

**Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique**



U.S.T.T-B

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

République du Mali

Un peuple- Un but- Une Foi



Faculté de Médecine et
Odontostomatologie
(FMOS)

**MEMOIRE DE FIN CYCLE
THEME**

THEME :
**APPORT DE L'ECHOGRAPHIE DANS L'EXPLORATION DES
MYOMES UTERINS DANS LE SERVICE DE RADIOLOGIE ET
D'IMAGERIE MEDICALE DE L'HOPITAL DU DISTRICT
COMMUNE IV A PROPOS DE 32 CAS**

Présenté et soutenu devant la faculté de médecine et d'odonto stomatologie par

Dr KONE Cheick Hamala

**Pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'Echographie Générale
(DU –ECHO)**

Année universitaire : 2021- 2022

Date de la soutenance : 08/02/2023

Président du jury :

Membre du jury

Co-directeur de mémoire :

Directeur de mémoire

Pr Adama Diaman Keita

Dr Mamadou N Diaye

Dr MAIGA Ibrahima Y.

Pr DIALLO Mahamadou

Liste des abréviations :

Cs réf= Centre de Sante de référence

PEV= Programme Elargi de Vaccination

DAT= Dispensaire Anti Tuberculeux

USAC= Unités des Soins d'Accompagnement et de Conseils

CSCCom= Centre de Sante Communautaire

CCDSES= Centre Communaux de Développement Social et de l'Economie Solidaire

SLDSES= Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire

SLPFEF= Service Local de la Promotion de la Famille de l'Enfant et de la Famille

SIS= Système d'Information Sanitaire

ORL= Oto-Rhino-Laryngologie

ASC= Agent de Sante Communautaire

GnRH= Gonadotropin-Releasing Hormone (Hormone de libération des Gonadotrophines Hypophysaire)

TGF= Transforming Growth Factor Beta

EGF= Facteur de Croissance Epidermique

BFGF= Facteur de Croissance Basique des Fibroblastes

VEGF= Vascular Endothelial Growth Factor (Facteur de Croissance de l'Endothélium Vasculaire)

ARN= Acide Ribonucléique

MRC= Maternité RENE CISSE

DES= Diplôme d'Etude Spécialisé

Plan

Introduction

Objectifs

I-Généralités

II-Matériel et Méthodes

III-Résultat

IV-Commentaire et discussions

Conclusion

Recommandation

Référence Bibliographique

Annexes

SOMMAIRES :

	Page
Plan	3
Introduction	4
Objectif	6
I-Généralités :	7
1-1- généralité sur le thème	7
1-2-myomes d'exploration de l'utérus en échographie pelvienne	8
1-2-1- Définition et principe	8
1-2-2-Quelques indications	9
1-2-3- Matériels utilisés	9
1-2-4- Modalités pratiques	10
1-2-4-1-Voie et sondes	10
1-2-4-2- Préparation et installation de la patiente	10
1-2-4-3-Deroulement de l'examen	10
1-2-4-4-Echo anatomie de l'utérus	10
1-3-Généralités sur les myomes	10
1-3-1-Classification des myomes selon leur location au niveau des tuniques	10
1-3-2-Classification des myomes selon leur localisation au niveau de l'utérus	13
1-3-3-Manifestations cliniques	14
II- Méthodologie	16
2-1-Materiel et méthode d'étude	16
2-2-Presentation du lieu d'étude	16
III-Résultats	24
IV-Commentaire et Discussion	27
-Conclusion	31
-Recommandation	32
-Reference bibliographique	33
-Annexes	35

-INTRODUCTION :

Les fibromyomes (léiomyome ou myome utérin) communément dénommés fibromes, sont des tumeurs bénignes développés aux dépens de cellules musculaires de l'utérus.

Les myomes restent la pathologie la plus fréquente du tractus génital féminin. Ils sont présents chez 20 à 40 % des femmes blanches et 50 % des femmes noires chez qui la croissance est plus rapide. 20 % des femmes de 30 ans et 40 % des femmes de 50 ans en sont porteuses. Cette pathologie se situe en 30 et 50 ans.

Ce sont des tumeurs hormono-dépendantes, l'hyperoestrogénie favorise leur croissance en revanche les oestroprogestatifs ne semblent pas augmenter l'apparition des fibromyomes, on observe plutôt une diminution du risque.

Macroscopiquement les myomes se présentent comme une masse sphérique, solide, ferme, bien limitée. L'étude microscopique montre une structure fasciculée rosée, entourée d'une pseudo-capsule, composée d'une couronne vasculaire et de tissu myométrial sain refoulé et compacté.

L'étiopathogénie des fibromes reste inconnue mais certains facteurs de risques sont associés comme : âge élevé, race noire, obésité, antécédents familiaux, ménarche précoce, nulliparité et infertilité. A contrario, la ménopause, la multiparité, l'âge tardif de la dernière grossesse, la contraception orale et le tabac seraient des facteurs protecteurs.

Chez de nombreuses femmes les myomes peuvent être asymptomatiques et sont diagnostiqués de façon fortuite dans le cadre d'un examen clinique ou d'une analyse par imagerie. Cependant ils se traduisent cliniquement par de ménométrorragies, d'algies pelviennes, de compressions des organes de voisinages et rarement l'infertilité. C'est la première cause d'hystérectomie.

L'échographie est l'examen diagnostique de référence, basée sur l'émission d'ultrasons. Elle doit être réalisée par voie trans-abdominale et trans-vaginale, permettant de préciser : la position des fibromes dans le pelvis et dans le myomètre, leur taille, leur nombre et leurs modifications (recherche d'une nécrobiose aseptique de fibrome). Elle élimine une grossesse intra-utérine, un kyste de l'ovaire et une hyperplasie.

L'aspect échographique montre des nodules arrondis ou ovalaires bien limités ; hypoéchogènes homogènes, et de contours réguliers. [1]

Classiquement nous avons des myomes, sous séreux (localisés à la surface du myomètre du côté péritonéal, certains sont appendus à la paroi utérine dit pédiculé, d'autre à la base d'implantation), les intra-muraux ou interstiels (localisés dans l'épaisseur du myomètre), les sous muqueux (se projettent dans la cavité utérine, à base d'implantation large. Si pédiculé ils sont dits intra cavitaires), cervicaux et isthmiques.

Compte tenu de la fréquence de cette pathologie l'avantage de ce travail est d'expliquer **l'intérêt de l'échographie dans l'exploration des fibromes utérins** et pour cela nous nous sommes fixés des objectifs.

Objectifs

✓ **Objectif général :**

Etudier l'apport de l'échographie dans l'exploration des fibromes utérins

✓ **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la prévalence des fibromes dans le service ;
- Déterminer les circonstances de découverte des fibromes utérins ;
- Décrire l'aspect clinique et échographique du fibrome ;
- Déterminer les complications du fibrome utérin

I- GENERALITES:

1.1. GENERALITES SUR LE THEME

1.1.1. Rappel anatomo-physiologique de l'utérus

1.1.1.1. Morphologie et situation [2]

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

- **Le corps** : Il est conique, aplati d'avant en arrière, avec : deux faces, deux bords, une base convexe ou fundus utérin et de sang ou les cornes utérines
Droite et gauche se continuant avec les trompes utérines ;
- **L'isthme** : qui correspond à l'union entre le corps et le col ;
- **Le col**: Il est cylindrique et donne insertion au vagin qui le divise en deux parties, supra-vaginale et vaginale. La partie supra-vaginale se continue avec le corps. La partie vaginale est rose pâle et percée à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col utérin.

1.1.1.2. Histologie :

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

- **L'endomètre**: C'est la couche interne qui tapisse l'utérus. Elle est constituée de cellules glandulaires qui produisent des sécrétions ;
- **Le myomètre** : C'est la couche intermédiaire qui est constituée surtout de muscle lisse ;
- **Le périmétriium** C'est l'accouche séreuse externe qui enveloppe le corps de l'utérus et une partie du col.

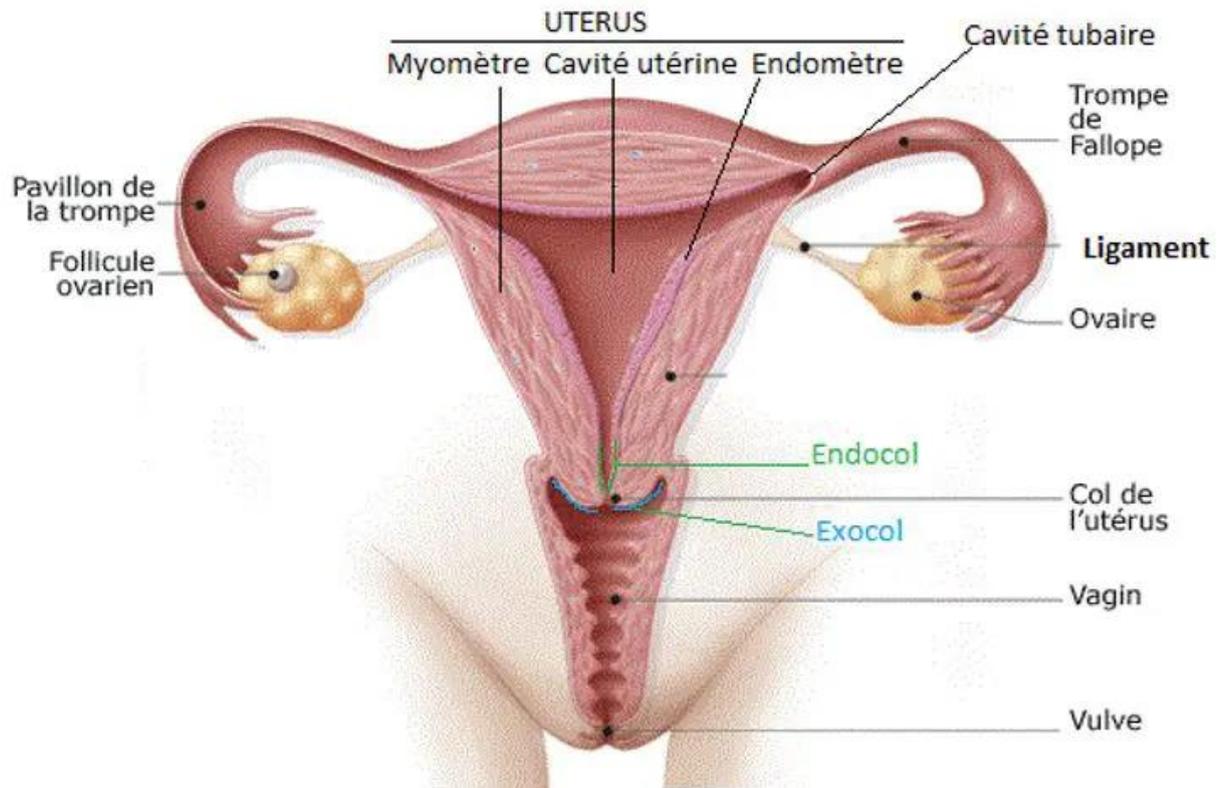


Figure1 : Schéma de la structure de l'utérus

1.1.1.3. Physiologie de l'utérus :

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

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

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

1.2. MOYENS D'EXPLORATION DE L'UTERUS ECHOGRAPHIE PELVIENNE

1.2.1. Définition et principe :

L'échographie pelvienne est un examen échographique qui permet d'explorer et d'obtenir une

image précise des organes du pelvis (utérus, ovaires). C'est un examen dont le principe est celui de n'importe quel examen échographique qui se base sur l'utilisation des ultrasons, grâce à la réflexion des ultrasons lorsqu'ils

Rencontrent un obstacle ou une matière dense. C'est un examen inoffensif, facile, rapide, peu invasif et entraîne peu d'inconfort pour la patiente.

1.2.2. Quelques indications :

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

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

1.2.3. Matériels utilisés :

Les matériels sont essentiellement

- Un échographe qui comporte :
 - Une unité centrale pour accumuler les données et les traiter;
 - Un écran plat ou cathodique sur lequel l'image est projetée;
 - Une console qui commande l'ensemble de l'appareil ;
 - Les sondes (linéaire, convexe et endovaginale) qui émettent les ultrasons et les reçoivent par le système de réflexion ;
 - Une imprimante pour l'image affichée sur l'écran;
 - Le gel qui permet d'améliorer le contact entre la sonde et la peau ;
 - Un préservatif pour éviter les contaminations.

1.2.4. Modalités pratiques

1.2.4.1. Voie et sondes :

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

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

1.2.4.2. Préparation et installation de la patiente :

- Pour la voie sus-pubienne, la patiente boit une heure avant l'examen un litre et demi d'eau plate. Une fois la vessie pleine et qu'elle aura envie d'uriner, on procède à la réalisation de l'examen. Elle est détendue, en décubitus dorsal, région abdomino-pubienne dévêtue.
- Pour la voie endo-vaginale, la patiente est en position gynécologique, vessie vide.

1.2.4.3. Déroulement de l'examen :

Voie sus-pubienne:

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

1.2.4.4. Echo-anatomie de l'utérus :

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

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

1.3. GENERALITES SUR LES MYOMES :

Encore appelé fibromes, les myomes sont des tumeurs bénignes qui se développent au dépend du muscle utérin. Ceux sont des pathologies féminines les plus fréquentes qui atteignent la femme. Leurs manifestations cliniques sont multiples, toutefois la majorité d'entre eux sont asymptomatiques. Un myome peut être unique ou multiple (allant jusqu'à plusieurs dizaines de fibromes) ; La taille et le poids des fibromes sont très variables.

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

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

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

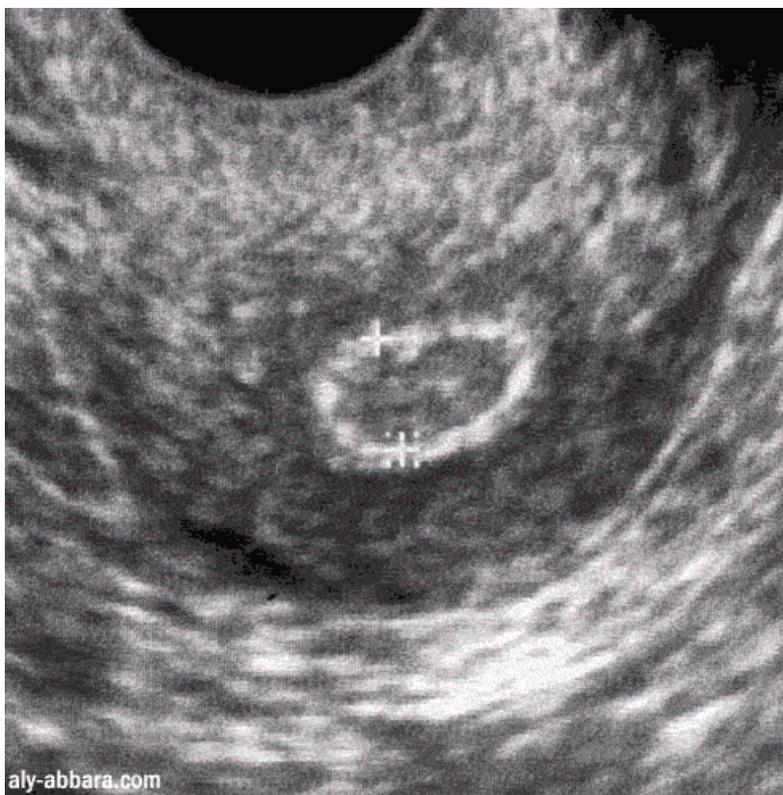


Figure 2 : Fibrome utérin (myome) sous muqueux ou endocavitaire.

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

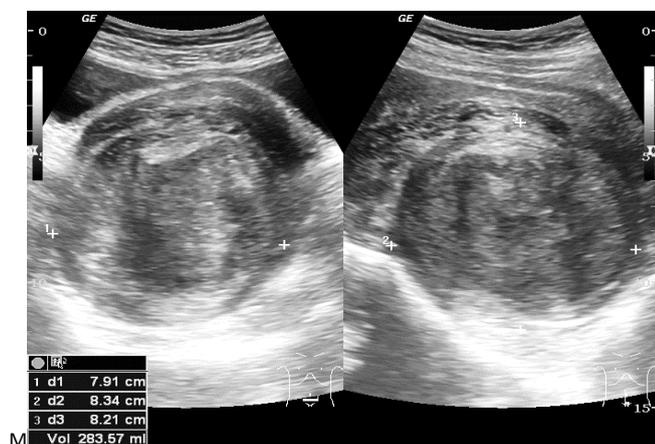
Figure 3 : fibrome interstitiel (ou fibrome intra mural)



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

Il est très facile à décrire dans la majorité des cas, sa présence se traduit par une déformation évidente des contours. En cas de myome sous séreux pédiculé, si le pédicule est long et étroit, la masse écho gène du myome peut être

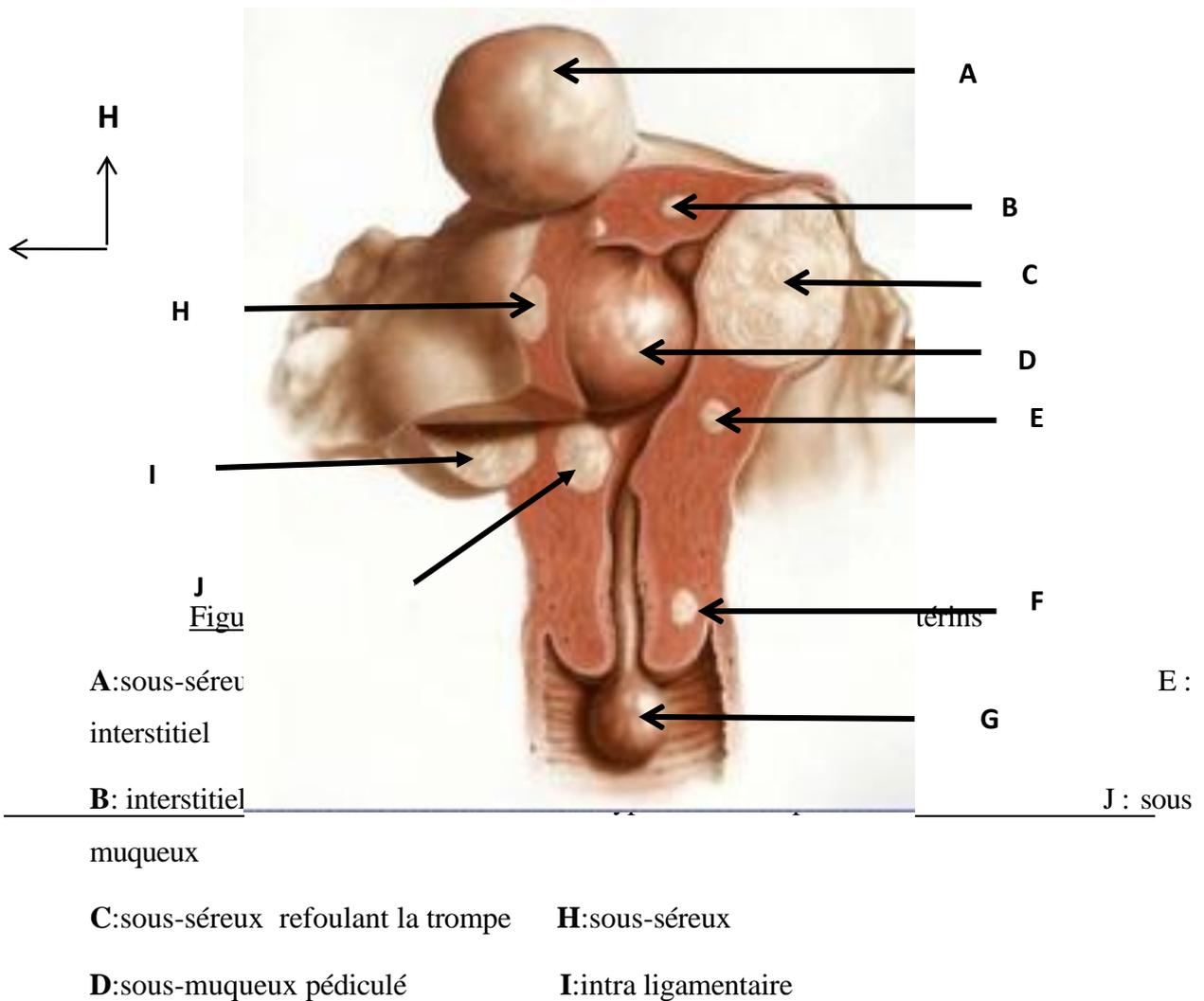
Figure 4 : fibrome utérin sous séreux



1.3.2. Classification des myomes selon leurs localisations au niveau de l'utérus

On distingue:

- **Fibrome cervicale:** Le fibrome se développe au niveau du col utérin
- **Fibrome fungique :** Le fibrome se développe dans le fond utérin.
- **Fibrome intra ligamentaire:** Le fibrome est situé sur un ligament maintenant l'utérus.
- **Fibrome corporal:** Le fibrome se développe au niveau du corps de l'utérus



1.3.3 .Manifestations cliniques

1.3.3.1. Les ménorragies :

Sont les signes les plus caractéristiques. Leurs apparitions lentement progressives sont assez caractéristiques. Il s'agit des règles plus abondantes et plus prolongées pouvant atteindre 10 à 15

jours.

1.3.3.2. Les métrorragies :

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

1.3.3.3. Les ménométrorragies :

C'est l'intrication des deux signes précédents. Elles se caractérisent par un retard de quelques semaines suivi d'une période prolongée d'hémorragie.

1.3.3.4. Les douleurs pelviennes :

Se résument habituellement à de simples pesanteurs pelviennes, plus marquées dans la période prémenstruelle. Elles ne sont pas habituelles, mais quand elles existent, elles sont hypogastriques, sourdes, rarement violentes, continues ou discontinues parfois rythmées avec les règles, à type de torsion, brûlure, picotement, irradiant vers les membres inférieurs et les lombes.

1.3.3.5. Les leucorrhées

Il s'agit de pertes blanchâtres, glaireuses et filantes, généralement plus abondantes avant les périodes menstruelles. Ces pertes peuvent devenir très abondantes et revêtir l'aspect d'une hydorrhée intermittente par sténose de l'isthme ou par polype formant un clapet. L'hydorrhée se voit également dans les fibromes en dégénérescence kystique.

1.3.3.6. Les troubles urinaires :

La pollakiurie est la plus fréquente, elle est retrouvée dans **40%** des cas. Elle est diurne, il s'agit de miction un peu plus fréquente ou de miction véritablement impérieuse. On peut évoquer soit une compression vésicale, soit une irritation du trigone (fibrome de l'isthme et des fibromes postérieurs). Les troubles d'évacuation vésicale : Il s'agit de rétention aigue d'urine (3% des cas en moyenne).

II-METHODOLOGIE :

2.1-MATERIEL ET METHODES D'ETUDE

2.1.1-Population d'étude

La population cible de notre étude est composée de 32 patientes ayant réalisé l'échographie pelvienne ou obstétricale dont on a décelé des myomes dans le service d'imagerie dans l'hôpital du district commune IV du 01 DECEMBRE 2021 au 31 JUILLET 2022 soit une période de (08) huit mois.

2.1.2-MATERIELS

Les matériels utilisés au cours de notre étude sont:

- ✓ Appareil ultrason HITACHI EUB 6500 trois sondes
- ✓ Une fiche d'enquête adressée aux patientes;
- ✓ Le Microsoft Word Excel pour le traitement des informations.

2.1.3METHODED'ETUDE :

TYPES D'ETUDE

Nous avons effectué une étude prospective sur 32 patientes, venues pour réaliser l'échographie pelvienne ou obstétricale durant la période de notre stage à qui nous avons adressé une fiche d'enquête afin de bien mener notre étude.

- ***CRITERES D'INCLUSION***

Sont incluses dans notre étude, les patientes ayant réalisé l'échographie pelvienne ou obstétricale dans le service de radiologie et d'imagerie médicale.

- ***CRITERES DE NON INCLUSION***

Ne sont pas incluses les femmes ayant réalisé autres types d'examens échographiques que l'échographie pelvienne ou obstétricale.

2.2. PRESENTATION DU LIEU D'ETUDE :

- **Historique de la commune IV :**

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako, qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ième} siècle par les Niakaté sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980. La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes du District de Bamako.

- **Données sociodémographiques :**

La majorité des ethnies du Mali est représentée en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. La population totale de la commune en 2018 est estimée à 407.074 habitants.

- **Les structures sanitaires :**

Structure	Nombre
Hôpital de 2 ^{ème} référence	1
Hopital du district	1
CSCom fonctionnel	11
Sites ASC fonctionnels	0
Structures privées (Cliniques et Cabinets de soins...)	74
Structures parapubliques	1
Centres confessionnels	4
Pharmacie Populaire Régionale	0
Grossistes privés	2
Officines pharmaceutiques privées	37
Ecoles de formation en sciences de la santé	2

- **Description de l'hôpital du district de la commune IV :**

L'hôpital du district est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou. Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création (en 1981) érigé en CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Les locaux : de l'hôpital comprend :

- 2 bureaux de consultation gynécologique,
- 2 bureaux de consultation médicale,
- Une unité de pédiatrie avec 02 bureaux de consultation,

- Une unité d'ophtalmologique avec 02 bureaux de consultation et 01 bloc,
- 1 salle des urgences,
- 2 blocs opératoires,
- 1 salle de réveil,
- 1 salle de stérilisation,
- 1 salle d'accouchement,
- 1 salle de suites de couche,
- 1 salle de réunion,
- 1 salle pour le système d'information sanitaire (SIS) 1 salle pour la brigade d'hygiène,
- 10 salles d'hospitalisation, dont : (5 salles pour la gynécologie obstétrique avec 18 lits, 2 salles pour la chirurgie générale avec 6 lits, 3 salles d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie),
- 1 bureau de consultation prénatale,
- 1 bureau de consultation postnatale,
- 1 bureau de consultation ORL,
- 1 bureau des examens d'explorations ORL,
- 1 bureau de consultation de cardiologie,
- 1 bureau de consultation de neurologie,
- 1 bureau de consultation Diabeto-Endocrinologie.
- 1 bureau de consultation de gastro-entérologie,
- 1 salle d'endoscopie,
- 02 salles d'échographies,
- 1 salle de radiographie et de mammographie,
- 1 unité d'anesthésie-réanimation,
- 1 unité PEV,
- 1 unité pour le développement social,
- 1 salle des faisant fonction d'interne,
- 1 bureau pour le surveillant général,
- 1 cabinet dentaire,
- 1 laboratoire,

- 1 DAT,
- 1 unité USAC,
- 1 salle de soins infirmiers,
- 1 morgue, 1 Mosquée, 1 cantine et des toilettes.

- **Situation du personnel socio-sanitaire :**

Profil	CSCoM			Privés et autres			CS Réf			CCDSES			SLDSES			SLPFEF		
	Masculin	Féminin	Nombre	Masculin	Féminin	Nombre	Masculin	Féminin	Nombre	Masculin	Féminin	Nombre	Masculin	Féminin	Nombre	Masculin	Féminin	Nombre
Médecin	16	3	19	2	1	3	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Technicien Supérieur de Santé (Santé Publique)	5	5	10	1	1	2	8	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistants Médicaux	0	0	0	4	2	6	7	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Technicien Supérieur de Santé (Sagefemme)	0	5	5	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Technicien Supérieur de Santé (Laboratoire)	2	7	9	1	6	7	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Technicien de Santé (Santé Publique)	5	8	13	2	1	3	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

			3	1	9	0		4	7									
Technicien de Santé (Infirmière obstétricienne)	0		2	2	4	4		1	1									
			9	9	1	1		4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Technicien de Santé(Laboratoire)	3	5	8	8	8		0	4	4									
					1					0	0	0	0	0	0	0	0	0
					6													
Technicien supérieur d'Hygiène	0	0	0	0	0	0	0	2	2									
										0	0	0	0	0	0	0	0	0
Technicien d'Hygiène	0	0	0	0	0	0	4	1	5									
										0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres Techniciens de Santé	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
										0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gérant		1	2		0	0	0	3	1	4								
	6	5	1								0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone	0	5	5	0	2	2	0	0	0									
										0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6						3											
Aide-Soignant		2	3	1	1	2		1	1									
		8	4	3	0	3		1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chauffeur	1	0	1	2	0	2	6	0	6									
										0	0	0	0	0				
Secrétaire	0	0	0	0	4	4	0	7	7									
										0	0	0	0	1	1	0	1	1
Gardien manœuvre		4		5	0	5		4	0									
			2				1	2										
	18		2				6	0		0	0	1	0	1	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0		1	2	3	2	1	3

Administrateurs sociaux / assimilés												0								
Techniciens supérieurs de l'action sociale / Assimilés	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0										
Educateurs spécialisés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Autres	0	0	0		7	1	4		8	5	8	1								
				0	4						3	0	0	0	1	3	4	0	0	0

Tableau I : Personnel : Situation des ressources humaines CSCOM, De l'hôpital du district, SLDSSES, CCDSSES et SLPFEF en 2019

SOURCE : l'hôpital du district de la commune IV

Présentation de l'unité de radiologie et d'imagerie médicale :

Description du local :

- L'unité de radiologie et d'imagerie médicale est constituée de :
- 01 salle d'échographie,
- 01 salle de radiologie et de mammographie.
- 01 salle de mammographie.

Ressources humaines : il est constitué de :

- 01 Radiologue,
- 02 thésards,
- 01 secrétaire,
- 01 technicien de radiologie
- L'équipe de garde

Les activités du service :

Les activités sont centrées sur :

Les échographies générales (abdominales, abdomino-pelviennes, pelvienne, obstétricales) etc.

Les échographies spécialisées (mammaires, thyroïdiennes, trans fontanelles, Doppler) etc.

Radiographie et la mammographie (en attente de démarrage) ;

Les encadrements et recherches (stagiaires des écoles de santé, thèses)

La garde quotidienne.

III-RESULTATS :

Notre étude a porté sur **32** cas sur **1440** femmes, ayant réalisé l'échographe pelvienne ou obstétricale présentant des myomes recensés pendant la période d'étude soit une fréquence de **2.2%** des femmes.

Tableau I : répartition des 32 patientes selon les tranches d'âge

TRANCHE /AGE	EFFECTIF	FREQUENCE
(20-30)	06	18.75
(31-40)	14	43.75
(41-50)	09	28.12
≥50	3	9.38
TOTAL	32	100%

La tranche d'âge (31-40) est la plus représentée soit 43.75% de nos patientes

Tableau II : répartition des 32 patientes selon la parité

PARITE	EFFECTIF	FREQUENCE
NULLIPARE	17	53.12
PRIMIPARE	8	25
MULTIPARE	7	21.88
TOTAL	32	100%

Les nullipares sont les fréquentes soit 53.12% des patientes

Tableau III : répartition des 32 patientes selon les ATCD d'avortement

TYPES D'AVORTEMENT	EFFECTIF	FREQUENCE
AVORTEMENT	10	31.25
AUCUN AVORTEMENT	22	68.75
TOTAL	32	100%

68.75 % de nos patientes n'avaient aucun ATCD d'avortement

Tableau IV : répartition des 32 patientes selon les ATCD chirurgicaux

ATCD CHIRURGICAUX	EFFECTIF	FREQUENCE
G E U	04	12.5
MYOMECTOMIE	07	21.88
CESARIENNE	05	15.62
AUTRE ATCD	06	18.75
SANS ATCD	10	31.25
TOTAL	32	100%

31.25% de nos patientes n'avaient aucun ATCD chirurgicaux

Tableau V : répartition des 32 patientes selon les ATCD médicaux

ATCD MEDICAUX	EFFECTIF	FREQUENCE
DIABETE	4	12.5
HTA	5	15.62
AMENIE	2	6.25
OBESITE	3	9.38
SANS ATCD	18	56.25
TOTAL	32	100%

Les patientes sans ATCD médicaux étaient les plus représentées soit 56.25%

Tableau VI : répartition des patientes selon les renseignements cliniques

RENSEIGNEMENT CLINIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE
HEMORRAGIE	3	9.38
DOULEUR PELVIENNE	6	18.75
SUSPENSION DE MYOMES	2	6.25
DESIR DE MATERNITE	10	31.25
TROUBLES URINAIRES	4	12.5
BILAN	5	15.62
LEUCORRHEE	2	6.25
TOTAL	32	100%

Le désir d'enfant était le renseignement clinique le plus fréquent soit 31.25% de nos patientes

Tableau VII : répartition des 32 patientes selon le nombre de myomes

NOMBRE DE MYOMES	EFFECTIF	FREQUENCE
UNIQUE	20	62.5
MULTIPLE	12	37.5
TOTAL	32	100%

62.5% de nos patientes avaient des myomes uniques

Tableau VIII : répartition des 32 patientes selon les types de myomes observés

TYPE DE MYOMES	EFFECTIF	FREQUENCE
SOUS-MUQUEUX	10	31.25
INTERSTITIEL	05	15.62
SOUS-SEREUX	13	40.63
INTRA-CAVITAIRE	04	12.5
ACCOUCHE DU COL	00	00
TOTAL	32	100%

Les myomes sous séreux étaient les plus fréquents dans notre étude soit 40.63% de nos patientes.

Tableau IX : répartition des 32 patientes selon les tailles de myomes observés

TAILLE(MM)	EFFECTIF	FREQUENCE
1-5	15	46.88
6-10	10	31.25
➤ 10	07	21.87
TOTAL	32	100%

La taille de myome entre 1 à 5 mm était la plus fréquente soit 46.88% de nos patientes

Tableau X : répartition des 32 patientes selon d'autres associations

LES ASSOCIATIONS	EFFECTIF	FREQUENCE
KYSTES OVARIENS	7	21.88
HYDROSALPINX	2	6.25
MASSE ANNEXIELLE	2	6.25
ENDOMETRIOSE	1	3.12
DYSTROPHIE OVARIENNE	5	15.62
GROSSESSE	3	9.38
AUCUNE	12	37.5
TOTAL	32	100%

37.5% de nos patientes n'avaient pas d'autre pathologie associée à leur myome

Tableau XI : répartition des 32 patientes selon les examens antérieurs réalisés

EXAMENS ANTERIEURS	EFFECTIF	FREQUENCE
ECHOGRAPHIE	15	46.88
UIV	02	6.25
CYSTOSCOPIE	01	3.12
HYSTEOSALPINGOGRAPHIE	05	15.63
AUCUN	09	28.12
TOTAL	32	100%

L'échographie était l'examen antérieur le plus réalisé par nos patientes soit 46.88%.

IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Dans notre étude on avait trouvé une fréquence de **2.22%** de myomes chez **1440** femmes ayant réalisées l'échographie durant notre période d'étude sur **32 cas** de myomes

Kaneb [2] avait trouvé une fréquence de **9.6%** de myomes chez **4464** femmes à propos de **100** cas

Par contre Ousmane Traoré avait **1.7%** de myomes chez **7125** à propos de **122**cas

Dans notre étude la moyenne d'âge observée dans notre échantillon est de 35 ans.

- ✓ **Répartition selon la tranche d'âge** : la tranche d'âge plus atteinte est comprise entre 31 et 40 ans soit **43.75%**. La majorité des femmes présentant des myomes dans notre série ont plus de 30 ans. FAYE DIEME et al. [9] et BA avaient trouvé une moyenne d'âge de 34 ans.
- ✓ **Répartition selon la parité** dans notre étude, les nullipares et les primipares sont les plus touchées par les myomes soit **78.12%**. A Dakar BAYO et al. [6] avaient trouvé **57%** de femmes ayant une parité de **0 à 1** sont les plus atteintes. GANDJI et al. [10] avaient trouvé dans leur série que les nullipares et primipares soit **76,40%** sont plus atteintes.
- ✓ **En se référant sur les ATCD d'avortement**, nous constatons que **31.25%** des patientes présentant des myomes ont fait au moins une fois un avortement. Nous pouvons en déduire que les myomes seraient responsables des avortements. SIDIBE [16] avait obtenu **38,07%** de femmes présentant des myomes et ont fait au moins une fois un avortement. Touré [18] et THIERO D. [17] avaient respectivement trouvé **65%** et **29,08%** de cas d'avortement.
- ✓ **Répartition selon les ATCD chirurgicaux** nous constatons que **21.87%** des patientes présentant de myomes ont été sujets à la myomectomie. KONE [14] avait trouvé un taux de **09,02%** de cas de myomectomie. Nous pouvons en déduire que le taux de myomectomie expliquerait le risque de récurrence des myomes.
- ✓ **Répartition selon les ATCD médicaux** nous relevons que **15.62%** de nos patientes avaient un ATCD D HTA et **6.25%** avaient un ATCD d'anémie. DENAHOU LUPIN BENIN et al [19] avaient trouvés **18%** des patientes présentant d HTA et **09%** patients diabétiques.
- ✓ **Répartition selon les renseignements cliniques** nous constatons d'une part que **93.75%** des patientes n'ont pas un diagnostic faisant suspecter directement la présence de myomes à savoir: douleurs pelviennes, désir de maternité, hémorragies pelviennes, troubles urinaires,

bilan et leucorrhée **DELABARRE M [7]** avait trouvé **87%** ne présentant aucun signe suspect; d'autre part **71.87 %** des diagnostics posés sont motivés par les douleurs pelviennes, les hémorragies pelviennes, le désir de maternité et les troubles urinaires. **ANATO P et KOTTIN B [4]** avaient trouvé plus de **67%** des patientes avec des signes cliniques. Ces proportions pourraient s'expliquer par le fait que la découverte des myomes à l'échographie, serait de façon fortuite puisqu'ils ne présentent pas systématiquement des symptômes qui leurs sont propres, mais leur présence au niveau de la cavité utérine de par leurs nombres et leurs tailles, seraient responsables des complications douloureuses, hémorragiques, mécaniques (compression de la vessie responsable de la rétention d'urine), et de l'infertilité.

✓ **Répartition selon le nombre de myome** on a constaté que **62.5%** des patientes présentent de multiples myomes, ce résultat est corroboré par ceux de **SIDIBE [16]** qui avait trouvé **80,08%** et d'**ADAMA-HONDEGLA et al. [3]** qui avaient trouvé **72%** de myomes multiples contre **18%** de myomes unique.

✓ **Répartition selon les types de myomes** notre étude nous révèle que les **myomes sous muqueux** sont plus responsables des hémorragies pelviennes **31.25%** et constituent le plus à la source d'infertilité. Les **myomes interstitiels** sont plus à l'origine des douleurs pelviennes **15.62%**. Alors que les **myomes sous-séreux** sont plus impliqués dans le phénomène de rétention d'urine, soit **40.62%** des femmes concernées et sont les plus fréquentes dans notre étude.

MAGASSOUBA [15] avait trouvé dans sa série **44%** de myomes interstitiels; **17%** de myomes sous-muqueux et **08,05%** de myomes sous-séreux.

✓ **Répartition selon la taille de myome** on remarque que **46.87%** de nos patientes ont une taille entre 1 à 5 mm

DELABARRE [5] avait trouvé **60,07%** de myomes mesurant moins de 06 cm dans sa série

✓ **Répartition selon les pathologies associées** l'analyse nous relève que **21.87%** de nos patientes avaient de kystes ovariens associés aux myomes et 9.37% de nos patientes portaient une grossesse. **BAYO S et al [6]** avait eu 35% de dystrophie ovarienne comme pathologie associée au fibrome

✓ **Répartition selon les examens antérieurs effectués** dans notre étude on a remarqué que

46.87% des patientes avaient déjà fait l'échographie pelvienne, **15.62%** des femmes avaient fait l'hystérosalpingographie. Nous pouvons dire que l'échographie pelvienne, est l'examen de diagnostic des myomes le plus informatif et complémentaire de l'hystérosalpingographie. DENAHOU LUPIN et al. [19] avait trouvé **36.84%** des patientes qui avaient réalisé l'échographie et **06.2%** avait fait une hystérosalpingographie.

- CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude prospective sur une période de (08) huit mois allant du 01 Décembre 2021 au 31 juillet 2022 où 32 patientes porteuses de myomes utérins ont été colligées.

Au terme de notre étude, il en ressort que :

L'échographie pelvienne est un examen qui a considérablement contribué au diagnostic des myomes utérins. De l'exploration de l'utérus, il renseigne entièrement sur les caractéristiques des myomes à savoir leurs localisations précises au niveau des tuniques de l'utérus, leurs sièges sur les différentes parties de l'utérus, leurs tailles, leurs nombres et rend compte de l'évolution de ces derniers afin de prévenir une myomectomie.

Cette pathologie touche principalement la femme âgée de **plus de 30** ans, avec une fréquence plus élevée chez la nullipare. **53.12%** des femmes sont sujets à des douleurs pelviennes, des hémorragies génitales, l'infertilité et aux phénomènes de compression de la vessie. **Les myomes sous séreux sont** les plus fréquents dans notre étude, le risque récidive des myomes après myomectomie ne sont pas négligeable et les myomes constituent un facteur de risque des avortements.

Notre stage de fin de formation dans le service d'imagerie de l'hôpital du district de la commune IV s'est déroulé dans un climat de travail qui a favorisé une bonne acquisition des aptitudes professionnelles. Ces aptitudes professionnelles acquises ont sans aucun doute enrichi nos connaissances dans le métier. Nous pouvons donc affirmer que les objectifs de notre stage ont été globalement atteints pour une bonne compétence.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, quelques recommandations nous paraissent nécessaires : à l'endroit des autorités, des prestataires de service et de la population :

Aux autorités :

- ❖ Elaborer des campagnes de sensibilisation des femmes afin qu'elles puissent se faire consulter à temps ;
- ❖ Equiper les services de radiologie et d'Imagerie Médicale en matériels de qualité ;

Aux prestataires :

- ❖ Rechercher systématiquement le fibrome chez toutes les patientes en consultation ;
- ❖ Informer les patientes sur leur pathologie de façon simple sans créer une situation de panique ;

A la population :

- ❖ S'adresser au personnel de santé dès l'apparition des premiers symptômes du fibrome utérin.

-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] <http://www.natisen.com/article/anatomie> appareil génital femme. html.cosulté
- [2] Kaned(2008) fibrome utérin dans le service de gynécologique et obstétrique du centre de santé de la commune V à propos de 120 cas thèse de médecine N°53,P37 p43
- [3] **ADAMA-HONDEGLA**(2012).Aspects épidémiologiques et chirurgicaux de fibromes utérins opèrent à l'hôpital du district de Lomé .Recherche Scientifique Universitaire Lomé, P136-137,152p
- [4] **ANATOP, KOTTINB.** (2004).Etude échographique d'une grossesse dans un utérus myxomateux. Mémoire de fin de formation EPAC/UAC, P5-6, 68p.
- [5] **BAS, BADIANEM, BAA, NIANGE, BAAL, AGAÏCHAA-**(1999).La Salpingographie sélective dans le traitement des infertilités par obstacle tubaire proximal : à propos de 122 cas traités à Dakar. Cahiers Santé, p.81-83.
- [6] **BAYOS.** (1973).Contribution à l'étude de fibromyomes utérins à Dakar: à propos de 316 observations. Thèse de Médecine, Dakar, N°11, p.46.
- [7] **DELABARREM.** (2010).L'association fibrome et grossesse à propos de 79 cas relevés à la maternité régionale de Nancy entre janvier 2002 à décembre 2008. Mémoire de fin formation, Université Henri Poincaré, Nancy I, p.52
- [8] http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/fibrome.html.Consulté le 24 Août 2014
- [9] *FAYEDIEMEM, MOREIRAP, CISSE M, GUEYES, DIOUFA, MOREAUJ*
(2008).Apport de l'hystérosonographie dans le bilan de l'infertilité féminine. Journal africain d'imagerie médicale, P15-26.
- [10] **GANDJIS.** (2013).Diagnostic des lésions étiologiques de l'infertilité secondaire à Cotonou : rôle de l'hystérosalpingographie et de l'échographie pelvienne. Journal of Applied Biosciences, p.535
- [11] <http://radiologie-la-defense.fr/>.Quelques indications de l'échographie pelvienne. Consulté le 24/08/2014.
- [12] <http://www.imagerie-medicale-01.com/>.Définition de l'échographie pelvienne. Consulté le 24 Août 2014.
- [13] <http://www.uvmf.org/>.Les examens paracliniques en gynécologie. Consulté le 24 Août 2014.

[14] KAMINAP. (1995) Anatomie: Introduction à la clinique, Petit bassin et périnée organe génitaux Tome₂. Maloine PARIS, p41-46.

[15] MAGASSOUBAD. (2008).Etude épidémio-clinique et thérapeutique du fibrome utérin dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du point-g. Thèse de médecine Bamako, P94, 125p.

[16] SIDIBED. (2008).Intérêt de l'échographie dans le diagnostic des hémorragies du premier trimestre de la grossesse. Thèse en Médecine, Bamako p.35
Thèse de Médecine, Bamako, M22, P95, 133p.

[17] THIEROD.2002.Aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique du fibrome utérin chez la jeune femme en période de procréation : à propos de 496 cas de janvier 1993 à décembre 2002 au centre de santé de référence de la commune V, P48, 97p.

[18] TOURE OD.(1992).A propos de 100cas de fibromes utérins à l'hôpital national du Point «G». Thèse de Médecine, Bamako, N°35, P45, 105p.

[19] DE NAHOU LUPIN A PROPOS DE 133 CAS DE MYOMES DANS LHOPITAL DE ZONE DE SURU LERE AU BENIN p41-46.

[20] OUSMANE TRAORE A PROPOS DE 122 CAS DE MYOMES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE DE LA COMMUNE VI

Thèse de Médecine, Bamako, N°34, P43 ,97p

ANNEXES

FICHED'ENQUETE :

Dans le cadre d'une recherche académique intitulée « **INTERET DE L'ECHOGRAPHIE DANS L'EXPLORATION DES MYOMES UTERINS DANS LE SERVICE DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE DE L'HOPITAL DU DISTRICT COMMUNE IV: CAS DE 32 FEMMES** ».

Nous vous Prions de bien vouloir répondre aux préoccupations suivantes :

I-Identité :

Nom:

Prénoms:

Age:

Statut matrimoniale: célibataire /___/ marié(e)/___/ divorcé/___/ veuve/___/

II-la parité :

Nullipare /___/

Primipare /___/

Multipare /___/

III- Antécédent d'avortement :

Avortement /___/ aucun avortement /___/

IV- ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

G E U /___/ myomectomie /___/ Césarienne /___/ autre ATCD /___/ aucun ATCD/___/

V-Antécédents médicaux :

Diabète /___/ HTA /___/ Anémie /___/ Obésité /___/ Aucun ATCD /___/

I- Les renseignements cliniques :

Hémorragie /___/ Douleur pelvienne /___/ suspicion de myome /___/

Désir de maternité /___/ troubles urinaires /___/ bilan /___/ leucorrhée /___/

II- Le nombre de myome:

Unique /___/ Multiple /___/

III- La localisation de myome :

Sous-muqueux /___/ Interstitiel /___/ Sous-séreux /___/

Intra cavitaire /___/ Accouché du col /___/

IV- La taille de myome :

1-5 /___/ 6-10 /___/ > 10 mmm /___/

V- Fibrome utérin et d'autres associations :

Kystes ovariens /___/ Hydrosalpinx /___/ Masse annexielle /___/ Endométriose /___/

Dystrophie ovarienne /___/ Grossesse /___/ aucune /___/

XI-Les examens para cliniques antérieurs réalisés :

Echographie /___/ UIV /___/ Cystoscopie /___/ Hystérosalpingographie /___