

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

**SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un but - Une foi



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°...../M

FIBROME UTERIN :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES A LA MATERNITE DE LA
GARNISON DE KATI

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie**

Par

Madame DANIOKO Haby TRAORE

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

Jury

PRESIDENT : Professeur Salif Diakité

MEMBRE : Docteur Sidiki Béréte

CODIRECTEUR : Docteur Issa Diarra

DIRECTRICE DE THESE : Professeur Sy Aïda Sow

Dédicaces

Je dédie cette thèse à :

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 guidée pas à pas dans la réalisation de ce modeste travail

Mon père Baba TRAORE, je ne saurais te remercier des conseils que tu m'as donnés sans lesquels je ne serai ce que je suis aujourd'hui. Que Dieu te garde encore longtemps parmi nous !

Ma mère Fatoumata Coulibaly.

Ce travail est le fruit de ton effort, tu as été une mère exemplaire. En ce jour solennel, je te dédie cette thèse en témoignage de ma reconnaissance. Que Dieu te garde encore longtemps parmi nous !

Mon mari Fadaba Danioko.

Ton soutien physique et moral ont permis de mieux faire ce travail, que Dieu renforce notre union.

Puisse l'étudiante que je suis, être le symbole de votre fierté au sortir de cette faculté.

A mon beau frère Dr Tangara Kaoudo et à sa femme Mariam TRAORE

Les mots me manquent pour vous remercier, j'ai grandi à vos côtés comme une princesse et j'ai toujours bénéficié d'une attention particulière.

Vos conseils, vos encouragements et vos soutiens m'ont permis de mener mes études à terme que Dieu vous donne une longue vie.

A mes frères et sœurs :

Drissa TRAORE, Djibril TRAORE, Amadou TRAORE, Khabou TRAORE, Sekouba TRAORE, Boubacar TRAORE, Mah TRAORE, Youma TRAORE, Awa TRAORE, Bintou TRAORE, Mariam TRAORE, Bintou Coulibaly.

A tous mes neveux et nièces

A Monsieur Diallo Bouyé, pour tous les services rendus. Merci,.....merci infiniment.

A toutes mes amies

Aux collègues internes, nous avons passé des moments difficiles ensemble qui resteront gravés dans nos mémoires. Restons unis et solidaires nous y arriverons un jour.

A tout le personnel de la maternité de garnison de Kati :
Merci pour votre franche collaboration

A l'administration, au corps professoral et enseignant de la FMPOS :
Pour l'encadrement et la formation.

A tous mes enseignants depuis l'école primaire jusqu'au lycée.

A tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce travail dont je n'ai pas pu citer ici, trouvez à travers ces lignes, l'expression de toute ma profonde gratitude.

*H*ommages
AUX
*M*embres
DU
*J*ury

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur DIAKITE Salif

.Professeur de gynécologie obstétrique du Centre hospitalier

Universitaire de Gabriel Touré,

.Professeur titulaire à la FMPOS.

Cher maître,

Nous avons été très impressionnés par votre personnalité , vos qualités d'homme de sciences éclairées, de praticien infatigable,votre sens élevé de devoir social font de vous un homme respecté et admirable 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

colonel Sidiki Béréte

. Médecin chef du bloc chirurgical de l'I.H.K (infirmierie Hôpital de Kati),

.Chirurgien généraliste des armées.

.Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.

Cher Maître,

Nous avons été marqués par vos qualités scientifiques, votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre contact facile. Vous avoir dans ce jury est un immense privilège pour nous.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Trouve ici cher Maître le sentiment de toute notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE CO-DIRECTEUR
DOCTEUR DIARRA Issa**

- .Spécialiste en gynécologie obstétrique,
- .Maître assistant à la FMPOS,
- .Médecin colonel de l'armée malienne,
- .Chevalier de l'ordre du mérite de la santé,
- .Ancien directeur central des services de santé des armées.

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Vous l'avez initié et dirigé. Nous sommes comblés de l'enseignement dont nous avons bénéficié dans votre service.

Vous avez cultivé en nous l'envie de bien faire. Votre rigueur, votre souci du travail bien fait et votre humanisme ont forcé notre admiration.

Nous sommes fière d'être comptés parmi vos élèves.

Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire de nous de bons médecins.

Soyez rassuré, cher maître de notre reconnaissance que le tout puissant Allah vous protège.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur SY Aida SOW

- .Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMPOS.
- .Chef de service de gynécologie obstétrique du C.S.Réf. CII
- .Présidente de la SO.MA.GO.
- .Chevalier de l'ordre national du mérite de la santé.

Cher maître,

L'honneur que vous nous faites en acceptant ce travail malgré vos multiples occupations nous est allé droit au cœur.

Vos compétences pédagogiques, votre expérience professionnelle nous honorent et font de vous un maître exemplaire et respecté.

Nous avons été comblés par la qualité de vos enseignements.

Vos qualités intellectuelles et vos connaissances restent toujours un modèle souhaité.

Soyez rassurée, cher maître de notre profonde gratitude et que Dieu vous bénisse.

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

C.S.COM : Centre de santé communautaire

C.S.Ref.C.V : Centre de Santé de Référence de la commune V.

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.

GEU : Grossesse extra-utérine

Gn-Rh.: Gonadotrophine releasing Hormone

Gyn : Gynécologie

H.N.Pt.G : Hôpital National du Point G

HTA : Hypertension artérielle

H.S.G. : Hystérosalpingographie

LHRH : Luteinising hormon-releasing hormon

Obst. : Obstétrique

P.M.I. : Protection maternelle et infantile

SO.MA.GO. : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique.

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION	1
-----------------------------	----------

OBJECTIFS.....	3
II.GENERALITES.....	4
HISTORIQUE.....	4
DEFINITION	6
EMBRYOLOGIE.....	6
ANATOMIE	10
ETUDE CLINIQUE.....	19
.....	
TRAITEMENT	25
III.METHODOLOGIE.....	46
IV. RESULTATS.....	49
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	63
VI. LES RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION	73
VII. REFERENCES	74
VIII.ANNEXES ET RESUME	80

1

Introduction

Le fibrome utérin est une tumeur bénigne développée à partir du muscle utérin.

Cette lésion est extrêmement fréquente .Elle évolue au cours des épisodes de la vie génitale et sa pathogénie est assez mal connue, ce qui explique l'absence de thérapeutique étiologique.

Elle est extrêmement importante puisque **20%** des femmes de **30** ans et **50%** des femmes de **50** ans sont porteuses de myomes. [28]

Cette pathologie se situe entre **30** et **50** ans, mais avec les traitements hormonaux substitutifs (T.H.S) leur fréquence augmente après 50 ans.

Les oestroprogestatifs ne semblent pas augmenter l'apparition des fibromyomes et on observe plutôt une diminution du risque. [30]

L'obésité et la stérilité sont retrouvées chez **27.5%** des porteuses de fibromes. Les femmes de race noire sont atteintes 3 ou 4 fois plus souvent. [29]

Cependant seulement **20** à **50%** des fibromes seront symptomatiques et nécessiteront de ce fait un traitement .Ils sont la cause de **50%** des hystérectomies. Cela fait du fibrome utérin la tumeur non cancéreuse la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. Avoir un fibrome n'augmente pas le risque de cancer de l'endomètre (la muqueuse de l'utérus). En effet, les fibromes sont des tumeurs bénignes du muscle de l'utérus, tandis que le cancer de l'endomètre touche la muqueuse. [29]

La taille des fibromes peut varier de la grosseur d'un pois à celle d'une pamplemousse, voire d'avantage. Lorsqu'ils causent des symptômes, ces fibromes peuvent être très handicapants. Ils peuvent entraîner des pertes menstruelles abondantes, toutes sortes de douleurs et des envies fréquentes d'uriner. De plus, les fibromes occasionnent parfois des problèmes de fertilité [37].

Le fibrome est connu depuis l'antiquité et fait l'objet de plusieurs études approfondies.

Notamment celles faites par :

- Touré O D. [42] en 1992 ;

- THIERO.D [41] en 2004
- Ouattara. D. [34] en 2006

Ces études révèlent respectivement les résultats ci-après :

- **100** cas dans le service de gynéco obstétrique de l'HNPG;
- **496** cas au centre de santé de référence de la commune V ;
- et enfin **108** cas au centre de santé de la commune IV

Compte tenu de la fréquence de cette affection dans nos pays, il nous a paru opportun de consacrer une étude sur les caractéristiques socio démographiques, l'épidémiologie, la clinique et la thérapeutique du fibrome à la maternité de garnison de Kati.

Pour bien mener cette étude, nos objectifs ont été les suivants :

2

OBJECTIFS

Objectif général : étudier les fibromes utérins observés de Janvier **2000** à Décembre **2007** à la maternité de garnison de Kati chez les femmes.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence du fibrome utérin;
- Etudier les caractéristiques socio-démographiques,
- Ecrire les aspects cliniques;
- Etudier les différentes modalités de prise en charge ;
- Proposer des recommandations.

3

GENERALITES

1. HISTORIQUE : [6,23, 24,30]

- **Hippocrate** parlait déjà de (pierre) de la matrice ;
- **Virchow** inaugura le premier les discussions pathogéniques, qui lieraient le fibrome aux infections génitales ;
- En 1890 **Conheim** lance la théorie des vestiges embryonnaires qui seraient les cellules souches du fibrome ;
- La théorie vasculaire par **Roesler Pillet** et **Knauer** fait du fibrome une formation localisée circonscrite développée au dépend de la paroi des vaisseaux ;
- **Escovesco** en **1910** connaît un grand succès dans ses travaux sur l'utérus ;
- De **1935** à **1937**, **Lacassagne** et **Nelson** par des injections répétées de folliculine à la lapine, puis à la femelle du cobaye, obtenaient des tumeurs qui ont fait histologiquement des myomes.
- De **1935** à **1937**, **Moricard** et **Cauchoux** reprennent la même expérience et obtiennent des myomes et tumeurs extra-utérines de matières fibreuses.
- De **1934-1941** ; **Ducuing** et **Bimes** devaient confirmer ces résultats chez le cobaye castré.

De nos jours encore, des recherches continuent pour connaître avec précision la pathogénie du fibrome utérin .En dépit de ces discussions pathogéniques, des conceptions se révèlent de plus en plus.

- De **1837-1868**, la priorité va à la clinique .Les premières interventions pour fibrome furent pratiquées à partir de **1864**, car au début c'était une abstention totale .Seuls les fibromes sous muqueux étaient opérés par voie basse.
- En **1878**, **A. Martin** de Berlin en Allemagne intervient par voie abdominale.
- Malgré la très louable opposition en **1901** de **Dartig** qui voudrait qu'après la révolution sanglante, la chirurgie utérine devienne de

plus en plus mesurée et conservatrice .Cette chirurgie conduisant de multiples vexations de la ménopause précoce a poussé les praticiens à reposer le problème : c'est alors le règne de prescriptions médicales multiples, mais la pharmacopée, si riche redonne tous ses droits à une chirurgie plus efficace.

Selon la déclaration de **WINTZ**, **5 à 6 %** seulement des fibromes réclament l'intervention chirurgicale, les autres doivent être irradiés.

- En **1893**, **Trelat** et **Verneuil** utilisaient la radiothérapie .Thérapie inoffensive, en **1902**, elle devait frapper un grand coup en enregistrant son premier succès chez une femme inopérable.
- **NORIS** et **BRENHEY** en **1936** sur **1006** fibromes traités au radium, 2 ans plutôt ont enregistré **11** carcinomes.
- **GRASSIN** en **1952** dans sa thèse présente le cas d'une généralisation sarcomateuse apparue **2** ans après irradiation pénétrante pour un fibrome chez une femme de **50** ans.

Comme la chirurgie, les agents physiques vont à leur tour connaître un certain déclin par soulèvement des voix autorisées contre l'utilisation abusive des rayons, Car les risques de dégénérescence sarcomateuse après irradiation sont très élevés :

- **Lacaille** en **1914** cite un cas de dégénérescence,
- **Delbet** en **1919** cite **3** cas.
- **Dehler** en **1927** rapporte **65** observations dont **46** cancers généralisés de l'utérus. [23] En somme depuis **20** ans, la radiothérapie dans le traitement du fibrome utérin est laissée au profit des analogues de LHRH ou GNRH.

Depuis, différents types d'interventions conservatrices intermédiaires entre l'hystérectomie totale sans conservation et la myomectomie ont été proposés. [24]

- En **2003**, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a publié une directive clinique sur la prise en charge des fibromes, laquelle analysait les données disponibles quant au diagnostic et à la prise en charge (tant sur le plan médical que chirurgical) [30].

Au cours des deux dernières décennies, l'embolisation de l'artère utérine a été utilisée dans une variété de situations cliniques, dont l'hémorragie post-partum et les saignements à la suite d'une césarienne ou d'une chirurgie gynécologique. [6]

2. DEFINITION : [19]

On donne le nom de fibrome ou fibromyome ou myome à des tumeurs bénignes constituées par un tissu analogue à celui du muscle utérin. En fait il s'agit d'une dystrophie comme le démontre sa variabilité avec les conditions physiologiques et non d'une tumeur au sens carcinologique du terme.

Ladite dystrophie intéresse tissu musculaire et tissu conjonctif dans des proportions variables.

3. EMBRYOLOGIE : [5]

3.1. Le stade indifférencié :

3.1.1. Les cellules germinales primordiales :

A la fin de la troisième semaine du développement, l'œuf humain est constitué d'un disque embryonnaire tri-dermique et d'un ensemble d'annexes embryonnaires.

La paroi entoblastique du lecithocèle émet un petit diverticule, l'allantoïde, qui se développe dans le mésenchyme du pédicule embryonnaire. A la base de l'allantoïde, des cellules entoblastiques se détachent pour former les cellules germinales primordiales ou gonocytes primordiaux. Ces cellules de forme sphérique sont mobiles.

Dans le courant de la quatrième semaine, alors que s'effectue la délimitation du corps de l'embryon, les gonocytes primordiaux migrent à la surface de la paroi postérieure du tube digestif en se multipliant activement.

3.1.2. Le corps de Wolf :

A la fin de la quatrième semaine, le corps de l'embryon est délimité .Le mésoblaste intermédiaire se segmente en nephrotomes petites masses cellulaires qui se transforment en tubules nephrotiques.

De la cinquième paire de somites cervicaux à la quatrième paire de somites lombaires s'individualisent environ **40** paires de somites mésonephrotiques. Le premier tubule de chaque coté, se prolonge par le canal de **Wolff** qui reçoit, en s'étendant vers l'arrière, successivement tous les autres tubules. L'ensemble des tubules mésonephrotiques et la portion correspondante du canal de **Wolff** constituent le mésonéphros.

Le mésonéphros et le mésenchyme auquel il est associé forment une masse allongée appliquée contre la paroi postérieure. Cette masse recouverte par l'épithélium cœlomique, fait sailli dans la cavité cœlomique et constitue le corps de Wolff.

3.1.3. Gonades indifférenciées :

A la cinquième semaine, dans la région moyenne et interne du corps de **Wolff** apparaît la Crête génitale.

A la sixième semaine, le mésenchyme de la Crête génitale se condense partiellement pour former les cordons sexuels primaires momentanément rattachés à l'épithélium cœlomique. Les gonocytes primordiaux s'infiltrent progressivement à l'intérieur des cordons sexuels. L'extrémité interne des cordons sexuels se met en rapport avec les tubules mésonephrotiques correspondants par des cordons cellulaires irréguliers qui constituent les connexions urogénitales.

3.1.4. Les conduits génitaux :

Les connexions urogénitales dégènèrent en même temps que les cordons sexuels des zones médullaires. Les tubules mésonephrotiques régressent en totalité laissant persister des reliquats embryonnaires plus ou moins importants : l'hydride pédiculée, l'épiphoré, ou organe de Rosenmüller, et le paroophore.

Le canal de **Wolff** régresse entièrement. Dans sa partie distale il peut être à l'origine de petits kystes allongés, appelés canaux de **Gartner**, que l'on pourra retrouver contre les parois latérales de l'utérus et du vagin.

Les canaux de **Muller** sont à l'origine de la plus grande partie des voies génitales féminines. Leur partie supérieure, de l'ouverture de la cavité coelomique jusqu'au point de croisement avec le ligament inguinal, forme les trompes utérines (ou trompe de **Fallope**).

La dilatation progressive de la partie supérieure forme le pavillon.

Dans leur segment inférieur les canaux fusionnent pour constituer le canal utéro-vaginal. Entre trompes utérines et canal utéro-vaginal, les canaux de Muller forment les cornes utérines.

La fusion des canaux de **Muller** provoque l'étirement du mésentère qui les rattache à la paroi postérieure et, finalement, la formation du ligament large.

Le ligament large cloisonne la région postérieure de la cavité péritonéale et définit le cul-de-sac de **Douglas** et le cul-de-sac utero vésical.

Le rapprochement et la fusion des cornes utérines forment le fond de l'utérus. Le canal utéro-vaginal s'allonge s'aplatit dans le sens antéro-postérieur et constitue le corps et l'isthme de l'utérus.

3.1.5. Le Sinus urogénital :

La portion vesico-urétrale du sinus forme la vessie et la totalité de l'urètre féminin.

Quelques bourgeons épithéliaux de la paroi de l'urètre constituent les ébauches des glandes urétrales et peri-urétrales. Le secteur génital du sinus s'élargit et forme le vestibule de la vulve.

Il est à l'origine du vagin.

De part et d'autre de l'orifice du vagin, 2 bourgeons entoblastiques forment les ébauches des glandes vestibulaires de Bartholin.

4. HISTOLOGIE : [5,21]

Le col utérin comprend:

L'exocol : Il est tapissé par un épithélium pavimenteux, une membrane basale le sépare du tissu conjonctif sous jacent (chorion) .Les cellules épithéliales sont disposées en cinq couches. La multiplication est limitée à la couche basale. La migration vers la surface s'accompagne d'une maturation et d'une différenciation. [5]

Toutes les cellules d'une même couche ont le même degré de maturation (stratification).Les cellules de la couche superficielles desquament.

L'endocol : Il est tapissé par un épithélium cylindrique mucipare qui s'invagine en pseudo-glandes.

Il secrète la glaire cervicale, dont l'aspect varie en fonction du cycle. En profondeur existent (des cellules de réserve), qui peuvent se différencier soit dans le sens glandulaire, soit dans le sens pavimenteux.

La zone de jonction entre épithélium pavimenteux et cylindrique :

La jonction se fait théoriquement au niveau de l'orifice cervical externe. Elle peut être reportée sur l'exocol : la cause peut être congénitale (ectopie) ou les accouchements (ectropion) ; elle peut être reportée dans l'endocol, surtout après la ménopause.

Endomètre ou muqueuse de l'utérus : Il comporte un épithélium cylindrique, dont les invaginations forment les glandes ; la basale ; le chorion.

Du point de vue **fonctionnel**, on distingue :

- une couche superficielle ou fonctionnelle, qui subit de profondes modifications au cours de chaque cycle menstruel. Elle se nécrose puis desquame au moment des règles.
- une couche profonde ou basale qui comprend le fond des glandes et du chorion dense. Elle permet la régénération de la muqueuse qui se produit au cycle suivant.

- le myomètre : est un muscle lisse. Ses fibres ont une disposition complexe [21]

5. ANATOMIE : [10]

L'utérus est un muscle lisse creux ou se fixe et se développe l'œuf jusqu'à l'époque de son éclosion la paroi utérine comportant 3 tuniques qui sont de dedans en dehors, la tunique muqueuse endométriale, la tunique musculaire et la tunique séreuse ou péritonéale.

A. La Configuration extérieure :

L'utérus a la forme d'un cône tronqué dont la partie large, supérieur, est aplatie d'avant en arrière et dont la partie inférieure, étroite est restée cylindrique. Ainsi se différencient le corps supérieur, et le col inférieur ; entre les deux, le changement de forme et de volume se fait au niveau de l'isthme utérin.

-Dimensions : Chez la nullipare l'utérus mesure **6.5 cm** de long, dont **4 cm** pour le corps et **2.5 cm** pour le col.

-Consistance : Elle est ferme et élastique .Il est classique de dire que la consistance de l'orifice externe du col est semblable à celle du nez.

-Direction : Placé sur la ligne médiane, l'utérus présente une double inclinaison :

► Une inclinaison d'ensemble sur l'axe du vagin : alors que ce dernier est oblique en bas et en avant, l'utérus est oblique en bas et en arrière, faisant sensiblement avec le vagin un angle droit ; dans cette attitude, l'utérus appuie en avant sur la vessie, et les anses grêles et le colon sigmoïde repose sur lui,

► Une inflexion du corps sur le col, à angle obtus ouvert en bas et un peu en avant de **100-120** degrés, qui ne fait qu'accentuer l'inclinaison en avant du corps de l'utérus. On dit que l'utérus est antéversé et antéfléchi, ce dernier terme concernant uniquement l'angle que fait le corps sur le col.

B. Les rapports de l'utérus :

Pour présenter les rapports de l'utérus il faut connaître son insertion exacte dans le vagin ; étudier ensuite les rapports de sa portion supra vaginal qui se divisent en intra et sous-péritonéaux ; puis ceux intra vaginaux.

- Insertion du vagin : Cette insertion se fait au niveau du col, selon une ligne très oblique en bas et en avant ; aussi la portion intra vaginal du col est haute de **18mm** en arrière, de **5 à 7** seulement en avant.

Le col utérin n'est pas inséré exactement dans le fond du vagin, mais plutôt dans le segment supérieur de la face antérieure.

- La partie supra vaginale : Elle comprend donc le corps utérin, l'isthme, dont le rétrécissement est surtout visible en avant et sur les cotés, et une portion du col, surtout haute en avant.

- La partie intra vaginale : Elle est parfois appelée le «< museau de tanche >>. Anatomiquement, les parois vaginales s'appliquent sur le col, ce n'est qu'à l'exploration que le fornix du vagin forme un espace circulaire.

C. Les moyens de fixité :

L'utérus est fixé par son col. Les connexions de ce dernier avec le vagin représentent un bon moyen de fixité car, par l'intermédiaire de la colonne vaginale, le col utérin est soutenu par les muscles élévateurs de l'anus ; en outre le col, étant normalement perpendiculaire au vagin, va par son intermédiaire encore s'appuyer sur le rectum et plus bas sur le centre tendineux du périnée.

a- Les ligaments larges :

Considérés dans un bassin intact, les **2** ligaments larges, l'un, droit ; l'autre gauche, ont l'aspect de 2 cloisons transversales qui, avec le corps utérin qui les unit, divisent la cavité pelvienne en **2** segments : l'un pré-ligamentaire l'autre retro-ligamentaire ; dans leur segment supéro-

externe aminci et godronné sont compris l'ampoule et l'infundibulum du tube utérin, ainsi que l'ovaire.

Configuration extérieure du ligament large :

On peut y considérer schématiquement **2** faces, l'une antérieure, l'autre postérieure, et **4** bords (supérieur, inférieur, externe et interne).

Le péritoine qui constitue la face antérieure va en dedans tapisser la face antérieure de l'utérus, en dehors se replier sur la partie antérieure de la paroi pelvienne latérale et en bas se porter en avant, puis se recourber en haut pour devenir le péritoine pariétal antérieur.

Le péritoine qui constitue la face postérieure va, de façon semblable, en dedans tapisser la face postérieure de l'utérus, en dehors se replier sur la partie postérieure de la paroi pelvienne latérale et revêtir ainsi la fosse ovarique. Il est soulevé fortement à sa partie moyenne par l'ovaire et ses **2** ligaments propres de l'ovaire et l'infundibule ovarique, constituant le mésovarium.

Le bord médial répond au bord latéral de l'utérus : à son niveau les **2** lames du ligament large s'écartent pour envelopper l'utérus.

Le bord latéral ou pariétal répond au contraire à la divergence des deux lames pour se replier sur la paroi pelvienne latérale. Il repose sur le fascia du muscle élévateur de l'anus et sur celui du muscle obturateur interne.

Le bord supérieur : est constitué par le mésosalpinx qui en dedans près de la corne utérine constitue simplement le bord supérieur du ligament large ; il ne prend de la hauteur que plus en dehors.

Le bord inférieur : c'est la base du ligament large. Il représente son hile capital, ou hile inférieur, par où pénètrent les vaisseaux et nerfs utérins et vaginaux, et que croise l'uretère.

b-Le ligament rond :

Il s'agit d'un cordon fibro-musculaire de la partie antérieure de la corne utérine et se portant en dehors, en avant et en haut vers l'orifice profond du canal inguinal.

Le ligament rond est longé par une artère du ligament rond venue de l'artère utérine et qui s'anastomose avec un rameau de l'artère crémastérique.

- Aileron supérieur : c'est le mésosalpinx.

- Aileron postérieur : c'est le mésovarim

c. Les ligaments utéro sacrés sont situés dans un plan sagittal : en arrière, ils naissent en dedans des foramens sacrés depuis le sommet de l'os jusqu'au deuxième et parfois premier foramen sacré.

Ils sont un très bon moyen de fixité de l'utérus, dans l'hystérectomie totale, l'utérus ne vient que quand ces ligaments sont coupés.

d-Les ligaments utéro-vesico-pubiens ne sont pas des ligaments. Ils sont formés par les nerfs vésicaux venus de la partie antérieure du plexus hypogastrique inférieur.

D. Vaisseaux et nerfs de l'utérus :

-Artères utérines : ce sont des rameaux viscéraux moyen de l'artère iliaque interne. Elles naissent de la face antérieure soit du tronc antérieur de l'artère iliaque interne, soit de l'artère pudendale interne lorsque l'artère iliaque interne se termine par trifurcation. Elles irriguent les portions internes du tube utérin et de l'ovaire.

Les deux artères utérines sont anastomosées, mais faiblement sur la ligne médiane.

Elles s'anastomosent en outre avec le système des artères vésicales, l'artère vaginale, l'artère du ligament rond venue de l'artère crémastérique et avec l'artère ovarique.

-Les veines : les veines sont drainées par 2 voies :

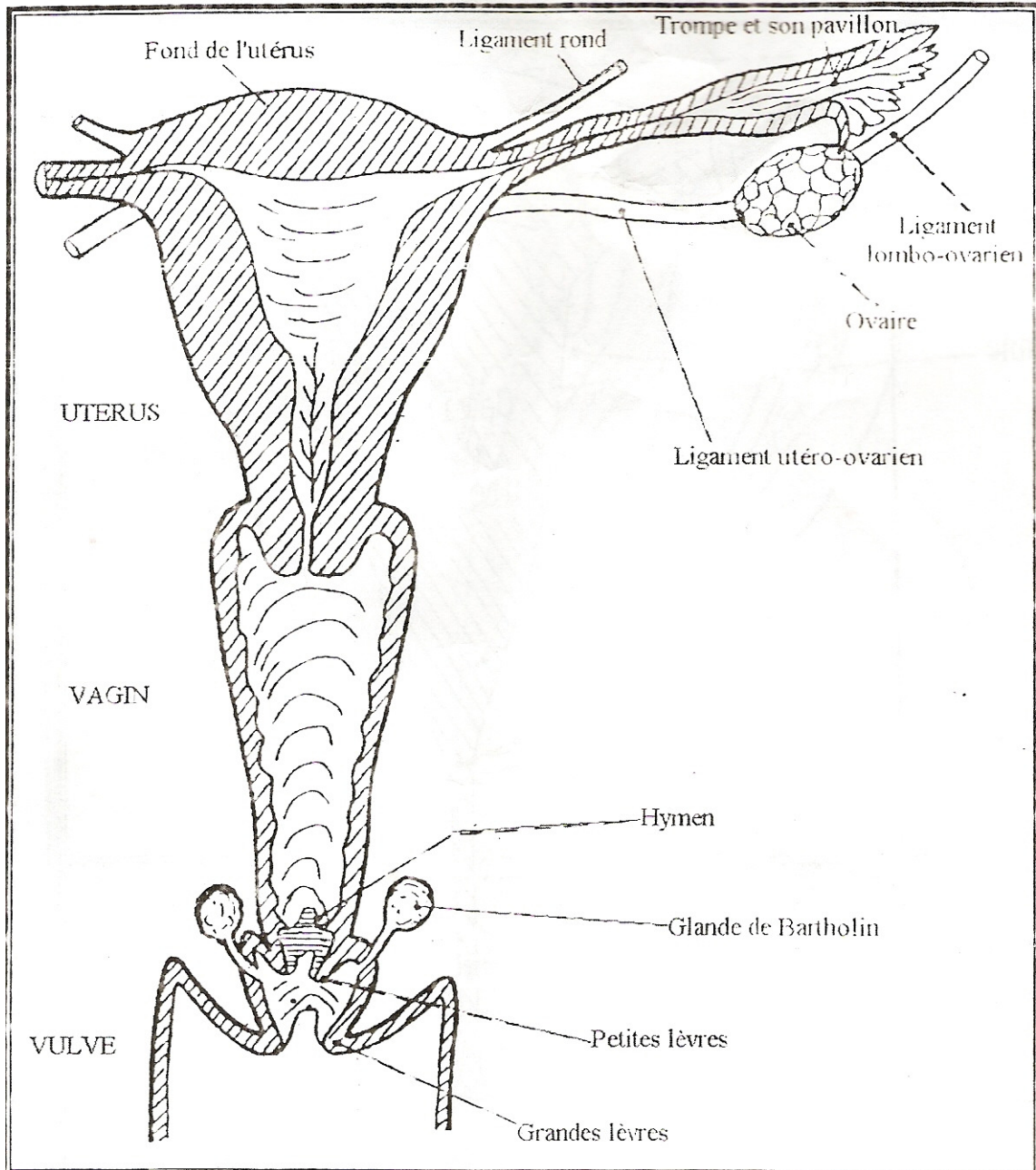
L'une superficielle suit l'artère utérine et passe avec elle au dessus de l'uretère, elle ramène également du sang de la vessie.

L'autre profonde plus importante, passe au dessous de l'uretère, dans le fond du bassin, et draine également de nombreuses veines vésicales et vaginales et enfin le sang du plexus veineux retro pubien. Ces 2 voies se déversent dans la veine iliaque interne.

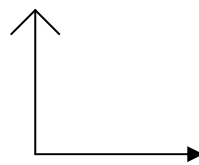
-Les lymphatiques : ils se rassemblent en une voie principale commune au corps et au col, et en voies complémentaires.

Les lymphatiques du col émergent sur le bord de l'utérus au dessus du formix vaginal ; les lymphatiques du corps sortent tout le long des bords de l'utérus et descendent en formant une arcade marginale jusqu'au niveau du point d'émergence des lymphatiques du col : là, tous les collecteurs fusionnent.

-Les nerfs : nombreux, ils viennent de la partie antérieure et supérieure du plexus hypogastrique inférieur et forment une lame nerveuse étendue sur les faces latérales du col et du corps à la limite interne du paramètre. Notons donc l'existence de très nombreux nerfs de part et d'autre de l'excavation recto-utérine, ce qui explique la sensibilité particulière de cette excavation et du formix du vagin. [17]



Crânial



Gauche

Fig. 1 : Appareil génital de la femme (schéma général) d'après G. Bastide [2]

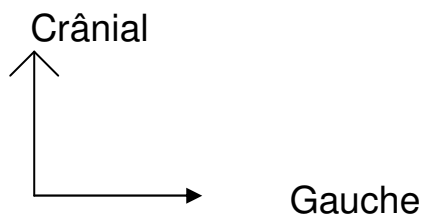
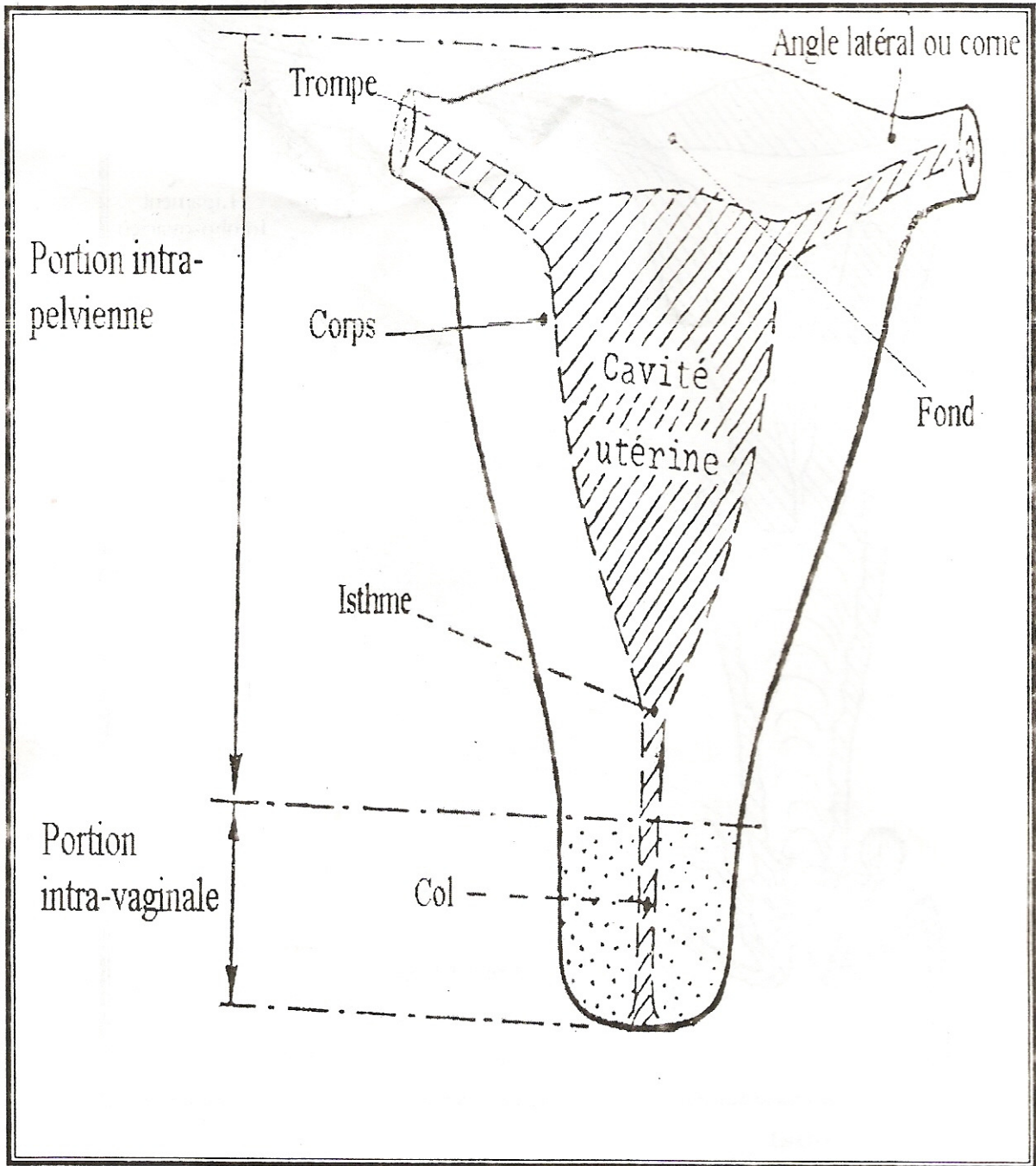
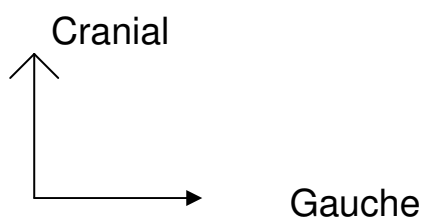
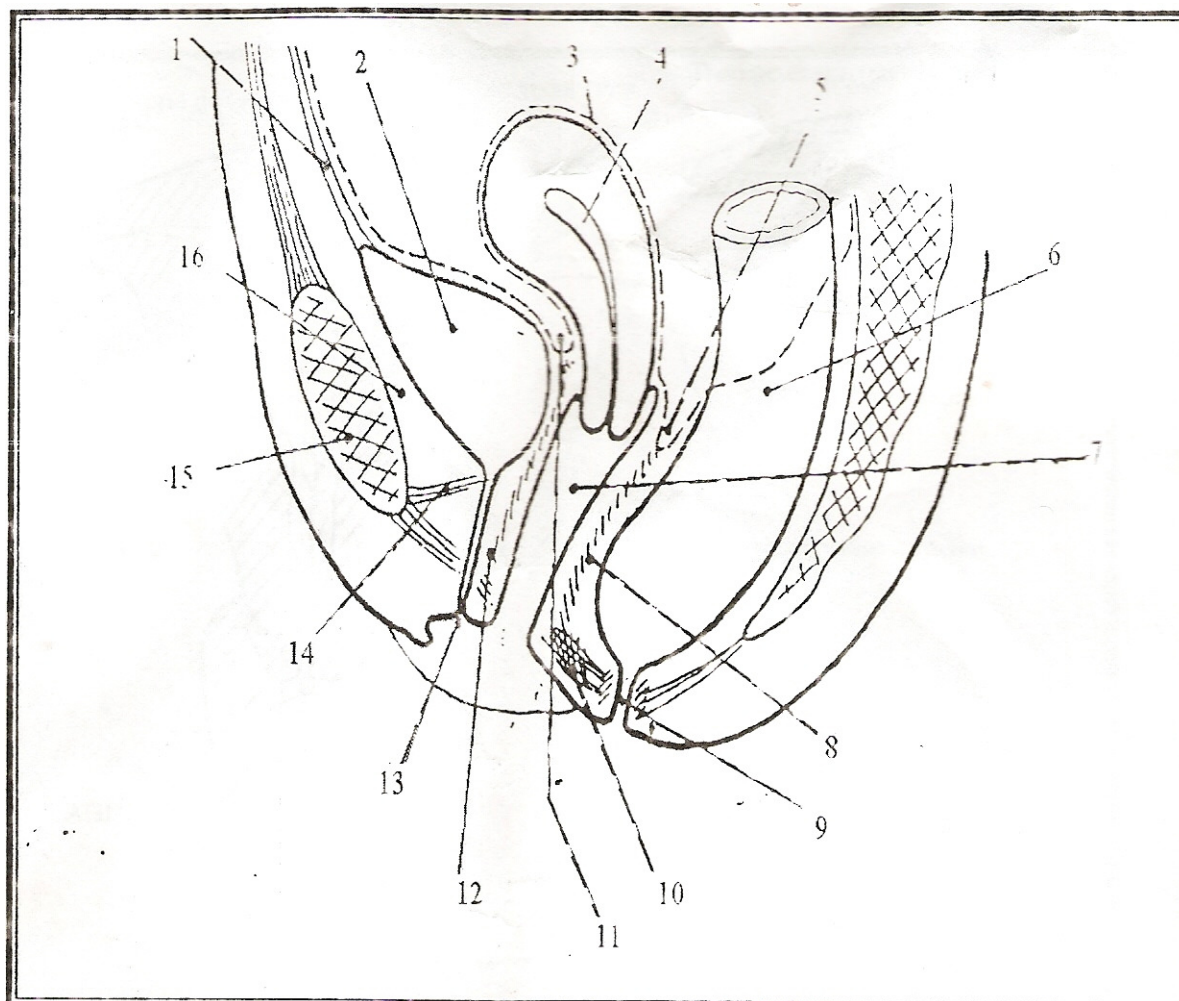


