

DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Ministère de l'Education, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2019-2020

N°...../

THEME :

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES
DU LEIOMYOME UTERIN AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par Mlle Mariam DIALLO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT :

Pr. Cheick Bougadari TRAORE

MEMBRE :

Dr. Mamadou KEITA

CODIRECTEUR :

Dr. Alou SAMAKE

DIRECTEUR DE THESE : Pr. Bakarou KAMATE

DEDICACE :

A DIEU,

Le créateur du ciel et de la terre, maître du monde et de l'au-delà.

Maître de la vérité, merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir protégé ! Merci également pour toutes ces personnes que tu as mises sur mon chemin !

Gloire à toi aujourd'hui et pour l'éternité !

AU PROPHETE MOHAMED

Que la paix et le salut d'Allah soit sur lui, sur sa famille, sur tous ceux qui l'ont suivi et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du dernier jugement !

A MON PERE : ABOU

Jamais je ne saurais exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consenti pour mon instruction et mon bien être.

Ta modestie, ta générosité, ton amour et ton honnêteté ont fait de toi un père exemplaire et inoubliable. Que Dieu le tout puissant t'accorde santé bonheur et longue vie !

A MA MERE : BAKO DIALLO

Chère mère aucun mot ne saurait traduire toute ma gratitude. Cette éducation rigoureuse que nous avons reçue n'était en fait que ta volonté de nous voir réussir. Voilà un résultat de tes efforts consentis. Que Dieu te bénisse et te garde encore longtemps auprès de nous !

A MES REGRETTES GRAND-PERES ET GRAND-MERES :

Comment vous oublier ? Votre bonté reste encore gravée dans ma mémoire. J'imagine quelle serait votre joie aujourd'hui ? J'aurai tant aimé que vous soyez présents. Dieu en a décidé autrement. Que Dieu vous accorde une paix éternelle et vous accueille dans son paradis !

REMERCIEMENTS :

A MA GRAND-MERE : MAH DIALLO

Il m'est difficile de trouver les mots pour vous manifester ma reconnaissance. Je n'ai vu une personne aussi fidèle et gentille que vous. Vous m'avez appris le sens du partage. Si aujourd'hui j'ai pu réaliser ce travail c'est grâce à l'éducation que j'ai reçue auprès de vous. Ce travail est aussi le vôtre que l'éternel vous bénisse et vous offre une longue vie !

A MA SŒUR : TATA DIALLO

Nous avons des rêves à réaliser ensemble et saches que je ne t'oublierai jamais. Tu as été à mes côtés pendant toutes les étapes de ce travail. J'en serais très reconnaissante. Aucun mot ne peut exprimer la profondeur des sentiments fraternels, d'amour, et d'attachement que j'éprouve à ton égard. Ce travail est le tiens en témoignage de ma profonde affection en souvenir de notre indéfectible union qui s'est tissée au fil des jours. Puisse Allah nous protéger, tout en renforçant notre lien fraternel. Je te souhaite tout le bonheur du monde !

A MAMADOU K DOUMBIA :

Les mots me manquent aujourd'hui pour te remercier, car ton soutien physique et moral m'ont permis de mieux faire ce travail. Tu as été toujours là pour moi dans les moments les plus difficiles de ma vie. Une personne comme toi est très rare à rencontrer. Je remercie le bon Dieu de t'avoir mis sur mon chemin et saches que je ne t'oublierai jamais que le Tout puissant nous accorde une longue vie, une vie pleine de bonheur, et une santé de fer.

A MON TONTON SOULEYMANE DIALLO :

Merci pour ton soutien sans faille et ta volonté inconditionnelle de veiller sur nos études. Sois ici en remercié.

A MA TANTE FATOUMATA DIAKITE :

Tu as été pour moi comme une mère, l'affection que tu as fait preuve à mon égard m'a profondément touché. Les soutiens moraux et les bénédictions n'ont

jamais faits défaut. Ce travail est le fruit de tes efforts. Que Dieu te donne une longue vie !

A MES ONCLES ET TANTES :

Que Dieu vous donne longue vie et beaucoup de force pour nous accompagner.

AUX DOCTEURS : SAMAKE Alou, KEITA Mamadou, DIASSANA Mama, DIASSANA Boubacar, HAIDARA Dramane.

Tous gynécologues obstétriciens au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. C'est le moment de vous réitérer ma profonde reconnaissance. Grace à vos efforts j'en suis là aujourd'hui. Vous avez guidé mes premiers pas dans la pratique médicale.

AUX DOCTEURS : Moulaye SANOGO, Oumar Hamadoun DICKO, Djouma KEITA, Bakary SAMAKE, N'Tchi KONE, Mamoudou CAMARA, Seydou SOUMAORO, Cheikna KONARE, Abdoulaye DAFPE, Mohamed DIARRA, Bakary DIAKITE , Yacouba KONE merci pour la franche collaboration.

A Dr SYLLA Mohamed :

Votre contribution a été grande dans la réalisation de ce travail. Votre disponibilité, votre gentillesse, votre franchise, votre rigueur pour le travail bienfait m'ont beaucoup marquées et m'ont permis d'exercer ce travail à bord. Que tous nos vœux soient exaucés.

A MES CO-CHAMBRIERES : Nadoussou Coulibaly et Nana Kadidia Diarra, aujourd'hui je suis comblée de joie pour vous dire merci. Vivre ensemble dans une chambre pendant sept ans n'est pas du tout facile mais vous avez pu supporter mes caprices car vous m'avez considéré comme une sœur. Vous avez accepté tout ce que je faisais. Vous avez été dans ma vie estudiantine les personnes les plus compréhensives de mes actes. Toutes mes excuses pour les fautes commises involontairement. Qu'Allah nous donne longue vie !

A MES CAMARADES INTERNES DU SERVICE : Mamadou KOUBA, Sékou TRAORE, Macoura TRAORE, Feu Mamadou O BAH, Alidji DIALLO, Ousmane COULIBALY, Bablé TRAORE, Salif DIARRA, Alaye ARAMA,

Soufiana MAIGA, Bréhima DOUMBIA, Abdoul K GUINDO, Mamadou DIALLO, Abdoul K BAGAYOKO, Ami DIAOUNE, Djénèba COULIBALY et Fodé K BERTHE. Nous avons passé les moments difficiles ensemble et cela restera gravé dans ma mémoire. Restons unis et solidaires nous y arriverons un jour.

A TOUT LE PERSONNEL DU CSREF DE LA COMMUNE VI : merci pour la franche collaboration.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY.

Cheick Bougadari TRAORE

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie pathologiques à la FMOS.**
- **Chef du département d'enseignement et de la recherche(DER) des sciences fondamentales à la FMOS.**
- **Chef du service de laboratoire d'anatomie et Cytologie pathologique du CHU du Point G.**
- **Chercheur et praticien hospitalier au CHU du Point G.**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.**
- **Président de la Société Malienne de Pathologie(SMP).**

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples occupations. Scientifique de renommée internationale, votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique font de vous un modèle de maître souhaité par tous. La qualité de l'enseignement reçue à vos côtés, votre disponibilité et votre sens élevé de l'équipe ont fait de vous un être remarquable et envié. Encadreur d'une rareté étonnante, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à imiter. En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude et notre profond attachement.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY.

Dr Mamadou KEITA

➤ **Médecin spécialiste en Anatomie et cytologie pathologiques au CHU du Point G.**

Cher maître,

Nous sommes très fiers d'être parmi vos élèves et heureux de vous compter parmi les membres du jury de ce travail. Votre abord facile, votre sympathie, votre simplicité, votre souci constant de transmettre vos connaissances ont forcé notre admiration, homme de science et de rigueur, ce travail est également le vôtre.

Que le tout puissant vous accorde une longue vie et une santé de fer. Soyez assuré cher maître de l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR

Dr Alou SAMAKE

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique;**
- **Spécialiste en santé publique option épidémiologie et recherche clinique ;**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du Centre de Sante de Référence de la Commune VI de Bamako;**
- **Praticiens hospitalier**
- **Enseignant vacataire à l'INFSS (Institut National de formation en Science de Santé);**
- **Chargé de cours d'anatomie physiologie gynécologique obstétricale et de pathologie obstétricale à l'INFSS;**
- **Chercheur à l'Enseignement Supérieur;**
- **Consultant à PSI Mali (Population Service International);**

Cher maître,

Vous vous êtes investi à fond pour nous créer un cadre idéal pour la réalisation de ce travail. Lorsque nous venons à vous, nous étions crispés. Cette crispation a rapidement disparu avec votre accueil. Votre approche méthodique, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre courtoisie font de vous un encadreur, un pédagogue hors pair. Votre apport dans ce travail, est immense. Recevez ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE.

Pr Bakarou KAMATE

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie pathologiques à la FMOS ;**
- **Chercheur et praticien hospitalier au CHU du Point G ;**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali ;**
- **Secrétaire général de la Division d’Afrique Francophone de l’Académie Internationale de pathologie (AIP/DAF) ;**
- **Secrétaire général de la Commission Médicale d’Etablissement (CME) du CHU du Point G ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Pathologie(SMP).**
- **Secrétaire général du réseau des Médecins Ouest Africa ;**

Cher maître,

Les mots ne suffisent certainement pas pour exprimer le grand honneur et l’immense plaisir que nous avons eu à travailler sous votre direction pour vous témoigner notre profonde reconnaissance de nous avoir confié ce travail. Nous avons toujours admiré votre rigueur scientifique, votre dynamisme, votre disponibilité, votre gentillesse, et votre modestie. Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles, professeur nous tenons à vous dire ici que les plus grandes leçons ne sont pas tirées d’un livre mais d’un enseignant tel que vous, vous êtes le professeur qui a réussi à nous inspirer à nous donner confiance en nous et en l’avenir. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et nos remerciements les plus sincères.

Table des matières

ABREVIATIONS	13
I. INTRODUCTION	15
II. OBJECTIFS :.....	17
1. OBJECTIF GENERAL :	17
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :.....	17
III. GENERALITES :	18
1. DEFINITION :.....	18
2. HISTORIQUE :	18
3. EMBRYOLOGIE :	21
4. ANATOMIE :	22
5. ETUDES CLINIQUES :	24
6. EXAMEN CLINIQUES :	27
7. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :.....	29
8. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :.....	29
9. LES FORMES CLINIQUES :	32
10. LES COMPLICATIONS :.....	35
IV. MATERIEL ET METHODES :	42
1. CADRE D'ETUDE :	42
2. TYPE D'ETUDE :	42
3. DUREE D'ETUDE :	50
4. POPULATION D'ETUDE :	50
5. ECHANTILLONNAGE :	50
6. COLLECTE DE DONNEES :	51
7. TRAITEMENT INFORMATIQUE :.....	51
8. VARIABLES ETUDIEES :	51
V. RESULTATS	53
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	66
VII. CONCLUSION :	71
VIII. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE	73
FICHE SIGNALITIQUE	82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition du personnel en fonction des spécialités.....	46
Tableau II:Chronologie de la mise en place des CSCom et leurs distances par rapport au CSRéf.....	49
Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge.....	53
Tableau IV: Répartition des patientes selon l'ethnie.	54
Tableau V: Répartition des patientes selon la profession.	54
Tableau VI: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.	55
Tableau VII: Répartition des patientes selon l'âge de la ménarche.....	55
Tableau VIII: Répartition des patientes selon la prise de contraceptif.	56
Tableau IX: Répartition des patientes selon la durée des menstrues.	56
Tableau X: Répartition des patientes selon la ménopause.....	56
Tableau XI: Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant.....	57
Tableau XII: Répartition des patientes selon le nombre d'avortement.....	57
Tableau XIII: Répartition selon des patientes selon la gestité.....	58
Tableau XIV: Répartition selon des patientes selon la parité.	58
Tableau XV: Répartition des patientes selon l' antécédent médicaux.....	59
Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'antécédents chirurgicaux.	59
Tableau XVII: Répartition des patientes selon la circonstance de découverte...	60
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le motif de consultation.	60
Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'état du col à l'examen au spéculum.....	61
Tableau XX: Répartition des patientes selon d'autres facteurs associés.	61
Tableau XXI: Répartition des patientes selon l'hystéro-salpingographie réalisée.	62
Tableau XXII: Répartition des patientes selon le nombre de noyaux par localisation.....	63
Tableau XXIII: Répartition des patientes selon l'indication de la myomectomie	64

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le type de chirurgie..... 64
Tableau XXV: Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie. 65
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'effraction de la cavité. 65
Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le type de complication..... 65

ABREVIATIONS

ANAPATH : Anatomopathologie

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACOMA : Association de Santé Communautaire de Magnambougou

ASACONIA : Association de Santé Communautaire de Niamakoro

ANIASCO : Association de Santé Communautaire de Niamakoro

ASACOBABA : Association de Santé Communautaire de Banankabougou

ASACOSE : Association de santé communautaire de Sénou

ASACOSO : Association de Santé Communautaire de Sogoniko

ASACOFA : Association de Santé Communautaire de Faladiè

ASACROYIR : Association de Santé Communautaire de Yirimadio

ASACOSODIA : Association de Santé Communautaire de sokorodji-
Dianéguéla

ASACOMIS : Association de Santé Communautaire de Missabougou

ASACOCY : Association de Santé Communautaire de Cité logements Sociaux

ATCD : Antécédent

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CHU G.T : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE

CHU Pt.G : Centre Hospitalier Universitaire du Point G

CPN : Consultation Périnatale

CSCom : Centre de Santé Communautaire

C S Réf : Centre de Santé de Référence

Cm : Centimètre

C E S : Certificat d'Etudes Spécialisées

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

FMOS : Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

GEU : Grossesse Extra-utérine

GnRH : Gonadotropin-releasing Hormone

Hb : Hémoglobine

HTA : Hypertension Artérielle

HSG : Hystérosalpingographie

INPS : Institut National de Prévoyance Social

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

MSM : Myome Sous Muqueux

MSS : Myome Sous Séreux

(Mm) : Millimètre

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Oto Rhino Laryngologie

PEV : Programme Elargie de Vaccination

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SISL : Système d'Information Sanitaire Local

SASA : Soins Après Avortement

SA : Semaine d'Aménorrhée

URENI : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

UIV : Urographie Intraveineuse

UGD : Ulcère Gastro duodéal

USAC : Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseils

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine.

VS : Vitesse de Sédimentation

VAT : Vaccin Anti Tétanique

I. INTRODUCTION

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

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

Le fibrome est plus fréquent au niveau de l'utérus et représente 1/5 des affections de cet organe chez la race blanche et 1/3 chez la race noire [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].

Traore M en 1986 rapportait une fréquence de 20% des femmes de plus de 35 ans qui étaient porteuses d'un fibrome au Mali [7].

Dolo A en 2012 au CHU Gabriel Touré rapportait une fréquence de 4,2% sur 17382 consultations gynécologiques soit 747 cas de fibrome utérin [8].

Le diagnostic est souvent tardif en Afrique, au stade de polymyomatose 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 -11]. 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 [12].

Dans le souci d'actualiser les connaissances sur les fibromes utérins et en raison de la gravité de cette pathologie et des lourdes conséquences socio-économiques et sanitaires qu'elle cause, il nous est paru capital d'entreprendre cette étude.

II. OBJECTIFS :

1. OBJECTIF GENERAL :

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

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 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 ;
- Analyser les résultats du traitement.

III. GENERALITES :

1. DEFINITION :

Un léiomyome (ou liomyome) est une tumeur bénigne formée de cellules musculaires lisses. Dans de rares cas, il peut produire des métastases [10] ; on parle de léiomyosarcome.

2. HISTORIQUE :

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

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

En 1890, Conneim et Ribbert 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 Courier et Poitivin** 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, **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 **Batley** 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 **Pean** 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 **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 **LH-RH**. Depuis, différents types d'interventions conservatrices intermédiaires entre l'hystérectomie totale sans conservation et la myomectomie sont proposés.

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

3. EMBRYOLOGIE :

L'utérus se forme au cours du développement de l'œuf humain dans les premiers stades de la vie [10].

❖ 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 :

Ce segment donne uniquement les trompes. Son extrémité supérieure (portion pronéphretique) située au-dessus du corps de Wolff donne le pavillon tubaire.

➤ Segment inférieur ou Caudal :

Les canaux de Müller s'adosent sur la ligne médiane qui se fusionnent en un canal unique ; le canal utéro-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.

4. DEVELOPPEMENT 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. La séreuse utérine provient de l'épithélium cœlomique.

5. DEVELOPPEMENT MACROSCOPIQUE DE L'UTERUS :

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 entraînent 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**).

6. ANATOMIE :

6.1. ANATOMIE PHYSIQUE : [16]

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 ;
- ❖ au-dessous, le col cylindrique, un peu renflé à sa partie moyenne comme un barillet (**Courty**) chez la multipare, l'isthme s'efface.

6.1.1. CONFIGURATION EXTERNE :

6.1.1.1. 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.

6.1.1.2. LES DIMENSIONS EXTERIEURES :

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

6.1.2. 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.

6.1.2.1.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.

6.1.2.2.CAPACITES ET 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.

7. ETUDES CLINIQUES :

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

7.1. LES SIGNES FONCTIONNELS :

7.1.1. LES HEMORRAGIES UTERINES :

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%**.

7.1.2. 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 :

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

7.1.3. 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.

7.1.4. Les menométrorragies :

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 :

- 12 % pour O. Touré, au Mali à l'hôpital National du Point-G ;
- 18 % pour J.C Kouytoun, à Abidjan au CHU de cocody .

7.2. LES AUTRES SIGNES FONCTIONNELS :

7.2.1. 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 à type de pesanteur, dans 40% des cas apparaissent plus volontiers en position debout, à la fatigue calmée par le décubitus, exagérées par les règles à type d'algoménorrhée ; 20 % des cas sont dues 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.

7.2.2. Les leucorrhées :

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

7.2.3. Les hydorrhées :

Ce sont des écoulements abondants sans caractère infectieux provoqué par une 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 % des cas.

7.2.4. La pyorrhée :

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

7.2.5. Les troubles urinaires :

Les troubles urinaires représentent 12,5% des cas ; il peut s'agir des troubles de la compression que sont :

- ❖ **La pollakiurie :** troubles essentiellement diurnes qui peuvent se voir aussi bien dans les petits que dans les gros fibromes ;
- ❖ **La rétention d'urine :** compression de l'urètre par la tumeur, ici il y a la formation du globe vésical décelé à la palpation, le sondage ramène de l'urine et soulage la malade ;

❖ **L'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).

8. EXAMEN CLINIQUE :

Cet examen s'effectue sur table gynécologique avec rectum et vessie préalablement vidés. Mettre la patiente en confiance [15].

8.1. SIGNES PHYSIQUES :

8.1.1. L'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 sus-pubienne.

8.1.2. 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.

8.1.3. 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.

8.1.4. Examen du sein :

On recherche une galactorrhée et une mastose.

8.1.5. Examen du périnée :

A la recherche de prolapsus génital.

8.1.6. Examen au spéculum :

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

8.1.7. 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 vaginal permet de vérifier que l'utérus a augmenté de volume, est ferme, à contours réguliers, lisses ou bosselés, avec 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 : annexielle, tumorale ou inflammatoire.

8.1.8. Le toucher rectal :

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.

8.1.9. Examen général :

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

9. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :

9.1. 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.

9.2. 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 coéloscopie.

9.3. Cancer utérin :

Cette association doit être recherchée devant toutes métrorragies post-ménopausiques. En 1979, **Leffert** et **Rochet** notaient **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**.

10. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Deux examens complémentaires paraissent fondamentaux et essentiels [17] :

- Echographie pelvienne ;
- Hystérosalpingographie.
- Les autres examens sont prescrits en fonction des résultats obtenus.

10.1. Echographie pelvienne :

L'échographie pelvienne confirme dans la plupart des cas le diagnostic 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 la cavité 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 constituée par la zone centrale de nécrose) sont diagnostiqués à l'échographie.

10.2.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 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'endométriose
- 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.

10.3.Les autres examens complémentaires :

10.3.1. 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 ; et permet d'apprécier très exactement les indications respectives et les modalités du traitement.

10.3.2. La tomодensitométrie est plus performante que l'échographie.

11. LES FORMES CLINIQUES :

11.1.LES FORMES TOPOGRAPHIQUES : [16]

11.1.1. La situation par rapport aux parois de l'utérus :

❖ 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 ,le fibrome sous séreux le pédiculé est rattaché à l'utérus par un pédicule plus ou moins long. Le pédicule 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.

❖ 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.

❖ Les fibromes sous muqueux :

Font saillies 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 souffle de la cavité utérine qu'on retrouve habituellement.

11.1.2. La situation par rapport aux régions pelvi-abdominales :

❖ 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-urétérale et des déformations possibles de la vessie.

❖ 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. L'**H.G.S.** donne un amincissement et une élongation du canal endo-cervical 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.

11.1.3. Les formes associées :

❖ 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'endométriase : c'est une affection due à la prolifération de cellules de la muqueuse utérine en dehors de la cavité utérine.

Ces fragments de muqueuse utérine développés en dehors de la cavité utérine peuvent être constitués 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 tardives (2^{ème} ou 3^{ème} 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 latéro-déviation évoquant souvent une tumeur annexielle et les rétro-déviation donnant une compression vésicale, et enfin les prolapsus génitaux.

➤ **Les cancers génitaux :**

Diagnostiqués par un test de Schiller complété de frottis cervico-vaginal, d'hystérosalpingographie et de curetage biopsique.

❖ **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 cœlioscopie et l'hystérosalpingographie sont très utiles.

12. 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.

13. LES COMPLICATIONS :

13.1.LES COMPLICATIONS LOCALES : [18]

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

13.1.1. 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.

13.1.2. 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 (stase sanguine).
- La paresthésie, la névralgie, la sciatalgie, conséquences des compressions nerveuses sont des troubles exceptionnels.

13.1.3. Les torsions :

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

❖ **La torsion aigüe du fibromyome sous séreux pédiculé :**

C'est un véritable syndrome abdominal aigü qui se manifeste par :

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

❖ **La torsion subaigüe :**

marquée par des douleurs coliques accompagnées de lipothymie.

❖ **La torsion axiale :**

d'un utérus fibromateux au niveau d'un isthme utérin étiré. Elle se rencontre dans les suites de couche.

13.1.4. Les complications infectieuses :

se rencontrent dans les cas suivants :

❖ **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.

❖ **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.

❖ **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.

13.1.5. 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.

13.1.6. 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.

13.1.7. Les transformations histologiques :

Elles sont représentées par

- ❖ **La transformation œdémateuse**
- ❖ **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 subictère.

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

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

❖ 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.

❖ **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.

13.2.LES COMPLICATIONS GENERALES : [18]

13.2.1. Les complications hématologiques : sont représentées par

❖ **Une anémie :**

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

❖ **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 érythropoïétique et que l'ablation de la tumeur entraîne une guérison définitive de la polyglobulie.

❖ **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.

13.2.2. Les complications vasculaires : Elles sont représentées par

❖ **Des 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.

❖ **Les troubles de la crase sanguine :** ils sont dus aux hémorragies fréquentes.

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

❖ **Les troubles cardiaques :** toutes les complications vasculaires et hématologique sont des répercussions sur le cœur.

13.3. Les complications obstétricales :

13.3.1. 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.

13.3.2. Fibrome et grossesse : [2]

❖ 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.

❖ 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 :

- l'avortement : lié à un déséquilibre hormonal et une déformation de la cavité utérine ,

- accouchement prématuré : anomalie de nidation, déformation de la cavité utérine.

➤ **Au cours de la grossesse :** le fibromyome donne des présentations irrégulières. Ceux-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^{ème} au 3^{ème} 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 % [2].

IV- MATERIEL ET METHODES :

1. CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence (CSRéf) de la commune VI du district de Bamako. Il a été créé en **1981** comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en **1999**. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

.1. Présentation du CSRef :

❖ Les infrastructures

Le centre est composé de huit bâtiments :

- Le premier bâtiment abrite le bloc opératoire composé de :
- Deux salles d'opérations,
 - Une salle de réveil,
 - Une salle de préparation pour chirurgiens,
 - Une salle de consultation pré-anesthésique,
 - Une salle de stérilisation des instruments,
 - Et 3 salles VIP pour l'hospitalisation.
- Le deuxième bâtiment : abrite la maternité composée de :
- Au rez-de-chaussée :
- La salle d'accouchement qui contient cinq (5) tables d'accouchements et dix (10) lits ;
 - Une salle des nouveau-nés ;
 - Une salle d'observation des accouchées ;
 - Une grande salle d'hospitalisation des femmes césarisées ;

- Une salle de garde pour les sages- femmes ;
- Une salle de garde pour les Médecins ;
- Une salle de garde pour les internes ;
- Une salle de garde pour les infirmières ;
- Une salle de consultation gynécologique ;
- Trois (3) salles de consultation prénatale ;
- Une salle de consultation de planning familial ;
- Une salle de SAA (Soins Après Avortement)
- Six toilettes.
- Les troisième, quatrième, cinquième bâtiments :
- Au rez-de-chaussée :
 - ❖ Bureau des entrées,
 - ❖ L'unité de chirurgie, comportant :
 - Une salle d'hospitalisations de la chirurgie,
 - Une salle d'injections et de pansements,
 - ❖ L'unité de consultation pédiatrique,
 - ❖ Deux salles de consultation pour les médecins généralistes,
 - ❖ L'unité pour les suites de couche,
 - ❖ L'unité de vaccination (PEV),
 - ❖ Une pharmacie et un magasin,
 - ❖ Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
 - ❖ Une salle de consultation de médecin cardiologue,
 - ❖ L'unité pour imagerie médicale (Echographie et Radiographie),
 - ❖ Un laboratoire d'analyse biomédical ;
 - ❖ Une unité d'USAC (Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseils)
qui comprend :
 - Une salle d'accueil ;
 - Une salle pour consultations ;
 - Une pharmacie.

➤ Sixième bâtiment :

- Au rez-de-chaussée :

Une unité pour la prise en charge des malnutris (URENI)

➤ Septième bâtiment en deux (2) étages :

▪ **1^{er} étage :**

- Le service d'administration comprenant : un bureau pour le Médecin-chef, et un bureau pour le médecin-chef adjoint, un secrétariat, la comptabilité, le service d'hygiène, les ressources humaines, le service social,
- Une salle de réunion,
- Le système d'information sanitaire local (SISL),
- Des toilettes.

▪ **2^{ème} étage :**

- Une salle pour consultation ORL ;
- Une salle pour consultation ophtalmologique ;
- Une salle pour consultation d'odontostomatologie ;
- Une salle pour consultation de dermatologie ;
- Une salle pour consultation d'endocrinologie ;

➤ Huitième bâtiment pour la néonatalogie ;

• **Le centre comprend également :**

- Une maison pour le gardien ;
- Une maison pour le médecin chef ;
- Des toilettes.
- Une morgue fonctionnelle.

b) les ressources humaines :

Tableau I: Répartition du personnel en fonction des spécialités.

Spécialistes	Nombre
Médecin gynécologue-obstétriciens	5
Médecin généraliste	24
Médecin chirurgien	3
Médecin pédiatre	5
Médecin pharmacien	2
Médecin dermatologue	1
Médecin cardiologue	1
Médecin rhumatologue	1
Médecin endocrinologue	1
Médecin anesthésistes-réanimateur	2
Médecin santé publique	3
Médecin ophtalmologue	1
Médecin ORL	1
Chirurgien-dentiste	1
Médecin communautaire	1
Médecin radiologue	1
Ingénieur sanitaire	2
Etudiants faisant fonction d'Internes	28
Biologiste	7
Infirmier d'Etat	20

Sages-femmes	48	
Infirmières obstétriciennes	18	
Assistants médicaux	Techniciens spécialisés en soins dentaires	5
	Techniciens spécialisés en Ophtalmologie	5
	Techniciens spécialisés en ORL	7
	Techniciens spécialisés en santé publique	3
	Techniciens sanitaires	10
Secrétaire	9	
Gestionnaire	2	
Comptable	15	
Adjoint administratif	1	
Technicien d'hygiène	1	
Agent d'hygiène	13	
Aide-soignant	9	
Matrone	2	
Personnel d'appui	34	
Total	300	

❖ L'organisation et fonctionnement du service :

Au plan technique :

- Un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service gynécologie et obstétrique.
- Des consultations gynécologiques et obstétricales sont réalisées chaque du Lundi au Vendredi.
- Les échographies et les radiographies sont réalisées tous les jours ouvrables,
- Le programme opératoire est exécuté chaque Mardi, Mercredi, Jeudi et vendredi.
- Les consultations pédiatriques sont réalisées tous les jours ouvrables.
- Une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24.
- Les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours,
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé tous les jours.
- Une équipe de PTME assure la permanence tous les jours ouvrables,
- Les activités de santé publique sont menées,
- Les consultations dermatologiques sont réalisées tous les jours ouvrables,
- Les consultations chirurgicales sont réalisées tous les jours ouvrables,
- Les consultations cardiologiques sont réalisées chaque Lundi, Mercredi et Vendredi.
- Les consultations d'endocrinologies sont faites tous les jours ouvrables.
- Les consultations en ORL, en Ophtalmologie et en Odontostomatologie sont réalisées tous les jours ouvrables.
- Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi,
- Les consultations de médecine générale sont réalisées tous les jours ouvrables,
- La prise en charge des malades tuberculeux, les malades infectés par le VIH

❖ **Condition sanitaire :**

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un centre de santé de référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, une structure mutualiste, et 32 officines.

