 = Non

Si oui préciser _____

Q₁₃ Ménopausée 1 = Oui 2 = Non

Si oui depuis combien d'année _____

Q₁₄ Contraception 1 = Oui 2 = Non

Si oui type et durée _____

Obstétricaux :

Q₁₅ Gestité =

1= Nulligeste 2= primigeste 3= paucigeste 4= multigeste

5= grande multigeste

Q₁₆ Parité =

1= Nullipare 2= primipare 3= paucipare 4= multipare

5= grande multipare

Q₁₇ Nombre d'Efant Vivant= Q₁₈ Nombre d'avortement =

Q₁₉ Chirurgicaux 1 = Myomectomie 2 = Césarienne

3=Salpingectomie

4 = Kystectomie 5 = Appendicectomie

6= Autres (à préciser) _____

Q₂₀ Médicaux 1 = HTA 2 = Diabète 3 = Ulcère gastrique 4 = Asthme

5 = Autres (à préciser) _____

Q21 Familiaux 1 = Cancer du sein 2 = Cancer du col 3 = HTA

4 = Diabète 5 = Myomectomie

6 = Autres (à préciser) _____

EXAMEN CLINIQUE

Q22 Etat général

1 = Bon 2 = Passable 3 = Altéré

Q23 TA en mm Hg _____

Q24 T°C _____

Q25 Poids en kg _____

Q26 Conjonctives

1 = Bien colorées 2 = Ictérique 3 = Pâle

4 = Moyennement colorées 5 = 2 + 3

Q27 Seins

1 = Normaux 2 = Ecoulements pathologiques 3 = Nodulaire

4 = Autres (à préciser) _____

Q28 Présence de masse

1 = Pelvienne 2 = Abdominale 3 = 1 + 2

4 = Autres (à préciser) _____

Q29 Examen spéculum

1 = Normal 2 = Leucorrhées 3 = Saignement endo utérin

4 = Polype accouché par le col 5 = Cervicite 6 = Autres (à préciser) _____

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q30 Echographie pelvienne et/ou abdominale

1 = Oui 2 = Non

Q31 Si oui nombre total de noyaux _____

Q32 Nombre et topographie par rapport aux tuniques (interstitiel.... Sous muqueuse...sous séreux ...) _____

Q33 Autres lésions que le myome 1 = Oui 2 = Non

Q34 Si oui préciser _____

Q35 Hémogramme 1 = Oui 2 = Non

Si oui taux d'Hb = Taux Gb = Taux HT =
Taux Plq =

Q36 HSG 1 = Oui 2 = Non

Si oui résultat _____

Q37 Autres examens paracliniques 1 = Oui 2 = Non

Si oui résultat _____

Q38 Fibrome et autres associations

1 = Grossesse 2 = K.O 3 = Stérilité 4 = Endométrite 5= Aucune

6 = Autres (à préciser) _____

COMPLICATIONS

Q39 Mécaniques

1= Torsion 2 = Occlusion intestinale 3 = Inondation péritonéale

4 = Autres (à préciser) _____

Q40 Déferescence

1 = Calcification (bénigne) 2 = Sarcome (maligne)

Q41 Grossesse et SDC

1 = Nécrobiose aseptique 2 = Torsion 3 = Hypertrophie

4 =Avortement, 5= Placenta Preavia, 6= Présentation vicieuse, 7= Anémie,

8= Hémorragie de la délivrance

9 = Infection, 10 = Thrombo embolique, 11= Autres (à préciser)

TRAITEMENT

Q42 Abstention thérapeutique

1 = Oui 2 = Non

Q43 Médical

1 = Oui 2 = Non

Si oui préciser _____ (produit, dose, durée)

Q44 Myomectomie

1 = Oui 2 = Non

Q45 Si oui nombre de noyaux

1 = ≤ 2 noyaux 2 = 3 – 5 noyaux 3 = 6 – 8 noyaux 4 = > 8 noyaux

Q46 Effraction de la cavité

1 = Oui 2 = Non

Q47 Poids des noyaux en gramme _____

Q48 Nombre noyaux interstitiels _____

Q49 Nombre de noyaux sous séreux _____

Q50 Nombre de noyaux sous muqueux _____

Q51 Noyaux corporaux _____

Q52 Noyaux isthmique _____

Q53 Noyaux cervicaux _____

Q54 Hystérectomie

1 = Subtotale avec annexectomie 2 = Subtotale interannexielle

3 = Totale avec annexéctomie 4 = Totale interannexielle

Q55 Poids de la pièce opératoire _____

Q56 Bistournage de polype

1 = Oui 2 = Non

Q57 Durée hospitalisation

Q58 Suites opératoires

1 = Simple 2 = Compliqué 3 = Décès de la patiente

Q59 Examen anapath = Oui 2 = Non Q60 Si oui résultat _____

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KEITA

Prénoms : FATOUMATA M

Email : fatoumatak200@gmail.com

Tel : (00223) 76-54-38-21 (00223) 69-85-87-18

Titre de thèse : Fibrome utérin : Aspects épidémiologiques-cliniques histologiques et thérapeutiques dans le Service de Gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako.

Année universitaire : 2020-2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de la faculté de pharmacie : FMOS et FAPH.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

Résumé :

Introduction :

Notre étude avait but d'étudier le fibrome utérin : Aspects épidémiologies-cliniques thérapeutiques et histologiques dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive effectuée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Allant du 01 Janvier 2020 au 31 décembre 2021 soit 2ans.

La population cible était l'ensemble des patients suivis, opérés et hospitalisés pour fibrome utérin pendant la période d'étude.

Résultats :

Au terme de notre étude réalisée au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako,

Pendant la période d'étude 3150 patientes avaient consulter dans le service de gynécologie obstétrique du CSREF de la C IV, dont 51 cas de fibrome utérin soit une prévalence de 1.62% des consultations.

2120 patientes avaient été opérées pendant la période d'étude ; dont 51 cas de fibrome utérin ont été diagnostiqués soit une prévalence de 2 ,41 % des patientes opérées dans le service.

La classe d'âge 30-39 ans était la plus concernée avec une fréquence de 41 ,5%

A l'échographie les myomes étaient préférentiellement localisés sous muqueux avec une fréquence de 25,5 %.

La majeure partie de nos patientes ont fait une myomectomie.

CONCLUSION

Nous avons constaté que la majeure partie de nos patientes étaient des nullipares.

Les motifs de consultation étaient dominés par les utérus polomyomateux, découverte par suite de plaintes.

L'échographie était l'examen clé pour le diagnostic.

La chirurgie a été le traitement de choix, les suites opératoires ont été généralement favorables.

L'examen anatomo-pathologique n'a été réalisé que pour 21,6% de nos patientes ; le caractère histologique était Leiomyofibrome.

Il y'a eu une effraction de la cavité utérine chez 19 patientes soit 37, 3%.

Au cours de notre étude les suites post opératoires ont été simples. Au cours de notre étude les suites post opératoires ont été simples.

Il est nécessaire de faire d'autres études pour chercher les facteurs favorisant des lésions fibromateuses.

Mots clés :

Fibrome utérin : Aspects épidémiologiques-cliniques thérapeutiques et histologiques dans le service de gynécologie-obstétrique, CSREF CIV, Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !