

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE**

**RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

**FIBROME UTERIN DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO A PROPOS DE 120CAS**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

Par

Mr : Bréhima KONE

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

PRESIDENT : Professeur Salif DIAKITE

MEMBRES : Professeur SY Aïssata SOW

Codirecteur de thèse Docteur Oumar Moussokoro TRAORE

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Mamadou TRAORE

DEDICACES

A Dieu

Le créateur du ciel et de la terre, Maître du monde et de l'au-delà, Maître de la vérité, je vous remercie de m'avoir guidé pas à pas dans la réalisation de ce modeste travail

A mon père feu Kariba KONE

C'est la volonté du tout puissant ALLAH qui t'a prématurément arraché à notre affection. A peine si je t'ai connu mais ce que j'ai appris sur ta personne fait de toi un père exemplaire. Permetts moi à travers cette oeuvre de rendre gloire et hommage digne de ce que tu as représenté que Dieu le tout puissant, le maître de la vérité t'accorde un repos éternel dans son paradis Amen.

A ma mère Feue Nourougou KONE

Toi qui te souciais de ma réussite aux études après le départ prématuré de mon père. Tu as été pour moi une mère exemplaire, tu m'as donné tout ce qu'un fils peut espérer de sa maman. Pardonne-moi, s'il m'est arrivé un jour de te décevoir sans le savoir. J'aurais voulu te voir assise en ce jour solennel mais le tout puissant en a décidé autrement, qu'il t'accepte dans son paradis pour un repos éternel Amen.

A ma grande soeur feue Adiaratou KONE

Toi qui étais devenue ma mère en te souciant de ma réussite et c'est avec toi que j'avais des rêves à réaliser mais le tout puissant « Dieu » en a décidé autrement, saches que je ne t'oublierai jamais dans ma vie et que ta disparition a été un coup fatal pour moi mais le maître de la vérité a toujours raison, dors en paix que Dieu t'accepte dans son paradis Amen.

A mon jeune frère Feu Fousseyni KONE dors en paix Amen.

A ma jeune soeur Kadiatou KONE

Nous avons des rêves à réaliser ensemble et saches que je ne t'oublierai jamais, que Dieu nous donne une longue vie et un bon état de santé Amen.

A ma femme Mariam DIARRA, ton soutien physique et moral m'ont permis de mieux faire ce travail que Dieu renforce notre union Amen.

REMERCIEMENTS

À mes oncles paternels Touna KONE, Moussa KONE, Amadou KONE, j'ai grandi à vos côtés comme un prince et j'ai toujours bénéficié d'une attention particulière, pardonnez-moi s'il m'est arrivé un jour de vous décevoir sans que je ne le sache, qu'ALLAH nous donne une longue vie.

A ma tante paternelle Sagara KONE les mots me manquent pour te remercier, tu as été une tante exemplaire pour moi, tes conseils, tes encouragements et ton soutien m'ont permis de mener mes études à terme. Saches que je pense à toi et que Dieu t'accorde une longue vie Amen, que l'âme de ton mari feu Aly KONE repose en paix Amen.

A mes grand-mères feu Ouassa DIARRA et feu Tiantio KONE, Vous, qui m'avez estimé parmi tant de petits fils, je me rappelle encore des bénédictions et des conseils que vous avez prodigué et qui continuent à guider mes pas. C'est le moment plus que jamais de m'en prosterner sur vos tombes. Que Dieu vous accepte dans son paradis Amen.

A mes oncles maternels Ladjji KONE, Diakalia KONE, Guedouma KONE

Vos conseils et vos aides m'ont permis tout au long de mes études de mieux faire, que Dieu vous bénisse Amen.

A mes tantes Mariam KONE, Mâh OUATTARA, Titio KONE

je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour ma réussite que Dieu vous donne une longue vie.

A mes tantes feues Kadiatou KONE, Django GUINDO que vos âmes reposent. en paix Amen,

Aux aînés Dr TRAORE Soumana O, Dr KEITA Mamadou B. Dr OUATTARA Aly, Dr TRAORE Mariam T. Votre disponibilité, votre gentillesse et vos conseils n'ont permis d'exercer ce travail à bord. Trouvez ici les sentiments de notre profonde reconnaissance.

Aux anesthésistes: Moussa KONATE, Mohamed HAIDAR.A

Aux collègues internes nous avons passé des moments difficiles ensemble et cela restera gravé dans nos mémoires. Restons unis et solidaires nous y arriverons un jour.

A tout ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce travail dont je n'ai pas pu citer ici, trouvez toute notre profonde gratitude.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR DIAKITE SALIF

PROFESSEUR EN GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE AU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GABRIEL TOURE
PROFESSEUR TITULAIRE A LA FACULTE DE MEDECINE DE
PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE DE L'UNIVERSITE DE
BAMAKO

Cher Maître,

Nous avons été très impressionnés par votre personnalité, vos qualités d'homme de sciences éclairé de praticien infatigable, votre sens élevé de devoir social qui font de vous un homme respecté et admiré de tous. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Soyez rassuré cher Maître de tout notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

PROFESSEUR SY ASSITAN SOW

PRESIDENTE DE LA SOCIETE MALIENNE DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE (SOMAGO)
CHEF DU SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU
DISTRICT DE BAMAKO
CHARGEE DE COURS DE GYNECOLOGIE Et D'OBSTETRIQUE A LA
FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE DE L'UNIVERSITE DE BAMAKO.

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury. Vos qualités scientifiques, votre modestie, votre contact facile et votre disponibilité ont forcé notre admiration. Veuillez accepter cher Maître le témoignage de tout notre respect

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

DOCTEUR TRAORE OUMAR MOUSSOKORO

SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PRATICIEN DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET
D'OBSTETRIQUE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V

Cher Maître

Nous avons été marqué par vos qualités scientifiques, votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre qualité d'enseignant et de conseiller. Vous avoir dans ce jury est un immense privilège pour nous. Trouver ici cher Maître le sentiment de toute notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR MAMADOU TRAORE

PROFESSEUR AGREGE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SECRETAIRE GENERAL ADJOINT DE LA SOCIETE MALIENNE DE
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE (SOMAGO)
MEMBRE DU RESEAU MALIEN DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE
MATERNELLE
MEDECIN CHEF DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V
MEDECIN CHEF DU SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V
PROFESSEUR TITULAIRE A LA FACULTE DE MEDECINE, DE
PHARMACIE ET D 'ODONTO-STOMATOLOGIE

Cher Maître,

Ça été un immense privilège pour nous de vous avoir comme enseignant et directeur de cette thèse, Merci d'avoir guider nos pas dans cette profession pour tous vos conseils et votre patience face à nos multiples sollicitations parfois intempestives. Nous ne saurons trouver les mots pour vous exprimer toute notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	2
II- GENERALITES.....	3
III- METHODOLOGIE.....	34
IV- RESULTATS.....	38
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	52
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	61
VII- REFERENCES.....	63
ANNEXES.....	71

I- INTRODUCTION

Le fibrome utérin appelé aussi myome ou fibromyome est connu depuis l'antiquité et a été l'objet d'étude approfondie. Cependant la pathogénie reste de nos jours non élucidée. Il est formé par une prolifération de cellules conjonctives nommées fibroblastes auxquelles s'adjoignent des fibres collagènes qui sont des protéines complexes.

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 [43].

Dans toutes les statistiques, 20% des femmes de plus de 35ans seraient porteuses de fibromes, mais la notion de "rajeunissement" du fibrome Chère à Finck Brutano est à reconnaître et plus particulièrement dans la race noire [45].

Il présente des variances cliniques, évolutives et thérapeutiques.

Les fibromyomes sont des tumeurs bénignes dont la seule présence ne justifie pas un traitement surtout si celui-ci doit être agressif et mutilant.

Les indications thérapeutiques ne se posent qu'en raison des complications liées au fibrome lui-même .Ces complications peuvent être d'ordre mécanique par compression, trophique avec dégénérescence oedémateuse nécrobiose, 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

Vu sa fréquence, le fibrome a été l'objet de plusieurs études:

- En 1992 Touré Ousmane Dantoumé à propos de 100 cas dans le service de gynécologie - obstétrique de l'Hôpital National du Point G.
- En 1986 Traoré M à propos de 100 cas dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré
- En 1985 Koutouan Jean Claude au CHU de Cocody à Abidjan.

Notre étude deuxième du genre dans le service a pour objectifs

OBJECTIFS

1- Objectif général:

Etudier le fibrome utérin dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

2- Objectifs spécifiques

- > Déterminer la fréquence du fibrome utérin dans le service;
- > Déterminer les aspects cliniques du fibrome utérin
- > Déterminer les complications du fibrome utérin;
- > Rapporter les méthodes de traitement du fibrome utérin dans le service;

II- GENERALITES

1- 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 liait le fibrome aux infections génitales. En 1890, CUNNEIM et RIBBERT lancent la théorie des « vestiges embryonnaires ». Celles-ci seraient des cellules souches du fibrome. De 1890 à 1904, les théories vasculaires avec ROESLER, PILLET et KNAUER font du fibrome une fonction localisée et circonscrite développée au dépend de la paroi vasculaire. Ces théories devaient donner place à la théorie hormonale plus séduisante.

Les conceptions thérapeutiques s'affrontèrent avec encore plus de passion; après une longue période d'abstention.

De 1837 à 1868, la priorité va à la clinique. Les premières interventions pour fibromes furent pratiquées. Ainsi la première myomectomie fut réalisée en 1842 par le Français AMUSSAL par voie basse (voie vaginale) ensuite les interventions par voie abdominale furent proposées.

- ATLEE en 1846
- SPENCE Wells en 1863 en Angleterre
- CHELMS à HEIDELBERG en 1868.

Malgré le brillant rapport de CHEVRIER en 1891 (France), la myomectomie n'obtient pas grand succès auprès des chirurgiens qui préfèrent adopter la doctrine de BATTEY et HEGAR, promoteurs des ligatures atrophiantes « pour réduire le fibrome par la famine ». 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 l'opposition de DARTIG en 1901 qui voudrait que la chirurgie utérine devienne de plus en plus mesurée et conservatrice. Cette chirurgie conduisant à de multiples vexations de la ménopause précoce a poussé les praticiens à reposer le problème : c'est alors le règne de prescription médicale multiple, mais la pharmacopée, si riche redonne tous ses droits à une chirurgie plus efficace.

En 1893, TRELAT et VERNEUIL utilisaient la radiothérapie.

Théorie inoffensive en 1902, elle devait frapper un grand coup en enregistrant son premier succès chez une femme inopérable.

De 1919 à 1921, successivement devant le 1er 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 certain déclin par seulement des voix autorisées contre l'utilisation abusive des rayons car les risques de dégénérescence sarcomateuse après irradiation sont très élevés.

En somme, depuis 20 ans la radiothérapie dans le traitement des fibromes utérins ne survit que des contre-indications opératoires. Malgré DUCING qui nie formellement la nocivité des rayons X et affirme que s'il y a dégénérescence c'est par ce qu'on irradie au départ des fibromes déjà cancérisés.

Depuis, différents types d'interventions conservatrices intermédiaires entre l'hystérectomie totale sans conservation et la myomectomie sont proposées et dans la plupart des cas les analogues de la GnRH ou LHRH.

2- DEFINITION

Le terme de fibrome est souvent improprement employé pour désigner les tumeurs bénignes de l'utérus constituées par un tissu analogue à celui du muscle utérin.

Il s'agit en fait d'un myome, mais les appellations fibromyome, léiomyome évoquent la nature histologique de cette formation [44]

3- EMBRYOLOGIE

3-1- Formation du canal tubo-utéro-vaginal:

L'utérus se développe à partir des deux canaux de Müller (fin de la 6ème semaine).

Le canal de Müller présente deux segments:

- Un segment supérieur ou crânial qui donne uniquement les trompes. Les tuniques se constituent progressivement de haut en bas. La musculuse dérive du mésoblaste et la muqueuse du canal de Müller (épithélium coelomique);
- Un segment inférieur ou caudal où se fusionnent les deux (02) canaux de Muller pour donner un canal unique appelé le canal utéro-vaginal de Leukard. La lame épithéliale du vagin qui se forme au niveau du segment inférieur de ce canal se désagrège secondairement en donnant naissance aux culs – de - sacs vaginaux.

3-2- Développement histologique :

Les canaux de MÛLLER 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 un épithélium polyédrique stratifié (vagin).

Au niveau du col, l'archéomyomètre régresse à partir du quatrième mois de la vie intra-utérine. Il disparaît dans les portions isthmiques et ampullaires de la trompe. La séreuse utérine provient de l'épithélium coelomique.

3-3- Développement macroscopique de l'utérus :

A partir de la vingt huitième semaine, 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.

4- ANATOMIE :

L'utérus est un organe impair de consistance ferme mais élastique. C'est un organe creux qui subit des modifications au cours de la vie génitale. Situé au centre de l'excavation pelvienne avec en avant la vessie, en arrière le rectum, et en haut les anses intestinales. Il est divisé en deux parties, une partie supérieure qui est le corps utérin et une partie inférieure qui est le col utérin séparées par un étranglement appelé l'isthme.

4-1- Configuration externe de l'utérus :

a. Le corps : qui présente une face antéro-inférieure plane légèrement convexe et l'autre postéro supérieure concave. Deux bords latéraux épais et un bord supérieur convexe : le fundus. Deux angles latéraux ou cornes utérines donnant insertion aux trompes utérines.

b. L'isthme : c'est un étranglement qui divise en deux parties l'utérus

c. Le col : divisé en deux parties par le vagin :

Une partie supra-vaginale prolongée par le corps utérin.

L'autre partie intra-vaginale accessible aux doigts au toucher vaginal et visible au spéculum. Elle forme un cône tronqué percé par son sommet d'un orifice donnant accès à la cavité cervicale : orifice cervical externe.

d. Les dimensions externes : long de 6,5 cm (3,5 cm pour le corps, 2,5cm pour le col, 0,5 cm pour l'isthme) et 6cm de large (4cm pour le corps et 2cm pour le col), 2 cm d'épaisseur chez la nullipare.

e. Capacité: environ 30 à 40 ml chez la nullipare et de 50 à 60 ml chez la multipare.

4-2- Configuration interne:

L'utérus est creusé d'une cavité aplatie dans son ensemble d'avant en arrière. Elle est divisée en deux parties par l'isthme.

-La cavité corporelle : de forme triangulaire verticale. Elle est constituée de parois antérieure et postérieure. Deux angles supéro externes.

- La cavité cervicale fusiforme un peu aplatie d'avant en arrière, formée de deux parois antérieure et postérieure, une extrémité supérieure qui se confond avec l'isthme répondant à l'orifice cervical interne une inférieure qui répond à l'orifice externe.

4-3 - Les systèmes de maintien de l'utérus

a. Système de soutènement: En position normale le corps utérin repose sur la vessie dont la base est soutenue par le vagin alors que le col utérin prend appui sur la paroi dorsale du vagin soutenu par le centre tendineux du périnée

b. Système de suspension:

- Les ligaments utero-sacrés qui s'attachent en arrière sur la face antérieure du sacrum en dedans des 2^e, 3^e, 4^e trous sacrés. En avant ils s'insèrent près des bords latéraux de la face postérieure du col et par une expansion sur le fornix vaginal.

Respecter dans l'hystérectomie subtotale ils sont désinsérés et liés lors de l'hystérectomie totale car ils sont très vascularisés.

- Les ligaments pubo-vésico-utérins de (Farabœuf) en avant on rencontre deux faisceaux.

Un faisceau pubo-utérin qui est une lame conjonctivo-musculaire

Un faisceau vésico-utérin qui est constitué de fibres musculaires lisses.

Ils n'ont pas un rôle sustentateur important mais ils sont richement vascularisés d'où leur ligature dans les décollements inter-vésico-utérins.

La base du ligament large latéralement constituée du paramètre et du paracervix.

c. Système d'orientation

- Les ligaments ronds : cordes fibro-musculaires qui s'étendent de la partie antéro-latérale de la corne utérine au dessous et en avant de la trompe de Fallope jusqu'à la région prépubienne. Ils sont riches en vaisseaux d'où leur ligature dans l'hystérectomie.

- Les mésomères qui résultent de la juxtaposition des lames péritonéales antérieure et postérieure s'étendent de l'utérus à la paroi pelvienne laissant au corps utérin une grande mobilité.

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

4-4- La vascularisation:

L'utérus est vascularisé essentiellement par l'artère utérine branche viscérale la plus volumineuse de l'artère iliaque interne.

Accessoirement on retrouve l'artère ovarique qui naît de la face antérieure de l'aorte, l'artère du ligament rond qui est une branche de l'épigastrique inférieure, elle s'anastomose au niveau de la corne utérine avec un rameau de l'artère utérine.

- Les veines forment à la surface utérine un réseau veineux plexiforme qui se draine de chaque côté de l'utérus dans le plexus utérin pour le réseau corporel et les plexus cervico-vaginaux pour le réseau cervical. Ces veines drainent leur contenu dans les veines du ligament rond et les annexes des veines utérines ou utéro- vaginales

- Les lymphatiques proviennent des différentes tuniques qui constituent l'utérus.

Les réseaux d'origine correspondent au réseau muqueux musculaire et séreux.

- un réseau collecteur péri utérin

4-5- Innervation

Les nerfs utérins proviennent du plexus hypogastrique inférieur complétés par les filets sympathiques qui accompagnent les artères utérines.

5- RAPPEL HISTOLOGIQUE DE L'UTÉRUS:

L'UTERUS EST CONSTITUE DE TROIS TUNIQUES QUI SONT DE L'EXTERIEUR VERS L'INTERIEUR

- Une tunique externe ou séreuse faite de tissus conjonctivo-élastiques et revêtue de l'épithélium péritonéal.

- Une tunique moyenne ou musculuse constituée d'un enchevêtrement épais de faisceaux de fibres lisses et riche en vaisseaux. Elle est composée de trois couches

* une couche externe ou sous séreux longitudinale

* une couche moyenne plexiforme faite de fibres circulaires et obliques.

* Une couche interne ou sous muqueux, il est le siège de processus hyperplasiques aboutissant aux myomes.

- Une tunique interne ou muqueuse constituée de deux couches qui sont :

- * une couche superficielle : la couche fonctionnelle tournée vers la cavité utérine et soumise à des modifications rythmiques en rapport avec le cycle menstruel ;
- * une couche basale qui adhère à la musculature

6- ETIOLOGIE:

On ne connaît rien de précis sur l'étiologie des myomes. Le fibrome serait l'expression myométriale d'une hyper oestrogénie locale. En faveur de cette hypothèse on retiendra les faits suivants

- il n'y a pas de myome avant la puberté,
- les myomes se stabilisent ou peuvent régresser après la ménopause ou après la castration,
- les myomes s'accroissent brusquement pendant la grossesse pour régresser ensuite,
- les myomes régressent sous traitement progestatif,
- les myomes augmentent de volume sous traitement oestrogénique après la ménopause,
- l'endomètre des femmes porteuses des fibromes témoigne d'une hyperoestrogénie. Il existe habituellement une hyperplasie de l'endomètre, source de saignement.

Cependant, la preuve de l'augmentation des récepteurs à oestrogène de la fibre musculaire lisse n'a pas été démontrée.

7- ANATOMIE PATHOLOGIE:

7-1- Macroscopie

7-1-1- L'Aspect: l'utérus myomateux apparaît le plus souvent déformé, bosselé par une ou plusieurs formation (s) tumorale (s) constituant chacune un noyau myomateux.

Le noyau myomateux est une formation plus ou moins arrondie de coloration blanche ou rose, lisse limitée de consistance ferme pierreuse. Une pseudo capsule formée par la condensation du tissu conjonctif constitue un excellent plan de clivage et en permet l'énucléation.

Habituellement sur les coupes on observe une structure tourbillonnaire de couleur rosée, tranchant sur les zones de teintes blanches nacrées. Cependant des zones ramollies de nécrobiose aseptique ou même des points de calcification ont été rencontrés.

7-1-2- Le Nombre: est variable d'un noyau à plusieurs noyaux

7-1-3- La Taille : varie de la tête d'une épingle à celle d'un adulte. Le myome se prête à toutes les descriptions maraîchères : citron, mandarine, orange, pamplemousse, etc.

7-1-4- Le poids : va de quelques grammes à plusieurs kilogrammes

7-1-5- Le siège: les noyaux myomateux peuvent siéger sur tous les segments (le corps, l'isthme et le col), et les tuniques utérines (la muqueuse, la musculuse et la séreuse). Ils peuvent siéger sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ils sont sessiles ou pédiculés quand ils sont de siège sous séreux, interstitiels ou sous muqueux.

Les myomes sous muqueux peuvent se développer dans la cavité utérine et atteindre l'orifice cervical externe du col utérin et réalisant le fibrome accouché par le col.

7-2- Microscopie:

Le tissu myomateux est fait de cellules musculaires lisses au cytoplasme peu abondant finement rayé ou homogène, au noyau allongé; serrées les unes contre les autres et regroupées en faisceaux qui se ramifient, s'anastomosent et s'enchevêtrent dans tous les sens donnant une véritable image tourbillonnaire.

Certains myomes très évolués sont fortement scléreux avec des plages collagéniques ou hyalines presque avasculaires, rencontrées souvent au centre du noyau tumoral.

Le myome peut aussi être le siège d'une imprégnation calcaire et parfois même d'une métaplasie osseuse [6].

7-3- Fibromes par rapport à la structure anatomique de l'utérus:

- Les fibromes du fond utérin sont en général mieux tolérés, le plus souvent silencieux, émergeant progressivement de l'excavation pelvienne vers l'abdomen.
- Les Fibromes angulaires: au niveau des cornes utérines, sont causes parfois de stérilité par compression.
- Les Fibromes de l'isthme sont rares dans leur variété pure. Ils peuvent s'inclure dans le ligament large entraînant la compression urétérale et la blessure chirurgicale.
- Les Fibromes du col utérin : sont exceptionnels

8- ETUDE CLINIQUE:

On note une variabilité symptomatique:

8-1- Symptomatologie:

8-1-1- Les Ménorragies:

C'est le signe le plus classique. Il s'agit des règles abondantes et ou prolongées faites de sang rouge et de caillots pouvant durer dix à quinze jours. Il peut s'agir d'un simple prolongement.

8-1-2- Les Métorragies:

C'est des pertes sanguines d'origine utérine survenant en dehors des périodes des règles normales.

8-1-3- Les Méno-métorragies:

C'est l'association des deux signes précédents, caractérisée par un retard de quelques semaines suivi d'une période prolongée d'hémorragie.

8-1-4- Les douleurs pelviennes:

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 inférieures et les lombes.

8-1-5- Les Leucorrhées :

Quand elles existent, elles peuvent être importantes pouvant prendre l'aspect d'une hydorrhée intra-cavitaire

8-1-6- La Pyorrhée :

Elle est rare, et sa présence témoigne le plus souvent l'existence d'un polype sphacélé. Il faut aussi penser à un cancer du corps utérin.

8-1-7- Les Troubles urinaires:

On peut retrouver une pollakiurie le plus souvent diurne. Une rétention d'urine ou une incontinence urinaire peut être observée.

8-1-8- Les Troubles digestifs:

On rencontre des cas de constipation qui est un signe absolu sans valeur. Des cas de syndrome occlusif et d'hémorroïdes externes peuvent être retrouvés.

8-2- Examen physique:

Il doit se faire dans un milieu bien aéré et sur une table gynécologique avec une bonne source lumineuse, vessie et rectum préalablement vides.

Il permet:

- **A l'inspection** : de rechercher une voussure sus pubienne ou une cicatrice sous ombilicale.
- **A la palpation** : de déceler la tumeur qui est soit lisse et régulière, soit formée par des bosselures arrondies, élastiques légèrement mobilisables.
- **A la percussion** : de retrouver une matité du pelvis.
- **Au spéculum** : on peut déceler des polypes fibreux intra cavitaires des exo-cervicites ou vaginites.
- **Au toucher vaginal**: l'utérus est augmenté de taille, déformé par un ou plusieurs masses plus ou moins régulières, bosselées de volume variable indolore faisant corps avec l'utérus. Les mouvements imprimés à la masse sont transmis au col de l'utérus vis versa.
- **Au toucher rectal** : Il permet de faire une différence entre une tumeur rectale et un fibrome utérin.

Cet examen doit être complété par un examen général.

8-3- Diagnostics Différentiels :

La Grossesse : Il faut faire un test de grossesse pour confirmer la grossesse ou si possible faire une échographie.

La Tumeur de l'ovaire: La confusion est 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 une coelioscopie

Le Cancer utérin: Cette association doit être recherchée devant toute métrorragie post-ménopausique.

8-4- Les examens complémentaires :

Deux examens complémentaires paraissent fondamentaux et essentiels

8-4-1- L'échographie pelvienne:

Elle utilise des ultrasons, la femme en décubitus dorsai, la vessie pleine. Elle permet de confirmer dans la plupart des cas le diagnostic de fibrome utérin. Dans la forme classique non compliquée, le fibrome est une tumeur solide échogène dont l'échogénicité est voisine à celle du myomètre. Elle permet de préciser la situation anatomique des fibromyomes.

Le fibrome interstitiel n'est pas facile à mettre en évidence, car son échogénicité est voisine à celle du myomètre.

Le fibrome intra cavitaire est une formation arrondie siégeant au niveau de la vacuité utérine.

L'échographie met en évidence la calcification du fibrome, les modifications histologiques (oedème, nécrobiose ischémique).

Elle permet en fin de vérifier l'absence de retentissement sur les organes de voisinage ; par contre elle peut être hésitante devant une tumeur ovarienne solide adhérente au corps utérin, une malformation utérine, des reins pelviens, une tumeur digestive.

La sensibilité de l'échographie est meilleure pour les fibromes sous séreux et interstitiels que pour les fibromes sous muqueux.

8-4-2- 1- L'hystérosalpingographie :

Elle permet d'opacifier les voies génitales féminines qui ne sont pas accessibles à l'examen direct.

On prendra les clichés en série sous différentes incidences à plusieurs stades de la réplétion et après évacuation.

Elle peut montrer une cavité utérine augmentée de volume ou déformée.

- Les Fibromes interstitiels entraînent un agrandissement une déformation et souvent une asymétrie de la cavité utérine
- Les Fibromes sous muqueux et intra-cavitaires sont bien visibles sur les clichés 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 déformation mécanique des bords utérins.

Le cliché de profile précise la large base d'implantation du fibrome sur la paroi utérine.

L'hystérosalpingographie découvre des lésions associées : tuberculose endométriose, polypes muqueux, synéchies, lésions annexielles (hydrosalpinx) Les fibromes sous-séreux sont difficiles à diagnostiquer car ils ne modifient pas la cavité utérine.

Il est possible de visualiser des fibromes multiples c'est à dire des noyaux sous muqueux, intra cavitaires ou interstitiels

Contre indication : la Grossesse, infections génitales, hémorragies génitales, Intolérance à l'iode

8-4-3- Autres examens complémentaires:

- **La coelioscopie** permet de poser un diagnostic précis pour le fibrome sous- séreux et les modalités du traitement.

Accidents possibles:

- Emphysème
- Blessures vasculaires
- Compression nerveuse par parésie du plexus brachial
- Douleur scapulaire tardive

Accidents infectieux dans les cas d'hydrotubation dans un hydrosalpinx

- **Hysteroscopie** : visualise la cavité utérine. Elle affirme la présence ou l'absence de lésions intra cavitaires ou sous muqueux. Elle peut montrer des polypes muqueux et même des fibromes intra-cavitaires.

8-4-4- Cliché sans préparation :

A la recherche d'opacité propre d'un fibrome calcifié, les déplacements éventuels des organes de voisinage des calcifications des ossifications structurelles dentaires caractéristique du kyste dermoïde de l'ovaire [49].

8-4-5- L'Urographie intra-veineuse (UIV).

Elle renseigne sur la valeur fonctionnelle du parenchyme rénal la morphologie urétéro-pyélocalicielle surtout quand il y a compression des uretères par la tumeur, et permet de poser le diagnostic différentiel entre tumeur rénale et fibrome ou toute autre tumeur pelvienne.

8-4-6- Tomodensitométrie.

Les explorations contribuent au diagnostic différentiel entre ce qui appartient aux reins ou à la surrénale pour préciser la topographie exacte des tumeurs lombaires.

8-4-7- inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol :

Sont systématiques chez toute nouvelle consultante et le résultat est une coloration brun acajou de l'épithélium pavimenteux (zones iodo-positives).

Cependant en cas d'ulcération la partie reste claire (zones iodo-négatives) d'où le dépistage des hyperplasies et des cellules cancéreuses. Cette investigation est toujours précédée par une biopsie orientée.

8-4-8 Hystérométrie :

Réalisée; elle permet d'objectiver

- un agrandissement de la cavité utérine une déviation ou une irrégularité de la cavité utérine qui peut renseigner sur la présence d'un fibrome sous muqueux et même un polype intra-utérin.
- Ou un allongement de 10-12 cm sera un gros argument pour le diagnostic du fibrome. Seule la grossesse pourrait être une cause d'erreur.

8-4-9- Biopsie de l'endomètre à la canule de Novak :

Elle se fait le 25^e ou 26^e jour du cycle en vue d'une étude histologique en cas de suspicion d'une tumeur et en absence de grossesse et d'infection. Cet examen donne la certitude anatomo-pathologique.

8-4-10- Curetage biopsique: fait le diagnostic entre un avortement et un fibrome hémorragique.

Malgré tous ces moyens, il est quelque fois difficile de faire un diagnostic précis d'où la nécessité de savoir hiérarchiser les explorations.

9- EVOLUTION ET PRONOSTIC :

9-1- Evolution :

Le fibrome utérin peut évoluer lentement vers la régression avec le traitement médical.

Lorsque la ménopause s'installe l'évolution est souvent favorable par diminution du volume du fibrome.

9-2- pronostic :

Le pronostic du fibrome est généralement favorable, mais des complications peuvent survenir:

9-2-1 les Complications locales : sont constituées par l'exagération des signes habituels.

a- Complications hémorragiques.

L'hémorragie par son abondance et sa répétition peut entraîner une anémie, asthénie, lipothymie, vertiges, acouphènes, dyspnée, dans les fibromes sous muqueux.

b- Complications mécaniques.

Elles sont liées au développement de la tumeur.

La douleur est le maître symptôme. Il peut s'agir:

• Complication mécanique par compression.

- Compression rectale à type de trouble de la défécation (ténesme épreinte).
- Compression vésicale à type de pollakiurie, dysurie et rarement rétention ou une incontinence urinaire
- Compression urétérale entraînant une urétéro-hydronephrose ou une sclérose atrophique du rein.
- Compression veineuse responsable de phlébite.
- Exceptionnellement des compressions nerveuses à type de paresthésie, de névralgie, de sciatalgie

• **Les torsions de fibromes pédiculés:**

Elles sont rares. On note 3 types:

- La torsion aiguë du fibromyome sous séreux pédiculé réalisant un véritable syndrome abdominal aigu qui se manifeste par une douleur pelvienne brutale intense, des signes d'irritation péritonéale (vomissement, nausée) arrêt des matières et des gaz.

-Torsion subaigu marquée par des douleurs; des coliques accompagnées de lipothymie.

-Torsion axiale d'un utérus fibromateux au niveau d'un isthme utérin étiré rencontrée le plus souvent dans les suites de couches.

c- Complications infectieuses :

Elles se manifestent par la fièvre, une altération de l'état général une hyperleucocytose, une leucorrhée malodorante, des douleurs expulsives. Elles se rencontrent dans les cas suivants

- Les fibromes sous muqueux ou polypes fibreux accouchés par le col et ischémiques.
- Les nécrobioses septiques d'un fibrome intra-mural ou sous séreux.
- La gangrène utérine par prolifération de germes anaérobies avec crépitation à la palpation.
- L'endométrite due aux staphylocoques, streptocoques, colibacilles chlamydiae d'origine exogène ou endogène.

On peut rencontrer une pyometrie.

- Les salpingites.

d - Transformation histologique :

• **La Transformation oedémateuse**

La nécrobiose aseptique due à une mauvaise vascularisation

du fibrome par ischémie. Elle se manifeste par une douleur pelvienne intense, un syndrome toxi-infectieux, une fièvre élevée, une pâleur et un sub-ictère.

- **La calcification** : de découverte radiologique sous forme d'une opacité arrondie s'observe souvent après la ménopause
- **La Dégénérescence maligne**: est à soupçonner devant un fibrome qui grossit rapidement après la ménopause. Elle est estimée à 0,5% selon les statistiques [44].

9-2-2- Les complications Générales

a. Les complications hématologiques

- **Anémie**: le plus souvent il s'agit d'une anémie hypochrome et quelques rares fois hémolytique
- **Polyglobulie**: Son association avec le fibrome a été décrite en 1953 par THOMAS et DARSON. Depuis plusieurs observations ont été publiées dont celle de GILLES STENKISTES en 1975.

Il semblerait que la tumeur secrète une substance douée d'activité erythropoïétique et que l'ablation de la tumeur entraîne une guérison définitive de la polyglobulie [23].

- **Thrombopénie**: DUPORREUX C. HOPMER C. DUHAMEL en 1984 ont publié 2 cas de thrombopénie associée à un fibrome utérin selon ses auteurs la thrombopénie a disparu après l'hystérectomie [45].

b. Les Complications vasculaires:

- Thrombophlébites pelviennes ou des membres inférieurs favorisées par la compression veineuse. Elle se manifestent par : la douleur le long de l'axe veineux exagérée par la toux. Il faut rechercher la douleur au niveau de l'aîne de la cuisse dans la creux poplité ou au niveau du mollet, à la dorsiflexion du pied, (signe de Homans). Il peut y avoir un fourmillement au niveau des membres, une accélération du pouls surtout si elle précède la fièvre.

c. Complications obstétricales:

- L'infécondité caractérisée par l'impossibilité d'une gestante de mener à terme une grossesse.

- Fibrome et grossesse [20, 23]:

Action de la grossesse sur le fibrome : Il est maintenant prouvé que pendant la grossesse la texture du myome change et le volume augmente. La masse se ramolli changeant parfois de forme entraînant une nécrobiose ou une torsion.

Action du fibrome sur la grossesse. : Au cours de la grossesse il peut entraîner des avortements ou des accouchements prématurés des anomalies d'insertion placentaire, des hypotrophies foetales. Il est responsable aussi d'anomalie de présentation (10 à 20% selon Henrion).

Au cours de l'accouchement : il peut constituer un obstacle praevia à l'expulsion ou entraîner une dystocie dynamique.

La délivrance est hémorragique car l'utérus fibromateux se rétracte mal d'où la surveillance des suites de couches.

Après l'accouchement il faut faire une révision utérine explorer la cavité et faire l'état du nombre et la topographie des myomes.

Dans le post-partum : endométrite et les phlébites sont fréquentes, la mortalité foetale varie de 6 à 12% [44]

Association grossesse extra-utérine et fibrome: le fibrome peut provoquer un rétrécissement de l'orifice tubaire par compression et empêcher le passage de l'oeuf de la trompe à la cavité utérine.

10- LES FORMES CLINIQUES

10-1- Les formes topographiques

10-1-1- La situation par rapport aux tuniques utérines

a. Les fibromes sous séreux : situés dans le péritoine, ils se développent à l'extérieur de l'utérus. La base d'implantation peut être large.

- les fibromes sous-séreux sessiles sont accessibles au toucher vaginal

- les fibromes sous-séreux pédiculés sont rattachés à l'utérus par un pédicule plus ou moins long. Ils peuvent être asymptomatiques ou révélés par une complication mécanique. Il est souvent confondu à une tumeur annexielle.

b. Les fibromes interstitiels: Ils se développent dans l'épaisseur du muscle utérin qu'ils hypertrophient et déforment. Leur diagnostic clinique est souvent difficile, l'apport échographique est important

c. Les fibromes sous muqueux : font saillie en direction de la cavité utérine. Les signes d'appel sont fonction de la taille du fibromyome, dominés par les ménorrhagies.

Les polypes fibreux pédiculés sont très évocateurs dans leur expression clinique. Ils s'agit de colique expulsive, métrorragie, gros utérus.

L'examen au spéculum peut retrouver parfois 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- cavitaire avec parfois une bande linéaire d'écho-structure renforcée traduisant une hypertrophie de la muqueuse.

C'est surtout l'hypertrophie de la muqueuse avec l'aspect soufflé de la cavité utérine qu'on retrouve habituellement.

10-1-2- La situation par rapport aux régions pelvi-abdominales

a- Les Formes à développement abdominal :

Déforme à l'évidence l'abdomen. L'HSG est inutile.

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

L'U. I V est important ici car elle met en évidence une compression urétérale essentielle, une dilatation urétérale avec hydronéphrose, pyélo-urétérale et des déformations possibles de la vessie.

b- Les Fibromes à développement pelvien:

Certains comportent un danger pour les organes nobles de voisinage: les fibromes du col de l'utérus ou inclus dans le ligament rond. Les fibromes développés dans la portion intra-vaginale du col sont découverts au spéculum. Les fibromes développés dans les régions latérales sus-vaginales 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 et parfois abaissé.

Le toucher rectal apprécie ses rapports avec les paramètres. L'échographie et l'U I V peuvent être d'un apport important.

L'H S G 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'insertion isthmique.

10-2- Les formes associées:

a- Les lésions génitales associées:

- Les anomalies de la muqueuse utérine : Elles comprennent

- Une atrophie endométriale survenue lors d'un traitement progestatif des polypes endométriaux
- Une hyperplasie simple ou glandulo-kystique.
- Les cancers de l'endomètre
- L'endométriose se manifeste par des douleurs pelviennes à type de dysménorrhée secondaire et progressivement tardive intenses et rebelles au traitement, parfois à type de dyspareunie profonde, ou plus souvent à type de douleurs pelviennes permanentes ou intermittentes Une stérilité primaire ou secondaire est parfois associée.
- Des troubles de règles: hémorragie abondante

Les troubles de la statique utérine : peuvent être une antéversion utérine avec une symptomatologie vésicale, les latéro-déviations évoquant souvent une tumeur annexielle et des retro-déviations donnant une compression vésicale, et enfin des prolapsus génitaux.

Les cancers génitaux diagnostiqués à l'aide d'un test de Schiller complété par le frottis cervico-vaginal, l'HSG et le curetage biopsique.

b- Fibrome et Kyste de l'ovaire : L'association est possible

A l'examen : 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 coelioscopie et l'hystérosalpingographie sont très utiles.

11- LE TRAITEMENT

11-1 Le But:

Le but du traitement est de réduire les symptômes du fibrome

11-2- Les Moyens

11-2-1- Traitements médicamenteux et indications [31]

11-2-1-1- Les médicaments

L'étiologie du fibrome étant mal connue, il n'y a pas de traitement étiologique. Cependant l'hypothèse d'une origine oestrogénique des fibromes étant posée, les drogues ayant un effet « anti-oestrogène » sont utilisées et les oestrogènes seront contre-indiqués. Ainsi

- **Les progestatifs** : sont donc le traitement de choix. Il n'y a pas de preuve de leur action sur le myome lui-même, c'est-à-dire réduire son volume ou sa croissance par contre, il agit sur l'endomètre qui est le siège d'une hyperplasie.

Exemple :

Acétate de Norethisterone PRIMO LUT. NOR comprimés à 10mg

Demegestone: lutétienne comprimé à 0,5mg

Lynestrenol :orgametril comprimé à 5mg

Norethisterone: Norluten comprimé à 5mg

- **Les anti-fibrinolytiques** : ils agissent sur les saignements et peuvent être prescrits ponctuellement

- **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens**: peuvent également être prescrits

- **Les antibiotiques, les antalgiques et la transfusion** sont utilisés aussi au besoin

- **Les associations oestro-progestatives** : sont à proscrire, car elles

augmentent le volume de fibrome et favorisent la nécrobiose aseptique.

• **Les androgènes:** sont contre-indiqués du fait de leurs actions virilisantes et leurs transformations métaboliques en oestrogènes.

11-2-1-2- Indication du traitement médical

Etant essentiellement un traitement symptomatique des ménorragies, il sera réservé aux myomes:

- entraînant des ménorragies
- dont le diagnostic est certain
- de petit ou de moyen volume
- ne donnant pas d'autres complications que les hémorragies

11-2-1-3- les modalités du traitement médical

a- Dans les ménorragies de moyenne abondance

- S'il n'y a pas de désir de contraception, un traitement de progestatif du 15^e au 25^e jour du cycle peut être suffisant.
- Si la femme saigne au milieu du cycle ou si les règles reviennent avant le 25^e jour, il faut accroître la prise, du 15^e au 25^e jour du cycle.
- Si la femme souhaite une contraception on préconisera le traitement du 5^e au 25^e jour du cycle.

La surveillance du traitement sera faite par les examens cliniques tous les mois et cela pour juger de l'effet thérapeutique sur le volume des règles (nombre de garnitures) et le toucher vaginal appréciera une éventuelle augmentation de volume de myomes. et la NFS.

Il faudra arrêter le traitement :

- Si La femme est en période pré ménopausique et voit ses règles disparaître sous traitement, celui-ci sera arrêté 4 à 6 mois après la disparition des règles.
- Si La femme est réglée, le traitement pourra être poursuivi 2 ou 3 ans jusqu'à la ménopause s'il est bien supporté. Souvent une reprise des

hémorragies, malgré le traitement et l'augmentation des doses obligera à l'intervention.

b- Dans les ménorragies importantes : le traitement progestatif seul peut être insuffisant : il est alors utile d'injecter des oestrogènes en tout début de traitement, puis le poursuivre avec des progestatifs, des utero- toniques dérivés de l'ergot de seigle, des agrégats plaquettaires et bien sûr des transfusions.

Les analogues de la LHRH triptoreline (Decapeptyl) sont utilisés, dans les cas des hémorragies rebelles, des fibromes volumineux pour préparer la chirurgie

11-2-2- Traitement chirurgical:

11-2-2-1- Les types d'intervention:

Deux grands types d'intervention sont possibles chez nous:

a. La myomectomie: Elle permet de conserver l'utérus et sa fonction reproductrice, mais elle comporte un risque d'hémorragie peropératoire ainsi que la possibilité de récurrence tardive du myome. Elle se fait par voie abdominale ou vaginale et nécessite une hystérotomie pour s'assurer de l'absence de myomes intra-cavitaires. Beaucoup de chirurgiens craignent ainsi l'infection d'origine ascendante ou encore la formation d'une cicatrice ou de synéchies utérines, après hystérotomie et énucléations sous contrôle de la vue des myomes sous muqueux

Cotte et Polasson ont bien montré l'innocuité de cette manœuvre si l'on respecte les conditions suivantes [26]:

- Antibiothérapie
- Ne pas dilater l'isthme à titre de drainage, ce qui couvre la porte à l'infection Bien respecter la muqueuse lors du capitonnage de la poche par un plan sous muqueux.

Deux voies sont utilisées

- la voie abdominale
- la voie vaginale

➤ **Myomectomie abdominale:**

- Voie d'abord: Comprend l'incision médiane sous ombilicale ou pfannenstiel. La préférence va au pfannenstiel pour des raisons esthétiques sauf dans le cas de fibromes très développés volumineux.
- Exérèse diffère selon que le myome soit sous séreux, interstitiel sous muqueux intra-cavitaire

Ce geste est un peu hémorragique et l'hémostase se fera par capitonnage de la loge par 2 à 3 plans superposés chargeant largement le myomètre et évitant de trop serrer la ligature, source de nécrose et oedème et l'intervention se termine par la péritonisation

➤ **La myomectomie vaginale (par hysteroscopie):**

Elle est réservée à des formes anatomiques particulières.

- Polype fibreux de petit volume accouché par le col : découvert dès la mise en place du spéculum, le polype est saisi par une pince à laquelle on imprime des mouvements de torsion successive assurant la rupture du pédicule à sa base et son hémostase : c'est le "**bistournage**".
- Certains fibromes sous muqueux solitaires et bas situés peuvent être abordés par hystérotomie vaginale après décollement vésical et colpotomie antérieure. Ils sont alors énucléés et la poche capitonnée.
- Le polype de gros volume emplissant la cavité vaginale en le sectionnant longitudinalement depuis son pôle inférieur libre jusqu'au pédicule, mais le plus souvent la voie abdominale est une sécurité supérieure.
- Les fibromes associés à un prolapsus.

b. Les hystérectomies: Elles posent trois problèmes.

Le choix entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale, ce choix dépend de l'état du col, de la topographie du volume du nombre des myomes et du désir de procréation de la patiente.

Le choix de la voie d'abord l'hystérectomie par voie vaginale peut être indiquée s'il existe un prolapsus associé, ou un fibrome intra-cavitaire surinfecté; elle est contre indiquée si le vagin est étroit et le fibrome volumineux.

Le problème de la conservation ovarienne: les ovaires doivent être conservés si les annexes sont saines et si la malade a moins de 50 ans. L'hystérectomie peut être totale ou subtotale.

➤ **Hystérectomie totale:**

Elle consiste à enlever tout l'utérus, la conservation des annexes dépend de leur état anatomique. Le choix de la voie d'abord dépend le plus souvent du volume du fibrome.

➤ **l'hystérectomie subtotale ou supra vaginale:**

On la pratique aussi selon le volume et le siège du fibrome. On distingue plusieurs variétés: l'hystérectomie supra-isthmique, fundique, intra-pédiculaire de soresi-Brocq qui consiste à couper de chaque côté dans l'épaisseur du myomètre afin de garder en entier l'arcade utéro-tubo-ovarienne.

c - Le curetage s'impose quand il y a un doute sur l'existence d'un néoplasme de l'endomètre ou en urgence devant une hémorragie importante

11-2-2-2- Les Indications du traitement chirurgical:

a. Les fibromes à opérer sont:

- Les fibromes compliqués; les fibromes hémorragiques, rebelles au traitement médical, compressifs nécrobioses, tordus, entraînant une stérilité. ou une infécondité

- Les fibromes associés à une lésion génitale prolapsus utérin, kyste de l'ovaire, dysplasie ou cancer du col utérin ou une tumeur de l'ovaire. Dans le cas du cancer, le traitement carcinologique prend le pas sur le traitement du fibrome.
- Les fibromes de gros volume ou augmentant de volume;
- Les fibromes déformant la cavité utérine à l'hystérogaphie (fibromes sous muqueux qui saigneront ou s'infecteront).

b. Le moment et le type de l'intervention : dépendent de:

• **L'âge**

- Avant 35 ans, on s'abstiendra si le fibrome est petit et bien toléré. En cas d'intervention impérative, on préférera la myomectomie.
- Aux alentours de la ménopause: la recrudescence de la symptomatologie ne doit pas forcément faire indiquer l'intervention. Le traitement progestatif peut permettre de contrôler les hémorragies et d'attendre la ménopause. Il faut se méfier des lésions associées et en cas d'intervention, choisir l'hystérectomie avec conservation ovarienne.
- Après la ménopause: la moindre modification du fibrome impose l'intervention en règle générale une hystérectomie totale sans conservation des ovaires.

• **La topographie :**

- les polypes fibreux ou accouchés par le col doivent faire l'objet d'une ablation par voie basse.
- Les fibromes inclus dans le ligament large ou de gros volume, imposent la voie haute.

- **Complications associées :** - L'infection et la nécrobiose aseptique imposent un traitement préopératoire associant antibiotique, glace sur le ventre, repos et antalgique
- L'hémorragie grave nécessite: l'arrêt de l'hémorragie par traitement

progestatif, hémostatiques, curetage; la compensation de la spoliation sanguine par des transfusions ; l'hystérectomie d'hémostase ne se concevant qu'en cas d'échec.

• **Grossesse** : Pendant la grossesse, il ne faut intervenir que la main forcée, la myomectomie étant hémorragique et provoquant souvent un avortement. La nécrobiose est le plus souvent bien contrôlée par les antibiotiques, les corticoïdes.

La myomectomie associée à la césarienne ne doit être faite que si elle s'annonce d'exécution facile.

Mieux vaut attendre quelques mois et n'envisager le traitement du fibrome qu'après involution utérine.

11-2-2-3- Autres moyens:

11-2-2-3-1- les agents physiques: cette méthode est actuellement abandonnée

11-2-2-3-2- la radiothérapie: agit sur le fibrome par castration sèche entraînant une ménopause précoce une cytolysse associée à un processus de sclérose et d'oblitération vasculaire [44]

11-2-2-3-3- la curiethérapie: elle est souvent utilisée en cas d'échec de la radiothérapie [44]

11-2-2-3-4- La myolyse: cette technique consiste à amener le courant électrique à travers de longues aiguilles bipolaires espacées de 5mm ; il consiste à piquer le fibrome le courant électrique détruisant les tissus ; répétées sous différents angles et positions, les fibres du fibrome sont altérées ou détruites. Cette méthode est généralement réservée à des femmes présentant moins de 4 myomes et que le plus gros à traiter mesure moins de 5cm de diamètre

11-2-2-3-5- L'embolisation artérielle du fibrome utérin ; elle consiste à injecter des microbilles dans les artères nourricières du fibrome entraînant

ainsi leur nécrose .Pour réaliser cette technique la prise en charge doit être pluridisciplinaire (gynécologue et radiologue).

11-2-2-4- Les avantages et inconvénients

a. La myomectomie

Avantages : est la possibilité d'avoir d'enfant et les menstruations

Inconvénients: est la possibilité de récurrence

b. L'hystérectomie totale:

Avantages

- Evite la survenue de Néoplasme du col ou de l'utérus
- Evite la survenue d'endo-exo-cervicites, des lésions dystrophiques ou infectieuses incurables au traitement local.

Inconvénients:

- Dyspareunie,
- Cicatrices douloureuses au fond du vagin,
- Atrésie vaginale
- Lésion des viscères surtout la section de l'uretère ou la vessie.

c. Hystérectomie subtotale:

Avantages

- facilité d'exécution et la rapidité

Inconvénients:

- Néoplasme du col de l'utérus,
- Exocervicites, métrorragies.

12- AUTRES PROBLEMES

12-1- Le problème de la conservation des annexes:

La conservation de l'ovaire pose des problèmes après hystérectomie habituelle. L'ovaire devascularisé privé de la synergie normale avec l'utérus ne recevant plus l'hormone lutéolytique, ou perturbé par l'absence de fixation des oestrogènes par les tissus utérins, risquerait de subir des transformations. Cette épineuse question de l'ovaire restant a été remise à l'ordre d'obstétrique, Paris juin 1959 (Funk-Bruntano) dont nous résumons les conclusions [44].

12-2- Troubles de la castration chirurgicale:

a- Conséquences trophiques:

la carence hormonale se traduit par une involution de la muqueuse vulvo-vaginal qui s'assèche et s'amincit. Les petites lèvres régressent et se dépigmentent, l'acidité vaginale disparaît, et il n'existent plus de cellules basales. Ces troubles risquent de créer une vaginite atrophique et peuvent perturber les relations sexuelles chez la femme dont la Libido peut rester intacte.

b- Troubles métaboliques:

ostéoporose qui serait d'autant plus assurée que la mutilation génitale est plus précoce.

c- Conséquences hypophysaires:

Hyperproduction d'hormone gonadotrope biologiquement traduite par une Hyperproduction urinaire de FSH entraînent cliniquement des bouffées de chaleur.

d- D'autres conséquences:

- Obésité- hypertension artérielle
- Arthrose et goitre
- Kystes de l'ovaire.

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie - obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, dans l'unité du bloc opératoire qui comporte:

- un bloc opératoire avec deux salles opératoires et une salle de stérilisation des matériels chirurgicaux entre les deux salles opératoires.
- une salle de garde des anesthésistes,
- un bureau du médecin anesthésiste,
- un bureau de major,
- une salle de garde des infirmières,
- une salle de soins,
- une salle de réanimation,
- un bureau des médecins gynécologues obstétriciens,
- quatre salles d'hospitalisation à quatre lits chacune,
- une salle d'hospitalisation à un lit.

Le personnel du service est composé de

- un professeur, gynécologue obstétricien : chef de service,
- des médecins gynécologues obstétriciens,
- des CES en gynécologie obstétrique,
- un médecin anesthésiste et réanimateur
- des techniciens supérieurs anesthésistes et réanimateurs,
- des infirmières de santé,
- des étudiants faisant fonction d'interne.

Les consultations externes de gynécologie obstétrique ont lieu du lundi au vendredi.

Les interventions chirurgicales programmées ont lieu du lundi au vendredi.

La visite des malades hospitalisées a lieu tous les jours par des spécialistes et les internes.

Les gardes d'urgence sont assurées tous les jours par une équipe composée:

- un médecin gynécologue obstétricien et un CES,
- cinq à six étudiants faisant fonction d'interne,
- des étudiants stagiaires en médecine,
- deux sages-femmes et une infirmière,
- un technicien supérieur anesthésiste,
- un instrumentiste,
- un manoeuvre du bloc opératoire,
- un infirmier au bloc opératoire,
- un technicien de laboratoire,
- une pharmacienne de garde,
- une caissière,
- un chauffeur d'ambulance.

Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 heures il est dirigé par le professeur chef de service ou un médecin gynécologue obstétricien.

Le service est à vocation universitaire car il reçoit les CES, des étudiants stagiaires de la F.M. P. O. S, du centre de spécialisation des techniciens de santé (CSTS) et de l'école secondaire de la santé (ESS) des écoles privées de formation sanitaire, de l'école des infirmiers du premier cycle et de la croix rouge.

2- Type d'étude

Notre travail est une étude descriptive transversale prospective effectuée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

3- Durée d'étude

Notre étude a duré 12 mois du 01 mars 2005 au 28 février 2006

4- Population d'étude

Elle était constituée de toutes les patientes vues en consultation gynécologique chez qui le diagnostic du fibrome utérin a été posé

5- Echantillonnage:

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

5-1- Critères d'inclusion

Les patientes chez lesquelles le diagnostic du fibrome utérin a été posé, et ayant suivi leurs traitements dans notre service.

5-2- Critères de non-inclusion

Les patientes n'ayant pas de fibrome utérin, les patientes ayant le fibrome utérin et qui n'ont pas suivi leurs traitements dans notre service

6- Collecte de données

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

7-Traitement informatique

Les données ainsi recueillies ont été saisies et analysées avec le logiciel épi-info version 6.4dfr.

8- Les variables étudiées;

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

-Age

- Profession
- Statut matrimonial
- Résidence
- Motif de consultation
- Antécédents
 - * Gynécologiques
 - * Obstétricaux
 - * Chirurgicaux
 - * Médicaux
- Examen clinique
- Les résultats des examens complémentaires
- Le traitement
- Evolution

9- Les difficultés rencontrées

Impossibilité pour certaines patientes de faire tous les examens complémentaires demandés du fait de leurs coûts élevés.

Manque de rétro information des malades pour l'évaluation.

IV- RESULTATS

1 - Fréquence

Fréquence du fibrome utérin par rapport au nombre de Consultation gynécologique

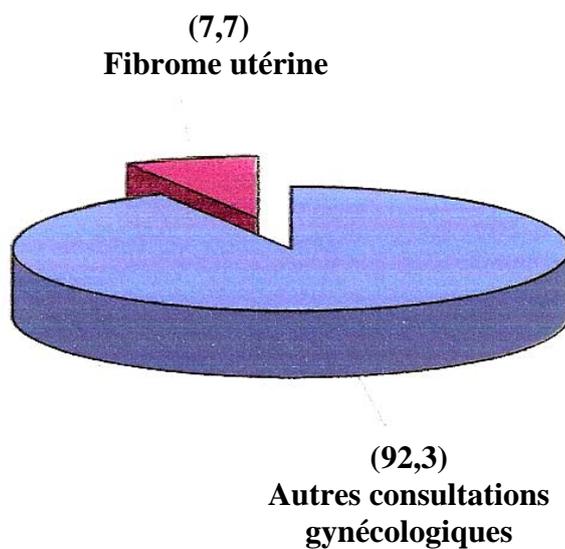


Figure 1

■ Autres consultations gynécologiques ■ Fibrome utérin

2- Caractéristiques socio-démographiques :

Tableau I : la répartition des patientes selon l'âge.

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
20-29	11	09,2
30-39	55	45,8
40-49	40	33,3
50-59	09	07,5
>59	05	04,2
Total	120	100,0

Les âges extrêmes étaient 22 ans et 63 ans l'âge moyen était de 37 ans et un écart type de 8,158

Tableau II : répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bamanan	36	30,0
Soninké	18	15,0
Senoufo	18	15,0
Malinké	15	12,5
Peuhl	14	11,6
Bozo	05	04,2
Dogon	04	03,3
Sonrhai	03	02,5
Minianka	02	01,7
Maure	02	01,7
Kassonké	02	01,7
Daffing	01	0,8
Total	120	100,0

Les bamanans ont été les plus représentés avec 30% de cas

Tableau III répartition des patientes selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	106	88,3
Veuve	09	07,5
Divorcée	05	04,2
Total	120	100,0

Tableau IV répartition des patientes selon leur résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Commune V	69	57,5
Commune VI	23	19,2
Commune II	10	08,3
Commune I	07	05,8
Commune IV	05	04,2
Commune III	02	01,7
Autres	04	03,3
Total	120	100,0

Autres kalaban coro

Tableau V : la répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	67	55,8
Agents service publique	24	20,0
Commerçante	18	15,0
Autres	11	09,2
Total	120	100

Autres : teinturière : 4,2% coiffeuse : 3,3% ; couturière : 1,7%

3- Antécédents :

Tableau VI : la répartition des patientes selon le déroulement du cycle menstruel.

Cycle	Effectif	Pourcentage
Régulier	81	67,5
Irrégulier	25	20,8
Ménopause	14	11,7
Total	120	100

Tableau VII : la répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste (0)	26	21,7
Primigeste (1)	21	17,5
Pauci geste (2)	19	15,8
Multi geste (3-6)	37	30,8
Grande multi geste (3-6)	17	14,2
Total	120	100

Tableau VIII : la répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare (0)	48	40,0
Primipare (1)	24	20,0
Paucipare (2)	13	10,8
Multipare (3-6)	27	22,5
Grande multipare (3-6)	08	06,7
Total	120	100

Tableau IX : la répartition des patientes selon le nombre d'avortement.

Nombre D'avortement	Effectif	Pourcentage
0	74	61,7
1-2	39	32,5
3-4	03	02,5
5 et +	04	03,3
Total	120	100

Tableau X : la répartition des patientes selon la antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Grossesse extra-utérine	07	05,8
Myomectomie	11	09,2
Césarienne	03	02,5
Coelioscopie	03	02,5
Plastie tubaire	02	01,7
Appendicectomie	01	0,8
Calcul vésical	01	0,8
Sans antécédents	92	76,7
Total	120	100,0

Tableau XI répartition des patientes se lon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	08	06,7
Ulcère	04	03,3
Diabete	03	02,5
Athme	02	01,7
Drépanocytose	02	01,7
Epilepsie	01	0,8
Sans antécédents	100	83,3
Total	120	100,0

4- Etude clinique

Tableau XII : la répartition des patientes selon le motif de consultation.

Motif De Consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdomino-pelvienne	81	67,5
Stérilité	91	75,8
Hémorragie génitale	44	34,7
Masse abdomino-pelvienne	37	30,8
Dysménorrhée	06	05,0
Infertilité	08	06,6
Leucorrhée	07	11,7
Ecoulement vaginal	02	01,7
Polyurie	03	02,5
Prolapsus	02	01,7

Tableau XIII répartition des patientes selon le type d'hémorragies

Type d'hémorragies	Effectif	Pourcentage
Ménorragie	22	50,0
Métrorragie	17	38,6
Méno-métrorragie	05	11,4
Total v	44	100,0

Tableau XIV répartition des patientes selon l'état général à l'examen clinique

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	101	84,2
Obésité	08	06,7
Altéré	11	09,1
Total	120	100,0

Tableau XV répartition des patientes selon la coloration des conjonctives à l'examen clinique

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	90	75,0
Pâles	30	25,0
Total	120	100,0

Tableau XVI : la répartition des patientes selon le résultat de l'examen au spéculum

Résultat	Effectif	Pourcentage
col sain	101	84,2
Polypes	05	04,2
Ulcération cervicale	14	11,6
Total	120	100,0

Tableau XVII : la répartition des patientes selon la régularité du contour utérin a l'examen clinique

Contour utérin	Effectif	Pourcentage
Régulier	47	39,2
Irrégulier	73	60,8
Total	120	100,0

Tableau XVIII : la répartition des patientes selon la taille de l'utérus à l'examen clinique.

Taille De L'utérus	Effectif	Pourcentage
Normale	29	24,2
8 – 11 SA	13	10,8
12 – 15 SA	24	20,0
16 – 20 SA	47	39,2
>20 SA	07	05,8
Total	120	100

Tableau XIX : la répartition des patientes selon les examens de diagnostic.

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Echographie	115	95,8
HSG	36	30,0
Coelioscopie	02	01,7

Tableau XX répartition des patientes selon l'état de la cavité utérine à l'HSG

Etat de la cavité utérine	Effectif	Pourcentage
Elargie	15	41,7
Deviée	12	33,3
Image lacunaire	04	11,1
Sans anomalie	05	13,9
Total	36	100,0

Tableau XXI répartition des selon l'état des trompes it »rines à l'HSG

Etat des trompes	Effectif	Pourcentage
Hydrosalpinx	11	30,5
Obstruction tubaire	06	16,7
Sans anomalie	19	52,8
Total	36	100,0

Tableau XXII répartition des myomes par rapport aux parties utérines à l'échographie

Siège des myomes	Effectif	Pourcentage
Corporéal	112	93,3
Isthmique	18	15,0
Cervical	05	04,2

Tableau XXIII répartition des myomes par rapport aux tuniques utérines à l'échographie

Tuniques utérines	Effectif	Pourcentage
Interstitielle	67	55,8
Sous sereux	34	28,3
Sous muqueux	18	15,0

Tableau XXIV répartition des myomes selon leur taille à l'échographie

Taille des myomes (CM)	Effectif	Pourcentage
1	17	14,2
2	32	26,6
3	23	19,2
4-5	49	40,8
6-10	44	36,6
Plus de10	28	23,3

Tableau XXV : la répartition des patientes selon le nombre de myomes.

Nombre De Myomes	Effectif	Pourcentage
Multiple	97	80,8
Unique	23	19,2
Total	120	100

Tableau XXVI : la répartition des patientes selon les pathologies associations.

Pathologies associations	Effectif	Pourcentage
Dystrophie ovarienne	07	05,8
Kyste d'ovaire	05	04,2
Kyste du ligament rond	01	0,8
Grossesse extra-utérine	01	0,8
Hypotonie de la cavité	01	0,8
Pyélo-calcielle		

Tableau XXVII répartition des patientes selon le bilan pré opératoire

Bilan	Effectif	Pourcentage
NFS VS	96	80,0
Groupage sanguin rhésus	97	80,8
Glycémie à jeun	57	47,5
Azotémie	23	19,2
Créatinémie	62	51,7
Dépistage du cancer du col	17	14,2

Tableau XXVIII : la répartition des patientes selon le type de traitement

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Progestatif	22	18,3
Chirurgie	52	43,4
Abstention thérapeutique	19	15,8
Progestatif plus chirurgie	27	22,5

17cas de myomectomie et 10cas d’hystérectomie ont été pratiqués après échec du traitement médical.

Tableau XXIX répartition des patientes selon le traitement adjuvent

Médicaments	Effectif	Pourcentage
Antalgique	23	19,2
Antibiotique	86	71 ;7
Anti-inflammatoire	09	07,2
Transfusion	07	05,8
Utéro-tonique	43	35,8

Tableau XXX répartition des patientes selon la taille de l’utérus à la laparotomie

Taille de l'utérus	Effectif	Pourcentage
8-11SA	08	11,3
12-15SA	17	23,9
16-20SA	37	52,1
PLUS DE 20SA	09	12,7
Total	71	100,0

Ce tableau exclu les malades ayant fait de curetage et de résection de polypes.

Tableau XXXI répartition des patientes selon l'indication de l'abstention thérapeutique

Indication	Effectif	Pourcentage
Petits myomes	12	63,2
Pré-ménopause	04	21,1
Ménopause	03	15,7
Total	19	100,0

Tableau XXXII répartition des patientes selon les indications de l'hormonothérapie

Indication	Effectif	Pourcentage
Fibromes hémorragiques	46	93,9
Péri-ménopause	03	06,1
Total	49	100,0

Tableau XXXIII répartition des patientes selon les indications de la myomectomie

Indications	Effectif	Pourcentage
Stérilité + fibrome	18	35,4
Fibromes géants	16	31,3
Echec du traitement médical	17	33,3
Total	51	100,0

Tableau XXXIV répartition des patientes selon les indications de l'hystérectomie

Indications	Effectif	Pourcentage
Ménopause+ fibrome rebelle au traitement médical	10	50,0
Gros utérus polomyomateux	08	40,0
Fibromes+prolapsus utérin	02	10,0
Total	20	100,0

Tableau XXXV répartition des patientes selon les voies d'abord des interventions

Voies d'abord	Effectif	Pourcentage
Voie haute (abdominale)	61	77,2
Voie basse (vaginale)	18	22,8
Total	79	100,0

Tableau XXXVI: la répartition des patientes selon les gestes associés.

Gestes associés	Effectif	Pourcentage
Adenomyomectomie	13	37,1
Annexectomie bilatérale	09	25,7
Annexectomie unilatérale	04	11,4
Kystectomie	06	17,2
Fimbryoplastie	03	08,6
Total	35	100

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Fréquence:

Pendant notre période d'étude, nous avons enregistré 1786 consultations gynécologiques dont 137 cas de fibromes utérins soit 7,7% seulement 6,7% des patientes ont rempli nos conditions.

2- Age :

La plus jeune de notre série avait 22 ans et la plus âgée 63 ans. La tranche d'âge la plus atteinte était comprise entre 30 et 39 ans soit 45,5% (55 cas) l'âge moyen était de 37 ans

Thiéro D [43] et Bayo S [6] avait respectivement trouvé une tranche d'âge comprise entre 35-40 ans soit 27,8% et 40-50 soit 49%. Dans notre étude nous constatons un rajeunissement du fibrome utérin

3- Profession :

Dans notre série nous avons trouvé 67 ménagères soit 55,8% ; 24 célibataires soit 20% ; 18 commerçantes soit 15% ;. Touré OD [44] avait trouvé 76 ménagères soit 76% ; 23 fonctionnaires soit 23%.

Les ménagères étaient les plus fréquentes, ceci s'explique par le taux élevé des femmes non scolarisées au Mali.

4- Antécédents :

Notre étude a trouvé un antécédent de:

- Myomectomie chez 9,2% (11 cas) de nos patientes, ceci explique le risque de récurrence des myomes.
- GEU chez 5,8% (7cas) de nos patientes, qui peut s'expliquer par des compressions extrinsèques des trompes utérines par des fibromes géants et par leur localisation angulaire.
- Césarienne chez 2,5% (3cas) de nos patientes et cela par le fait que le fibrome peut constituer un obstacle préavia.

Touré OD [44] avait trouvé un antécédent de myomectomie chez 13% des patientes et de GEU chez 4% des patientes.

Dans notre série, 38,3% de nos patientes avaient fait au moins un avortement.

Touré OD [44] et Thiéro D [43] avaient respectivement trouvé 65 et 29,8%

5- Motif de consultation :

5-1- la stérilité :

Nous avons trouvé 75,8% (91 cas) de stérilité dont 49,2% de stérilité primaire et 26,6% de stérilité secondaire.

Thiéro D [43], Bayo S [6] avaient respectivement trouvé 47% et 53% de stérilité quand à Koutouan JC [31], il a trouvé 15,5% de stérilité.

5-2- Les douleurs abdomino-pelviennes:

Dans notre étude, 67,5% des patientes avaient manifesté des douleurs dont 42,5 % de pelvi-algie (51 cas) et 25% d'algie abdominale

Touré OD [44] et Thiéro D [43] avaient respectivement trouvé 14% et 10,9% de pelvi-algie alors que Koutouan JC [31] avait trouvé 33%. Ce sont des signes d'appel fréquent mais rarement liés au fibrome lui-même. Ils peuvent être dus à des phénomènes de compression.

5-3- Masse abdomino-pelvienne :

Dans notre étude nous avons trouvé le syndrome de masse chez 30,8% (37 cas) réparti comme suit: 10 cas (8,3%) de masse pelvienne et 27 cas de masse abdomino-pelvienne soit 22,5%. Cette sensation de masse à type de pesanteur est due le plus souvent au volume des myomes.

Ainsi, 39, 2% de nos patientes avaient une taille utérine comprise entre 16 — 20 SA.

Touré OD [44] et Thiéro D [43] avaient respectivement trouvé des volumes utérins compris entre 12 et 15 SA soit 35,5% et 12,1% entre 16-20 SA.

Quant à Bayo S [6], 54% des myomes avaient une taille variant entre la tête d'un enfant et celle d'un adulte.

5-4- Hémorragie génitale :

Nous avons enregistré 34,7% d'hémorragie génitale (44 cas) dont 50% de cas de ménorragie, 38,6 % de cas de métrorragie et 11,6 % de cas de méno-métrorragie. Thièro D [43] avait trouvé 32,3% d'hémorragie génitale dans sa thèse. Quant à Touré OD [44], Koutouan J C [31] 12% et 18% de leurs patientes ont consulté pour hémorragie génitale.

Dans l'étude du cycle, nous avons trouvé 67,5% de cycle régulier et 20,8% de cycles irréguliers et 11,7% de ménopause. Touré OD [44] avait trouvé dans sa thèse 74% de cycle réguliers, 21% de cycle irréguliers et 5% de ménopause.

5-5- Autres motifs de consultation :

5-5-1 Infertilité :

Nous avons obtenu dans notre série 6.6% d'infertilité (8cas)

Touré OD [44] et Thiero D [43] avaient respectivement trouvé 3% et 1,8% d'avortement à répétition.

5-5-2- Leucorrhées :

Nous avons obtenu 7 cas de leucorrhée soit 2,7% répartis en:

- 2 cas d'hydrorrhée 0,8%,
- 5 cas de leucorrhée fétide 1,9%

5-5-3- Prolapsus: nous avons retrouvé 2 cas de prolapsus 0,8%.

6- Examen clinique

Bien effectué, il permet de poser le diagnostic du fibrome utérin à travers les signes fonctionnels et physiques comme :

L'augmentation de la taille de l'utérus: 75,8% de nos patientes avaient un utérus augmenté de taille. Ainsi, 20% des patientes avaient une taille utérine comprise entre 12-15 SA

L'irrégularité du contour utérin : 60,8% de nos patientes avaient un contour utérin irrégulier.

Spéculum : Les polypes fibreux ou les fibromes accouchés par le col étaient diagnostiqués au spéculum soit 4,2% de cas et 11,6% de cas d'ulcération. Thièro D [43] avait trouvé 59% de cas de fibrome diagnostiqués cliniquement dont 5,6% accouchés par le col.

A l'examen général: 84,2% de nos patientes avaient un bon état général et 9,1% de cas d'altération de l'état général enfin 75% des Patientes avaient des conjonctives et téguments colorés et 25% de cas de pâleur.

7- Examens para-cliniques :

Nous n'avons pas pu réaliser tous les examens pour le diagnostic et le retentissement du fibrome utérin à cause de nos moyens limités et le coût de ces examens par rapport au niveau socio-économique de nos patientes. Ainsi nous avons réalisé :

7-1- Hystérosalpingographie (HSG) :

Elle avait été réalisée chez 30% de nos patientes (36 cas).

Thièro D [43], Traoré M [45] avaient respectivement trouvé 37,3% et 20% de résultat d'HSG, Touré OD [44] avait trouvé 32% de cas.

Elle avait permis de poser le diagnostic de fibrome utérin dans 86,1% de cas à travers ses images évocatrices et de nous renseigner sur l'état de la cavité utérine. Ainsi, 41,7% des patientes avaient une cavité utérine élargie, 33,3% de cas de cavité utérine déviée et 11,1% d'image lacunaire.

Touré OD [44] avait trouvé 10% de forme utérine déviée, 45% de cavité élargie et 10% d'image lacunaire.

Elle nous avait permis aussi de nous renseigner sur l'état des trompes, soit 30,5% de cas d'hydrosalpinx (11 cas) et 16,7% de cas d'obstruction tubaire ont été observés. Thièro D [43] avait trouvé 55% d'obstruction tubaire 87% de trompes non opacifiées.

7-2- Echographie :

Elle avait confirmé le diagnostic de fibrome utérin chez 95,8% des patientes. Thièro D [43] avait trouvé 90,9%. Elle nous a permis de savoir le siège des myomes.

La connaissance du siège des myomes utérins avait une importance capitale dans le choix du traitement médical. Réalisée, elle nous a permis de nous renseigner sur l'état des autres organes. Ainsi nous avons constaté 5 cas de kyste de l'ovaire soit 4,2%; 7 cas de dystrophie ovarienne 5,8%; 0,8% de kyste du ligament rond (cas) et un cas d'hypotonie des cavités pyélo-calicielles soit 0,8% et un cas de grossesse intra-utérine qui a évolué jus qu'à terme et elle a accouché normalement d'un enfant vivant. Notons que la sensibilité de l'échographie est meilleure sur les fibromes interstitiels 56,3%, sous séreux 28,6% que sur les fibromes sous muqueux 5,0%

7-3- Coelioscopie :

La coelioscopie a été réalisée chez 2,7% de nos patientes (2 cas) et le diagnostic de fibromes sous-séreux pédiculés et sessiles a été posé. Thièro D [43] dans sa thèse avait réalisé 100 coelioscopies soit 20,2%. Touré OD [44] avait réalisé la coelioscopie chez 8% de ses patientes. Réalisée elle nous renseigne sur l'état des trompes, des ovaires et les autres organes du pelvis.

7-4- Frottis de dépistage du cancer du col :

Il a été pratiqué dans les cas suspects du cancer du col car, une fois diagnostiqué, il peut influencer le traitement (choix du traitement).

Ainsi 11,7% des cas de dépistage ont été réalisés au cours de notre étude dont un cas de cancer du col a été dépisté.

8- Anatomo-pathologie :

- Nombre de myomes :

Le nombre des myomes variait de 1 à 20 nodules, ainsi nous avons trouvé 80,8% de myome multiple, 19,2% de myome solitaire. Touré OD [44] avait trouvé 16% de myomes solitaires et 34% de myomes multiples quant à Thièro D [43] 8,5% de myomes étaient solitaires et 91,5% de myome multiple.

- La taille et le poids: ils n'ont pas été pris en compte.

9- Traitement :

9-1- Abstention thérapeutique :

Cette méthode est souvent mal acceptée par nos malades exigeant au médecin un traitement. Pour elles les conseils et la surveillance ne constituent pas un traitement.

Dans notre série nous avons enregistré 19 cas d'abstention thérapeutique soit 15,8%, ces cas d'abstention concernaient les petits myomes muets soit 63,2% de cas ne nécessitant que la surveillance, en période de pré ménopause soit 21,1% de cas et en période de ménopause soit 15,7% de cas qui pourraient régresser avec la ménopause et ne nécessitant pas de traitement car ils étaient muets.

Traoré M [45] avait trouvé 13%.d'abstention thérapeutique dans son étude.

9-2- Traitement médical :

Dans notre étude, les progestatifs ont été prescrits chez 40,8% de nos patientes (49 cas) ensuite les antibiotiques chez 71,7% soit 86 cas et les anti- inflammatoires chez 7,5% de nos patientes (9 cas).

Touré OD [44] avait utilisé les progestatifs chez 52% de ses patientes et les antibiotiques chez 9%.

Les progestatifs étaient utilisés dans les cas d'hémorragie soit 95,4%, et de péri ménopause 4,6%.

Ces hormones ne sont pas indiquées pour diminuer le volume des myomes mais dans le cadre de la prise en charge des troubles fonctionnels de l'endomètre dus au déséquilibre hormonal causé par le fibrome.

Des antalgiques ont été également utilisés.

9-3- Traitement chirurgical :

Il est le plus habituel chez nous, 79 cas soit 65,8% de nos patientes ont été opérées pour fibrome. Plusieurs méthodes ont été pratiquées.

9-3-1-Curetage:

Le curetage biopsique de l'endomètre 2,5% de cas dans le cadre d'assurer l'hémostase et l'examen anatomie pathologie.

Résection de pédicule chez 1,5% des patientes (4cas)

9-3-2- la chirurgie conservatrice: Myomectomie ou la polomyomectomie :

Ont été effectués 51 cas de myomectomie et poly myomectomie soit 42,5%. Touré OD [44] dans sa thèse avait trouvé 75% ; 37,9% (186 cas) pour Thiero D [43], 17,5% pour Koutouan J C [31] à Abidjan ; 30% pour Traoré M [45]. Notre taux élevé explique que la chirurgie conservatrice est la plus pratiquée. et les chirurgiens doivent tenir compte aussi de l'âge, et du désir d'enfant des patientes

La myomectomie et la poly myomectomie avaient concerné les cas de fibrome et stérilité 35,4% (tout en éliminant toute autre cause de stérilité), de fibrome géant soit 31,3% de cas, d'échec du traitement médical soit 33,3%.

9-3-3- La chirurgie radicale: Hystérectomie totale ou subtotale :

Elle a été mal acceptée par nos patientes du fait qu'elle soit mutilante, entraînant une stérilité définitive avec une ménopause artificielle.

Cette méthode a une grande répercussion chez la jeune femme. C'est un drame psychologique de se trouver sans utérus et sans règle en période d'activité génitale. C'est pourquoi le chirurgien doit beaucoup réfléchir et bien expliquer à la malade la méthode choisie. Elle est due le plus souvent au fait que nos malades se présentent tardivement en consultation et quand on a dépassé le stade de la conservation.

Ainsi nous avons enregistré dans notre série, 20 cas d'hystérectomie soit 26,2% répartis comme suit

- 18,7% de cas d'hystérectomie subtotale
- 7,5% de cas d'hystérectomie totale

Thiero D [43] dans sa thèse avait trouvé 2,6% d'hystérectomie subtotale

Touré CD [44] avait trouvé: 12% d'hystérectomie totale avec annexectomie; 12% d'hystérectomie totale sans annexectomie; 1% d'hystérectomie supra-isthmique.

Traoré M [45] avait rapporté: 22% d'hystérectomie totale, 24% d'hystérectomie subtotale.

Koutouan JC [31] avait trouvé dans sa série 28% d'hystérectomie totale avec annexectomie, 42,5% d'hystérectomie totale sans annexectomie 12% d'hystérectomie subtotale.

La chirurgie radicale a concerné toutes les patientes de notre série ayant des fibromes rebelles au traitement médical, des fibromes de gros volume et des cas de polymyomatose chez des femmes en ménopause ou en pré ménopause.

8-3-4. Autres gestes effectués au cours des interventions:

Il a été effectué dans notre étude au cours des interventions:

- 13 cas d'adenomyomectomie soit 37,1%

- 9 cas d'annexectomie bilatérale soit 25,7%
- 4 cas d'annexectomie unilatérale soit 11,4%
- 6 cas de kystectomie soit 17,2%,
- 3 fimbrioplastie soit 8,6%.

9-3-5- Voie d'abord :

Dans notre série, 77,2% de nos interventions ont été réalisées par voie haute (abdominale), 22,8% ont été faites par voie basse (vaginale) .

9-4- Les suites opératoires :

9-4-1- Les suites opératoires immédiates :

Nous nous sommes intéressés aux suites opératoires dans l'intervalle de temps allant de la sortie du bloc opératoire à la sortie de la malade de l'hôpital soit 4 à 5 jours. Nous n'avons pas rencontré de complications pendant cette période du fait de l'utilisation des antalgiques, des antibiotiques et d'autres médicaments tels que les anti-inflammatoires parfois des anti-coagulants ainsi que la levée précoce de nos malades nous ayant permis de prévenir des complications douloureuses, infectieuses et des cas de thrombophlébites.

Touré OD [44] avait enregistré 1 cas de décès, 1 cas d'anémie et 1 cas d'hémorragie. Alors que Traoré M [45] avait trouvé 2 cas de péritonite, 1 cas de décès et 1 cas de suppuration pariétale.

9-4-2- Les suites opératoires lointaines :

La durée de notre étude ne nous a pas permis de constater des récurrences des myomes après myomectomie par contre dans les antécédents chirurgicaux nous avons rencontré 11 cas de récurrence de fibrome soit 9,2% et plus la femme est jeune plus le risque est grand.

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Au terme de notre étude nous avons constaté un rajeunissement de nos patientes atteintes du fibrome utérin.

. L'échographie a été l'examen complémentaire clé dans le diagnostic du fibrome utérin.

L'association à la stérilité est un facteur de mauvais pronostic obstétrical.

Le traitement a été dans la majorité des cas chirurgical.

La mise en place des analogues de la GnRH sur le marché à faible coût et des appareils de la coelioscopie dans le service permettra d'améliorer la prise en charge de nos patientes et des résultats thérapeutiques.

2- RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, quelques suggestions nous paraissent nécessaires pour l'amélioration de nos résultats.

A l'endroit des autorités:

- Assurer la formation des spécialistes en gynécologie obstétrique.
- Réduire le coût des analogues de la GnRH qui permettent de réduire le volume des myomes avant les interventions.
- Equiper les services de gynécologie et d'obstétrique en matériels de qualité.
- Elaborer des campagnes de sensibilisation des femmes afin qu'elles puissent se faire consulté à temps par des gynécologues – obstétriciens.

A l'endroit des prestataires de service :

- 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 l'endroit de la population :

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

VII- REFERENCES

1- Aburel E.

La myomectomie sagittale dans la fibromatose utérine.

Bull Fed Soc Gyn Obst 1967 ; 19, 3 229-232.

2- Abolo M'Benti L.

A propos de 500 cas de fibromes utérins à l'hôpital central de Yaoundé.

Thèse Med, bordeau ; 1972, N°90.

3- Adreas H.

Coexistence de fibromes et d'affections malignes de l'utérus.

Arch F Gyn 1961; 195 244-247.

4- Audebert A.

Génétique des fibromes et endométriose.

Document E net. 2001.

5- Barda C, Alvarez E.

Etude topographique de l'utérus au cours du travail et de la délivrance.

Gyn Obst 1952 ; 25 : 102-104.

6- Bayo S.

Contribution à l'étude de fibromyomes utérins à Dakar: à propos de 316 observations.

Thèse Med, Dakar, 1973, N 11

7- Beclere C.

Les hémorragies des fibromyomes utérins ne sont pas d'origine organique mais purement fonctionnelle et hormonale.

Sem Hop, Paris, 1966, 42: 18-24.

8- Beclere C.

Preuves de l'origine fonctionnelle et hormonale des hémorragies de fibromyomes utérins.

C R Sco Fr Gyn 1961 ; 31: 215-234.

9- Belhocine A.

Contribution à l'étude du traitement des fibromyomes utérins.

Thèse Med, Alger, 1965, N°3.

10- Biribis P.

Conception moderne du traitement des fibromes.

Concours Med 1970 ; 92, 12: 2649-2656.

11- Boick F.

La pathologie du fibrome utérin.

Arch F Gyn 1961 ; 195 :166-177.

12- Bouccara L., Giraud B.

Anatomie pathologie des fibromes utérins.

Med Prat 1963 ; 13, 26 : 3105-3109.

13- Boury-Heyler CL.

Les indications chirurgicales du fibromyome utérin.

Thèse Med, Paris, 1962, N°913.

14- Boury-Heyler CL.

Les indications thérapeutiques du fibromyome utérin.

Gaz Med Fr 1963 ; 70, 14 2425-2428.

15- Bret A. J., Legros R.

Aspects radiologiques du fibrome utérin.

Rev Prat 1963 ; 13, 26 3129-3136.

16- Bret. A. J.

Hystérogaphie dans les fibromes utérins.

Entretien du Bichat 1963. Gynécologie.

17- Brigg DW.

Myomectomie abdominale dans le traitement des myomes utérins.

Am J Obst Gyn 1966 ; 95, 6 769-776.

18- Brux J., Martin S.

Les vestiges embryonnaires Wolffiens et Müllériens du tractus génital féminin.

Rev Fr Gyn Obst 1957 ; 9, 10 321-325.

19- Calpier P.

Etude clinique et complications des fibromes utérins (en dehors de la grossesse).

Rev Prat 1963 ; 13, 26 3111-3126.

20- Carvalho MA.

Traitement conservateur du fibromyome utérin.

New-York Stat J Med 1966; 66, 11: 3110-3114.

21- Cohen A.

Traitement de fibromyomes utérins.

Gaz Hop 1963; 135, N ° special 867-869.

22- Cohen A.

Complications des fibromes utérins.

Gaz Hop 1967 ; 139, 2 79-82.

23- Encyclopédie médico-chirurgicale. Gynécologie Obstétrique.

Techniques chirurgicales. Edition Technique. Paris.

24- Fauvet E.

Fibromyome de l'utérus. Traitement chirurgical.

Arch F Gyn 1961 ; 195 188-192.

25- Ferrari B.

La dégénérescence calcaire des fibromyomes utérins.

Clin Obst Gyn 1962 ; 64, 2 : 10-80.

26- Frère M.

Evolution du traitement chirurgical du fibrome chez la femme jeune : la place actuelle de la myomectomie.

These Med, Lyon, 1963-1969, N°115.

27- Glaricot T.

Un cas de dégénérescence sarcomateuse d'un nodule fibromateux.

Clin Obst Gyn 1961 ; 63, 9 432-435.

28- Granjon A, Tannolli S,, Cedard L.

Contribution à 'étude hormonale des fibromes: dosage des oestrogènes dans le sang. Les fibromes et les muqueuses utérines.

Presse Med 1961 ; 69, 49 : 2191-2193.

29- Henry-Suchet J.

Traitement médical des fibromes utérins.

Concours méd. 1960, 20, 6 745-748.

30- Huguier J, Scali.

Fibromes utérins.

Encycl Med Chir, 1963 ; 570 A10-A30.

31- Koutouan JC.

Contribution à l'étude des fibromes utérins à propos de 515 cas observés au CHU de COccody (Abidjan) du 1janvier au 5 mars 1985.

These Med, Abidjan ; 1980, N°662

32- Lock FR.

Myomectomie multiples.

Am J Obst Gyn 1969; 104, 5: 642-650.

33- Malone L J.

La myomectomie : la récurrence après ablation des myomes multiples et solitaires.

Obst And Gyn 1969; 34, 9 : 777-88.

34- Mathieu J., Mousselon J.

Le traitement chirurgical du fibrome utérin avant 40 ans.

Lyon Med 1963; 5 : 289.

35- Meynet X.

Fibromes utérins signes, diagnostic, traitement.

Gaz Med 1969 ; 76, 14 2947-2958.

36- Moore J.G., Greene RR.

Transformation sarcomateuse dans un myome.

Am J Obst Gyn 1962 ; 84, 11: 1526-1531.

37- Morin P, Bouccara L.

Les indications thérapeutiques dans les fibromes utérins.

Rev Prat 1962 ; 12, 27 : 2899-2910.

38- Netter A.

Traitement des fibromes utérins.

Rev Fr Gyn Obst 1964 ; 59, 9 : 5711-5716.

39- Risai T.

Une observation de mort subite d'une malade due à un myome géant de l'utérus avant l'intervention.

Mié Med J 1965 ; 15, 2 :129-131.

40- Robert H.

Les indications et modalités du traitement chirurgical des fibromes utérins.

Presse Med 1964 ; 72, 47 : 2777-2786.

41- Robert HJG, Boury Heyler Cl.

Traitement des hémorragies des fibromes.

Rev Fr Gyn Obst 1964; 59, 9 : 52 1-526.

42- Segay J.

Les fibromes qu'il ne faut pas opérer.

Sem Hop Paris; 1960 ; 36, 27:1728-1722.

43- Thiero D.

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

44-Touré OD.

A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital national du Point «G».
Thèse Med, Bamako, 1992, N°35.

45- Traoré M.

A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital Gabriel Touré, l'hôpital du Point « G », PMI centrale et à la maternité d'Hamdallaye.
Thèse Med, Bamako, 1986, N°19.

46- Verdict C, Richard J.,

Un myome de 9 kilos.
Bull Fed Soc Gyn Obst 1960; 12, 4 404-416.

47- Vidakovics

Expérience acquise dans le traitement conservateur des fibromyomes de l'utérus.
Arch Fr Gyn 1961 ; 195 : 235-236.

48- Villar J.

Quels sont les fibromes chirurgicaux.
J Med Bordeaux 1963 ; 140, 1: 141-146.

49- Walch E.

Vingt cinq ans de traitement des fibromes à la clinique de Heidelberg.
Arch Fr Gyn 1961 ; 195 : 210-214.

50- Zinsou RO., Quenum C.

Association endométriose fibrome en pathologie gynécologique à Dakar.
Bull Fed Soc Gyn Obst Fr 1965; 17, 5 bis: 665-669.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

FIBROME (UTERIN ASPECT THERAPEUTIQUE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

Numéro: / I I /

Identification

Q1- Age I / 20-29=1 30-39=2 40-49=3 50-59=4 plus de 60=5

Q2- Profession / / ménagère=1, fonctionnaire=2, commerçante=3
autre=4

Q3- Ethnie / I banana=1 senoufo=2 malinké=3 peuhl=4 soninké=5
autre = 6

Q4 statut matrimonial / I mariée=1 veuve=2 divorcée=3 célibataire=4 Q5
résidence / / commune V=1 commune=2 commune 111=3 commune
11=4 commune 1=5 autre=6

Antécédents gynécologiques

Q6 cycle I / régulier=1 irrégulier=2 ménopause=3

Q7 durée des règles f / 1-5 jours=1 6-10 jours=2 plus de 10 jours=3

Q8 abondance des règles / .../ normale=1 peu abondante=2 abondante=3

Q9 dysménorrhée I I

Q10 dyspareunie I /

Antécédents obstétricaux

Q11 gestité / / G0=1 G1=2 G2-G6=3 >G6=4

Q12 parité / / P0=1 P1=2 P2-P6=3 > P6=4

Q13 avortement / / A0=1 A1-A2=2 A3-A4=3 A5=4

Antécédents chirurgicaux

Q14 / / myomectomie=1 césarienne =2 GEU=3 autre=4

Antécédents médicaux

Q15 J I HTA=1 diabète=2 ulcère=3 autre=4

Troubles urinaires

Q16 I . / dysurie=1 pollakiurie=2 incontinence urinaire=3 rétention urinaire=4

Troubles digestifs

Q17 I I constipation=1 diarrhée=2 constipation- diarrhée=3

Motifs de consultation

Q18 hémorragie génitale / / ménorragies=1 métrorragies=2 méno-métrorragies=3

Q19 douleur I / pelvienne=1 abdominale=2 abdomino-pelvienne=3

Q20 Masse I I pelvienne=1 abdominale=2 abdomino-pelvienne=3

Q21 stérilité / I primaire=1 secondaire=2

Q22 infertilité I /

Q23 autres I I

Examen clinique

Q24 état général / / bon=1 passable=2 altéré=3

Q25 conjonctives . / I colorées=1 moyennement colorées=2 palpables=3

Q26 globe vésical / /

Q27 voussure / I pubienne=1 abdomino-pelvienne=2

Q28 taille de l'utérus en SA I / normale=1 8-11SA=2 12-15SA=3 16-20SA=4 >20SA=5

Q29 siège du fibrome / I pelvien=1 abdominal =2 abdomino-pelvienne=3 Cervical=4

Q30 nombre des fibromes / / unique=1 multiple=2

Q31 fibrome et autres associations / / kyste d'ovaire=1 cancer=2 endométriose=3

Examens complémentaires

HSG

Q32 état de la cavité utérine / / élargie=1 déviée=2 endométriose=3

Image lacunaire=4

Q33 état des trompes / / hydrosalpinx=1 obstruction tubaire bilatérale=2

obstruction tubaire unilatérale=3

Echographie

Q34 siège des myomes sur les segments utérins / /

Corporel=1 Isthmique=2 cervical=3

Q35 siège des myomes sur les tuniques utérine / /

sous-séreux=1 Interstitiel=2 sous-muqueux=3

Q36 autres lésions échographiques / /

dystrophie ovarienne=1 Kyste de 'ovaire=2 kyste ligamentaire=3 grossesse

intra-utérine=4 Grossesse extra-utérine=5 autre=6

Traitement

Q37 médical / / progestatif=1 anti-biotique=2 anti-inflammatoire=3

Autres=4

Q38 Chirurgical / / myomectomie=1 hystérectomie totale=2

Hystérectomie subtotale=3 bistournage=4

Q39 abstention thérapeutique / /

Q40 geste associé / / annexectomie totale=1 kystectomie=2

annexectomie unilatérale=3 embryoplastie=4 autre=5

Q41 évolution / / favorable=1 défavorable=2

Q42 complication / / hémorragie=1 douleur=2 suppuration pariétale =3

autre=4

Fiche signalétique

Nom Koné

Prénom Bréhima

Titre : fibrome utérin dans le service de gynécologie-d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 120 cas

Pays de soutenance: MALI

Ville de soutenance: Bamako

Année universitaire: 2007-2008 -.

Lieu du dépôt' bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt: gynécologie obstétrique santé publique

Résumé :

Du 01 mars 2005 au 28 février 2006 une étude a été faite sur le fibrome utérin au centre de santé de référence de la commune V.

Cette étude a concerné les femmes vues en consultation et chez lesquelles le fibrome été diagnostiqué. Elle a montré que le fibrome utérin ne s'observe pas avant l'âge de 20ans. :La fréquence est de 7,7% pour 1786 consultations gynécologiques

Notons que la stérilité a été le motif de consultation la plus fréquent soit 75,8%

L'échographie a permis de confirmer le diagnostic du fibrome utérin chez 95,8% des patientes. Le traitement progestatif a été fait chez 54,2% de nos patientes alors que la myomectomie a été la méthode chirurgicale la plus utilisée soit 42,5%.

Mots clés:

Fibrome utérin; Aspect thérapeutique, Stérilité, Hémorragie génitale, échographie Progestatif Myomectomie, Hystérectomie.

SERMENT D'HYPPOCRATE:

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

Admis 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 ne permettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai a leurs enfants :ce que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.