❖ **Couvertures géographiques :**

Tableau II:Chronologie de la mise en place des CSCom et leurs distances par rapport au CSRéf

Nom d'aire sanitaire	Date de création	Quartier	Distance CSCom/CSRéf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Sénou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0.3
ASACOFA	Août 1994	Faladiè	4
ASACROYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji-Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité logements sociaux	7

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15 km)

Observations :

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires Niamakoro (ASACONIA et ANIASCO) de santé par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé (Sokorodji-Djanéguéla).

La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSComs.

• Ressources humaines :

Au niveau du CSRéf, il y a les différentes catégories de personnel à savoir :

les fonctionnaires et les conventionnaires de l'état ;

les conventionnaires de l'INPS ;

les contractuels du CSRéf ;

les contractuels de la mairie.

2 . TYPE D'ETUDE :

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

3. PERIODE ET DUREE :

Notre étude a couvert la période allant du **01 Janvier au 31 décembre 2018** soit une durée d'un an.

4. POPULATION D'ETUDE :

Elle a concerné toutes les patientes vues en consultation dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSRef de la CVI.

5. ECHANTILLONNAGE :

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

5.1. Critères d'inclusion : Ont été incluses

- Toutes les patientes prises en charge dans notre service pour fibrome utérin de diagnostic clinique et/ou paraclinique (échographie, hystérographie).

- Toutes les patientes dont le dossier médical est complet.

5.2. Critères de non inclusion : n'ont pas été incluses

- Toutes les patientes qui n'ont pas été traitées pour fibrome utérin dans le service.
- Toutes les patientes qui ont été traitées pour fibrome utérin en dehors de la période d'étude dans notre service.
- Toutes les patientes dont le dossier médical est incomplet.

6. COLLECTE DE DONNEES :

Les données ont été recueillies à partir des registres de consultation gynécologique, des dossiers des malades et des comptes- rendus opératoires, puis portées sur une fiche d'enquête individuelle remplie par nous-même dont un modèle est porté en annexes.

7. TRAITEMENT INFORMATIQUE :

Les données ainsi recueillies ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 21. Les textes, les tableaux, et les graphiques ont été conçus à partir des logiciels Word et Excel 2016. Le test statistique utilisé était la moyenne et l'écart-type.

8. VARIABLES ETUDIEES :

Nous avons établi une fiche d'enquête individuelle comportant les variables suivantes :

8.1. Variables épidémiologiques :

- Age
- Profession
- Statut matrimonial
- Ethnie
- Résidence

8.2. Variables cliniques :

- Motif de consultation
- Antécédents

- Examen clinique : état général, pression artérielle, température, poids, conjonctives, les seins, l'abdomen et examen eu spéculum.

8.3. Variables paracliniques :

-Les résultats des examens complémentaires : Echographie, bilan sanguin, hystérosalpingographie et examen anatomopathologique

-Le traitement : médical et chirurgical

- Evolution

9.Consideration éthique et déontologie :

Nous avons sollicité l'autorisation du médecin chef de la commune VI pour accéder aux dossiers des malades, tout en lui garantissant que les informations collectées ne seront utilisées qu'aux fins de l'étude et leurs noms ne seront pas utilisés pour divulguer un secret professionnel pouvant porter préjudice aux patients ou aux prestataires.

IV. RESULTATS

1. Fréquence :

1.1. Fréquence par rapport à l'ensemble des pathologies gynéco-obstétricales :

Pendant la période d'étude, 6577 patientes ont été consultées dans le service de gynécologie obstétrique du CSREF de la CVI, dont 119 cas de fibrome utérin soit une fréquence de 1,80%.

1.2. Fréquence par rapport à l'ensemble des pathologies chirurgicales gynéco-obstétricales :

Au total 2128 patientes ont été opérées pendant la période d'étude ; dont 119 cas de fibrome utérin, soit une fréquence de 5,59 %.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

- Age :

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge.

Tranche âge (ans)	Effectifs	Pourcentage (%)
< 30	20	16,81
30-45	90	75,63
46-55	8	6,72
56-65	1	0,84
Total	119	100

La tranche d'âge 30-45 ans a été la plus représentée avec une fréquence de 75,63%. L'âge moyen était de 36,87 ans \pm 6,2 ans avec des extrême de 25 et 63 ans .

- **Ethnie**

Tableau IV: Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnies	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	57	47,90
Peulh	15	12,61
Soninke	14	11,76
Malinké	11	9,24
Autres	9	7,56
Senoufo	6	5,04
Minianka	4	3,36
Bobo	3	2,52
Total	119	100

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec une fréquence de 47,90%.

Autres : Dogon=1 ; Bozo=3 ; Sonrhaï=3 ; Maure=2

- **Profession :**

Tableau V: Répartition des patientes selon la profession.

Professions	Effectifs	Pourcentage (%)
Ménagère	90	75,63
Fonctionnaire	11	9,24
Commerçante	6	5,04
Couturière	5	4,20
Elève ou étudiante	3	2,52
Teinturière	3	2,52
Cultivatrice	1	0,84
Total	119	100

Les ménagères étaient les plus dominantes soit **75,63%**.

- **Statut matrimonial**

Tableau VI: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Mariée	116	97,48
Veuve	3	2,52
Total	119	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 116 cas soit **97,48%**.

3.Caractéristiques cliniques :

3.1.Les antécédents gynéco-obstétricaux :

- **Age à la ménarche :**

Tableau VII: Répartition des patientes selon l'âge de la ménarche

Agés de la ménarche (ans)	Effectifs	Pourcentage (%)
11	2	1,68
12	9	7,56
13	25	21,01
14	56	47,06
15	17	14,29
16	10	8,40
Total	119	100

L'âge à la ménarche le plus représenté était de 14 ans dans 47,06%. L'âge moyen était de 13,90 ans ± 1,06 ans avec des extrême de 11 et 16 ans

- **Notion de prise de contraceptif :**

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la prise de contraceptif.

Notion de prise de contraceptif	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	118	99,16
Oui	1	0,84
Total	119	100

La contraception a été pratiquée chez une seule patiente soit **0,84%**.

- **Durée des menstrues :**

Tableau IX: Répartition des patientes selon la durée des menstrues.

Durée des menstrues	Effectifs	Pourcentage (%)
3-4 jours	71	59,70
5-6 jours	38	31,90
sup ou égale 7	10	8,40
Total	119	100

Dans **71 cas (59,70%)**, la durée des menstrues étaient de **3-4 jours**, avec une durée moyenne de **4 jours**.

- **Ménopause :**

Tableau X: Répartition des patientes selon la ménopause.

Ménopause	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	114	95,80
Oui	5	4,20
Total	119	100

Les **femmes non ménopausées** étaient les plus représentées soit **95,8%**.

- **Nombre d'enfant vivant :**

Tableau XI: Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant.

Nombre enfant vivants	Effectifs (n=108)	Pourcentage (%)
≤ 2	41	37,96
3 et 4	50	46,30
≥ 5	17	15,74
Total	108	100

Chez 50 patientes (46,30%) le nombre d'enfant vivant était compris entre 3 et 4. Le nombre moyen d'enfant vivant était de 3.

- **Nombre d'avortement :**

Tableau XII: Répartition des patientes selon le nombre d'avortement.

Nombre d'avortement	Effectifs (n=91)	Pourcentage (%)
1	25	27,47
2	42	46,15
3	15	16,48
4	8	8,80
5	1	1,10
Total	91	100

Les femmes ayant faites 2 avortements étaient les plus représentées soit **46,15%**.

- **Gestité :**

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectifs (n=112)	Pourcentage (%)
Primigeste	7	6,25
Paucigeste	22	19,64
Multigeste	42	37,50
Grande multigeste	41	36,61
Total	112	100

Les **multigestes** étaient les plus représentées soit **37,50%**.

- **Parité :**

Tableau XIV: Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectifs (n=109)	Pourcentage (%)
Primipare	19	17,43
Paucipare	45	41,29
Multipare	38	34,86
Grande multipare	7	6,42
Total	109	100

Les **paucipares** étaient les plus représentées soit **41,29%**.

3.2. Les antécédents médicaux :

Tableau XV: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Néant	117	98,32
Ulcères gastriques	2	1,68
Total	119	100

Seulement **2 patientes** avaient un **ATCD médical** (ulcère gastrique) soit **1,68%**.

3.3 Antécédents chirurgicaux :

Tableau XVI: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédent Chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Néant	115	96,64
Myomectomie	3	2,52
Césarienne	1	0,84
Total	119	100

Dans 4 cas, nous avons trouvé des antécédents chirurgicaux, 3 myomectomie (2,52%) et une césarienne (0,84%).

3.4. Examen clinique :

- **Circonstance de découverte :**

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la circonstance de découverte.

Circonstance de découverte	Effectifs	Pourcentage (%)
Manifestation clinique	115	96,64
Découverte fortuite	4	3,36
Total	119	100

Il y'avait une manifestation clinique dans **115** soit **96,64%**.

- **Motif de consultation :**

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le motif de consultation.

Motifs de consultation	Effectifs(n=119)	Pourcentage(%)
Masse pelvienne	116	97,48
Désir d'enfant	2	1,68
Masse abdominale	1	0,84
Total	119	100

Le motif le plus fréquent était la **masse pelvienne** soit **97,48%**.

- **Etat du col utérin :**

Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'état du col à l'examen au spéculum.

Examen au spéculum	Effectifs	Pourcentage (%)
Col sain	72	60,50
Saignement endo-utérin et\ou leucorrhée	24	20,20
Ulcération cervicale	13	10,90
Présence de polype cervical	10	8,40
Total	119	100

La majorité de nos patientes avait **un col sain au speculum** soit une fréquence de **60,50%**.

- **Facteurs associés :**

Tableau XX: Répartition des patientes selon d'autres facteurs associés.

Autres facteurs associés	Effectifs	Pourcentage (%)
Néant	116	97,48
Stérilité	3	2,52
Total	119	100

Trois patientes étaient stériles.

3.5. Examens paracliniques :

- **Hystérosalpingographie :**

Tableau XXI: Répartition des patientes selon l'hystéro-salpingographie réalisée.

HSG	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	118	99,16
Oui	1	0,84
Total	119	100

L'hystéro-salpingographie a été réalisée chez une seule patiente soit **0,84%**.

- **Nombre de noyaux par localisation :**

Tableau XXII: Répartition des patientes selon le nombre de noyaux par localisation.

Nombre de nodule par localisation		Effectifs	Pourcentage (%)
Nombre de nodule sous séreux (n=99)	Nodule Solitaire	15	15,15
	Nodule multiples	84	84,85
	Total	99	100
Nodule cervical (n=11)	Nodule Solitaire	10	90,91
	Nodule multiples	1	9,09
	Total	11	100
Nodule corporel (n=86)	Nodule Solitaire	35	40,70
	Nodule multiples	51	59,30
	Total	86	100

La localisation sous séreux était la plus représentée avec plus de 84 nodules soit 42,86%.

3.6. TRAITEMENT CHIRURGICAL:

- Indication de la myomectomie :

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon l'indication de la myomectomie.

Myomectomie	Effectif (n = 111)	Pourcentage (%)
Echec du traitement médical	96	86,49
Fibrome géant	14	12,61
Stérilité +fibrome	1	0,90
Total	111	100

L'échec du traitement médical a représenté **86,49%**.

- Type de chirurgie :

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le type de chirurgie.

Type de chirurgie	Effectifs	Pourcentage (%)
Myomectomie	111	93,30
Hystérectomie	8	6,70
Total	119	100

La myomectomie a représenté **93,30%**.

- **Type d'hystérectomie :**

Tableau XXV: Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie.

Hystérectomie	Effectifs (n=8)	Pourcentage (%)
Subtotale inter-annexielle	6	75
Totale avec annexectomie	2	25
Total	8	100

L'hystérectomie totale a été réalisée chez **2** patientes .

- **Incident / Accident :**

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

Effraction de la cavité	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	115	96,64
Oui	4	3,36
Total	119	100

L'effraction accidentelle de la cavité utérine a été causée chez **4** patientes.

3.7. Complication :

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le type de complication.

Complications	Fréquence (n=12)	Pourcentage (%)
Paludisme	7	58,30
Anémie	3	25,00
Infection de la paroi	2	16,70
Total	12	100

Le paludisme a représenté **58,30%**.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1.Fréquence :

Notre étude rétrospective descriptive s'est déroulée du **01 janvier au 31 décembre 2018** dans le service de **gynéco-obstétrique du CSRef de la commune VI**. Elle a porté sur **119** cas de fibrome utérin.

Dans notre série la prévalence du fibrome utérin était de **1,80 %** par rapport à l'ensemble des pathologies gynéco-obstétricales pendant la période d'étude. Ce taux est inférieur à ceux de **Sanogo Y. S [19]** et **Coulibaly D [20]** qui ont trouvé respectivement **2,64%** et **5,21%**. La faiblesse de notre prévalence peut s'expliquer par la taille de l'échantillon et la durée de l'étude.

2.Les données sociodémographiques :

2.1 Age :

Dans notre étude la tranche d'âge **30-45 ans** était la plus représentée soit une fréquence de **75,63%** avec une âge moyenne de **36,87 ans**. Cette tranche est comparable à celles de **Thiéro D [2]** avec la tranche d'âge de 35-40 ans et **Magassouba D [21]** avec la tranche d'âge **35-44 ans**, mais différente de celle **Samakoro D T [22]** qui a trouvé dans son étude une tranche d'âge comprise entre **20-34 ans**. Cela peut s'expliquer par le fait que la fréquence du fibrome utérin augmente avec l'âge.

2.2. L'ethnie :

L'ethnie Bambara était la plus représentée dans notre étude avec une fréquence de **47,90%**. Cette observation est proche de celle de **Danioko H T [23]** qui a trouvé une fréquence de **35,10%**.

2.3. Profession :

Dans notre étude les ménagères étaient les plus dominantes soit **75,63%**. Cette prédominance a été rapportée de façon générale par **Danioko H.T [23]** et **Koné B [24]** et qui ont trouvé respectivement une fréquence de **64,30%** et **55,80%**. Ceci peut s'expliquer par le taux élevé des ménagères au Mali.

2.4. Statut matrimonial :

Notre série était dominée par les femmes mariées soit une fréquence de **97,48%**. Cette fréquence est différente de celle de **Coulibaly D [20]**, avec une prédominance des célibataires soit **52,50%**.

3. Antécédents gynéco-obstétricaux:

3.1. La parité :

Les primipares ont représenté **17,43%** dans notre étude contre celle de **Sanogo YS [19]**, **Koutouan JC [14]**, et de **Touré OD [13]**, qui ont trouvé respectivement **24%**, **43%**, **21%**.

Les multipares constituaient **34,86%** soit **38 cas** dans notre série contre **43%** pour **Koutouan JC [14]**.

Le nombre moyen d'enfant vivant était de 3.

4. Examen clinique :

4.1. Circonstance de découverte :

La découverte était faite par suites de plaintes chez **96,64%** de nos patientes.

4.2. Motif de consultation :

Dans notre étude **97,48%** de nos patientes ont consulté pour une masse pelvienne. Cette fréquence est supérieure à celles de **Danioko H T [23]** avec **10%** des cas, et celui de **Ouattara D**, au **C.S. Réf.** de la **CIV [25]** qui a trouvé **8,33%**. Cette différence peut s'expliquer d'une part par la vulgarisation de l'échographie dans les structures de santé et d'autre part par l'accroissement du taux de consultation précoce des patientes à la moindre anomalie.

5. Examens complémentaires :

5.1. Bilan sanguin :

La totalité de nos patientes a réalisé le bilan pré opératoire comme : la numération formule sanguine, la créatininémie, la glycémie, le temps de saignement, le temps de coagulation qui étaient revenus normaux. Le même résultat a été rapporté par **Coulibaly D [20]**. Ce résultat peut s'expliquer par le

fait ce bilan est systématique chez toutes nos patientes qui doivent subir une intervention chirurgicale.

5.2.HSG :

Elle avait été réalisée chez **0,84%** (1 cas) de nos patientes. Ce taux est inférieur à celui de **Traoré M [7]** au Mali soit **20%**. **Pithers et al [26]** à Libreville ont réalisé l'H.S. G chez **52 patientes (52/127)**. Elle a 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 cette patiente était motivée par une notion de désir d'enfant.

5.3. Echographie :

Elle a confirmé le diagnostic de fibrome utérin chez **119** de nos patientes soit **100%**. **Traoré H [27]** a trouvé **175 patientes** soit **94,60%**. **Thiéro D [2]** a trouvé **90,90% (451/496)**. Elle nous a permis de savoir le siège des myomes, ainsi nous avons trouvé **85%** de siège corporeal résultat supérieur à ceux de **Traoré H [27]** qui a trouvé **78,90%**, **Sangaré et al [28]** à Abidjan avec **76%** ; **4** myomes de siège cervical (**3%**) contre **1** cas pour **Frère M à Lyon [29]** ; **14 myomes** de siège isthmique (**12%**) contre **5,50%** pour **Boury H [30]**. **Thiéro D [2]** a rapporté dans sa thèse **35 myomes** de siège cervical, **155 myomes** de siège isthmique et **419 myomes** fundicocorporeaux. L'échographie à travers son coût accessible et sa disponibilité, a été réalisée de façon systématique chez toutes nos patientes.

5.4. Examen anatomopathologique :

5.4.1. Type histologique :

Leiomyofibrome était le plus représenté avec une fréquence de **78,15%**.

5.4.2. Nombre de noyaux :

Le nombre des myomes variait de 1 à 6, ainsi nous avons trouvé **69,40%** de myomes multiples, **30,60%** de myomes solitaires. **Touré OD [13]** avait trouvé

16% de myomes solitaires et **34%** de myomes multiples. Quant à **Thiéro D [2]** **8,50%** de myomes étaient solitaires et **91,50%** de myomes multiples.

6. Traitement :

6.1. Myomectomie :

Dans notre étude **93,30%** de nos patientes ont subi une myomectomie. Ce résultat diffère de ceux de **Coulibaly D [20]** avec **85,40%** et de **Magassouba D [21]** avec une fréquence de **55,17%**. Ce taux peut s'expliquer par le fait que le traitement médical était le plus envisagé. En cas d'échec le recours à la myomectomie était la **2^{-ème} option**. A noter que la majeure partie de nos patientes était en âge de procréer.

6.2. Hystérectomie :

L'hystérectomie peut être totale ou subtotale. Dans notre série ont été effectuées **6** hystérectomies subtotaux soit **75%**, **2** hystérectomies totales soit **25%**. **Traoré H [31]** avait trouvé **10** hystérectomies subtotaux soit **5,40%** et **14** hystérectomies totales soit **7,60%**. **Dia A et al [32]** à Dakar en **2003** ont trouvé **35,72%** d'hystérectomies subtotaux et **27,86%** d'hystérectomies totales. **Thiéro D [2]** dans son étude a trouvé **13 hystérectomies subtotaux (26%)**, **23 cas d'hystérectomies totales avec annexectomie soit 4,60%**. **Diarra A [33]** dans son étude au C.H.U. Gabriel Touré 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 **40 ans** ou plus avec un volume utérin important ne désirant plus avoir d'enfant.

7. Les complications :

7.1. Les suites opératoires immédiates :

Au cours de notre étude nous avons enregistré **12 cas** de complications dont : **7 cas de paludisme, 3 cas d'anémie et 2 cas d'infection de la paroi.**

Touré OD [13] a enregistré **1 cas de décès, 1 cas d'anémie** et **1 cas d'hémorragie**. Alors que **Traoré M [7]** a trouvé **2 cas de péritonite, 1 cas de décès** et **1 cas de suppuration pariétale**.

VI. CONCLUSION :

Au terme de notre étude nous avons constaté que la majeure partie de nos patientes étaient des multipares.

Les motifs de consultation étaient dominés par les masses pelvienne, découverte par suite de plainte.

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

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

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **A l'administration du centre de santé de la commune VI :**

- Assurer un meilleur archivage des dossiers et registres de consultation en gynécologie obstétrique.
- La création d'un service d'anatomie pathologique permettant un conditionnement correct et une analyse rapide des pièces opératoires.
- Equiper les services de gynécologie et d'obstétrique en matériels de qualité.
- Faire des campagnes de sensibilisation des femmes afin qu'elles puissent se faire consulté à temps par des gynécologues – obstétriciens.

➤ **Aux personnels socio sanitaires :**

- Rechercher systématiquement de cette tumeur bénigne de l'utérus chez toute femme venant consulter.
- Informer les patientes sur leur pathologie de façon simple sans créer une situation de panique

➤ **A la population :**

- Se rendre dans le centre de santé le plus proche en cas de saignements ou algie pelvienne et /ou hémorragie génitale en dehors des règles.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **Lansac J, Lecompte P, Manet H.** Gynécologie pour le praticien. Masson : Paris, 5^{ème} éd. 1998. 672 P.
2. **Thiéro D.** Aspects 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 de doctorat de médecine. UB 04-M-22 ; 95 P.
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 Gynecol Obster Biol Reprod (paris) 2014;43 (8) : 721-727 P.
4. **Bendifallaha S, Brun J.L, Fernandez H.** Place de la myomectomie chez une patiente en situation d'infertilité. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011; 40 (8) : 885-901 P.
5. **Aly A.** Fréquence du fibrome utérin en France en 2010. <<Quelle est la différence entre kyste utérin et myome utérin>> [consultation 20 Novembre 2010]. Disponible [http : www.Docteur –binchimol.com / kyste o ...](http://www.Docteur-binchimol.com/kyste_o...)
6. **Ella E.** Myomectomie : épidémiologie, indication et pronostic à propos de 87 cas colligés à l'hôpital militaire de Ouakam Thèse médecine université Cheick Anta Diop 2019 N°003 : 1-58 P.
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 de doctorat en médecine UB-86-M-19 ; 116 P.
8. **Dolo A.** fibromes utérins à l'hôpital Gabriel Touré Thèse de doctorat de médecine. UB-12M122. P : 105
9. **Belena CM, Jon H, Robert H.** Prise en charge des fibromes utérins en présence d'une infertilité autrement inexplicquée. J Obstet Gynaecol can 2016;38 (125) :S597-S608.

- 10. Koska M, Chabbert-Buffet N, Douvier S, Huchon C, Paganelli E et Derrien J.** Place des traitements médicaux : indication, durée, efficacité chez la femme porteuse de fibromes utérins symptomatiques en période d'activité génitale. *J Gynecol Obstet et Biol Reprod* 2011; 40 (8): 858-874.
- 11. Brux J, Martin S.** Les vestiges embryonnaires Wolffiens et Müllériens du tractus génital féminin. *Rev Fr Gyn Obst* 1957 ; 9(10) : 321-325.
- 12. 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.
- 13. Ferrari B.** La dégénérescence calcaire des fibromyomes utérins. *Clin Obst Gyn* 1962 ; 64(2) : 10-80.
- 14. Touré OD.** A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital national du Point « G ». Thèse de doctorat de médecine. UB 92-M-35 , 109 pages.
- 15. Koutouan J.C.** Contribution à l'étude des fibromes utérins à propos de 515 cas observés au CHU de Cocodjie (Abidjan) du 1^{er} janvier au 5 mars 1985. Thèse de doctorat de médecine. Abidjan 80-M- 662.
- 16. Merger R, Levis J, Melchior R.** Précis d'obstétrique. 6^{ème} ed : Masson, Paris 1995; 59 pages
- 17. Barda C, Alvarez E.** Etude topographique de l'utérus au cours du travail et de la délivrance. *Gyn Obst* 1952 ; 25 : 102-104.
- 18. Dodin S.** Complications du fibrome utérin. <<fibrome utérin qu'est-ce que c'est>> [consultation 20 Novembre 2010] Disponible [http :/www.passe port santé.net/fr/](http://www.passeport.santé.net/fr/).
- 19. Sanogo Y.S .** Fibrome utérin : aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques au CS Réf commune VI de Bamako, Mali. Thèse de doctorat de médecine .UB .09-M-76. P : 82

20. **Coulibaly D.** Fibrome utérin : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de doctorat de médecine. UB 11-M-48 ; 140 P.
21. **Magassouba D.** Etude épidémiologique et thérapeutique du fibrome utérin. Thèse de doctorat de médecine. UB 09-M-96 ; 94 P.
22. **Samakoro D.T.** Aspects cliniques et thérapeutiques du fibrome utérin à l'hôpital fouseyni Daou de Kayes. Thèse de doctorat de médecine. UB 11-M-253. P : 24
23. **Danioko H.T.** Fibrome utérin : aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques à la maternité de la garnison de Kati. Thèse de doctorat de médecine. UB 10-M-161. P : 105
24. **Koné B.** fibrome utérin dans le service de gynécologie et d'obstétrique du csref CV du district de bamako. Thèse de doctorat de médecine 08M91. P : 72
25. **Ouattara D.** Myome utérin au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 108 cas. Thèse de doctorat Médecine . Bamako 06M96, 157P.
26. **Pither S, Mayi songa S , Dankoro A , Ogowerlgumu N , and Mounanga M .** Pathologie myomateuse à Libreville : place du traitement conservateur par voie abdominale à propos d'une série de 127 cas. Med Afr Noire , 2007, 54 :263-267.
27. **Sangaré et al** Les fibromes utérins en côte d'ivoire C.R.S.O.C. S franç-gynéco 1972,42 (8) : 594-691.
28. **Frère M** Evolution du traitement chirurgical du fibrome chez la femme jeune. La place actuelle de la myomectomie. Thèse de doctorat de médecine. Lyon 68-M-115, 108 P.
29. **Boury HC.** Les indications thérapeutiques du fibromes utérin. Gaz méd France 1963 ;70 ; (14) : 2425-2488.

- 30. Dia A , Beye SB, Dongou JM, Dieng M, Watogarge G et Touré CT.** Les Fibromes utérins à la clinique chirurgicale de Dakar à propos de 140 cas opérés en 2 ans. Dakar médical 2003 ; 48 (2) :72-76.
- 31. 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 Gabriel Touré. Thèse de doctorat de médecine. UB 04-M-18 ;122 P.

FICHE D'ENQUETE

N°DU DOSSIER : _____

IDENTITE 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 =

Q₁₆ Parité =

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 = 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 = Leucorrhée 3 = Saignement endo utérine

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 annexectomie 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 1 = Oui 2 = Non **Q60 Si oui résultat** _____

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Diallo

Prénoms : Mariam

Email : mariammadiko@gmail.com

Tel : (00223) 74-53-07-59/ 66-49-28-89

Titre de thèse : Aspects Epidémiocliniques et Thérapeutiques du Léiomyome Utérin au Centre de Sante de Reference de la commune CVI 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. **Secteur d'intérêt :** Gynéco-obstétrique, santé publique

Résumé :

Notre étude avait pour but d'étudier le fibrome utérin dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive effectuée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako, allant du 01 Janvier au 31 décembre 2018 soit une durée d'un an.

Pendant la période d'étude 6577 ont été colligés dont 119 cas de fibrome utérin soit une fréquence de 1,80%. Parmi les cas opérés, nous avons eu 2128 patientes dont 119 cas de fibrome utérin opérés soit 5,59 %.

La tranche d'âge 30-45 ans a été la plus représentée avec une fréquence de 75,63%. L'âge moyen était de 36,87 ans \pm 6,2 ans avec des extrêmes de 25 et 63 ans.

A l'échographie les myomes étaient préférentiellement localisés sur le corps utérin avec une fréquence de 85%, dont la majorité était sous muqueux (57%), et multiple (67%).

La myomectomie a été pratiquée chez la majorité de nos patients.

Mots clés : Epidémiologie, clinique, thérapeutique, léiomyome utérin, Mali.

ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUE DU LEIOMYOME UTERIN AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

SERMENT D'HYPPOCRATE

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 leurs pères.

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.