Fig.2: Utérus : Configuration extérieure et division d'après G. Bastide [2]



1=ouraque

2=vessie

3=péritoine

4=utérus

5=cul de sac de Douglas

6= rectum

7=vagin

8=cloison recto-vaginale

Fig.3 : Rapports de l'utérus avec les organes voisins d'après G. Bastide [2]

9=canal anal

10=noyau fibreux central du périnée

11=cul de sac vésico-utérin

12=cloison vésico et uréthro-vaginale

13=urètre et méat urinaire

14=ligaments pubo-vésicaux

15=symphyse pubienne

16=loge prévesicale

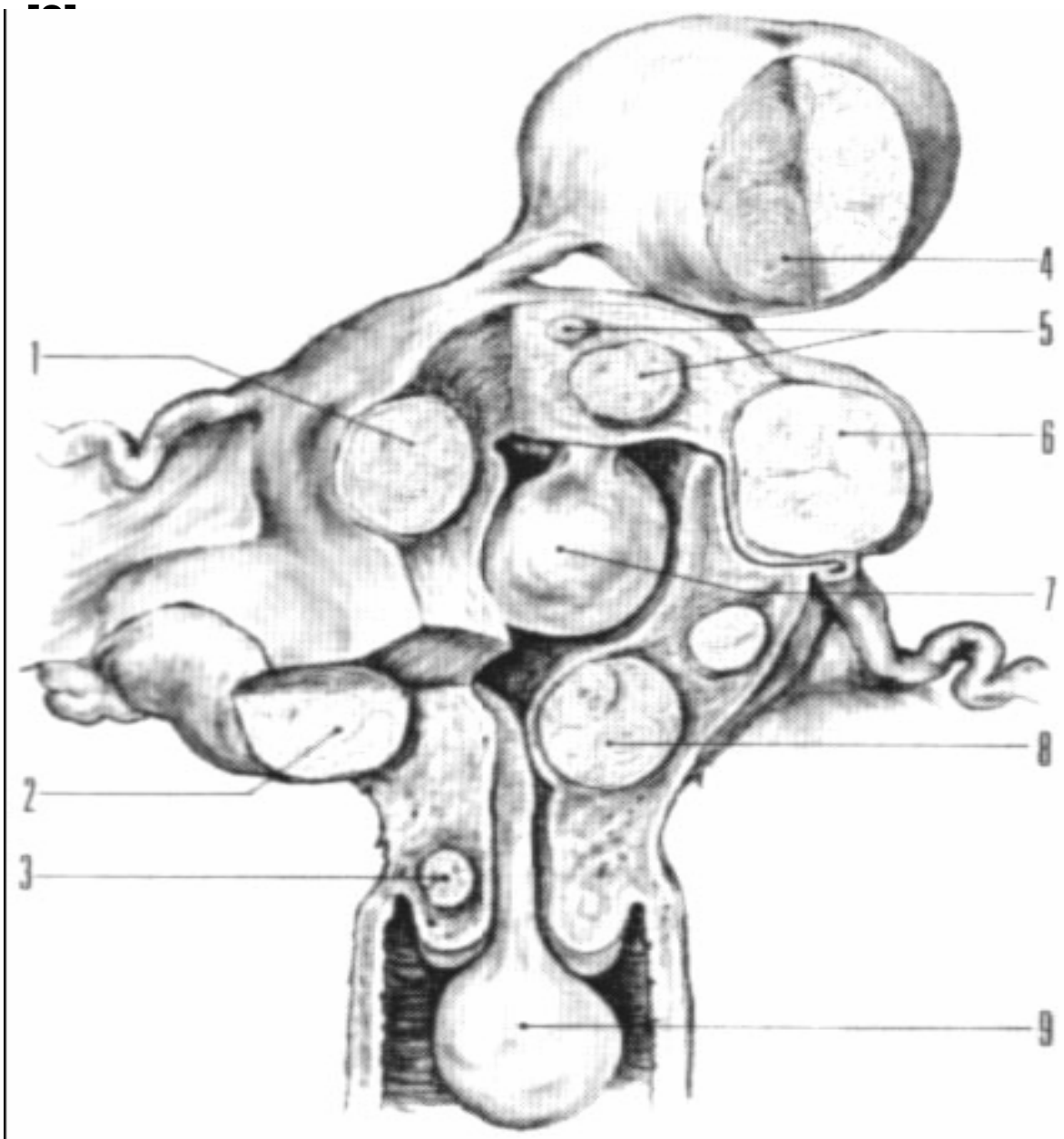


Fig. 4 : les différentes formes anatomiques des fibromyomes utérins

1: sous-séreux, 2 : intra-ligamentaire, 3 : cervical, 4 : sous-séreux pédiculé, 5 : interstitiel, 6 : sous séreux refoulant la trompe, 7 : sous-muqueux pédiculé, 8 : sous-muqueux, 9 : sous-muqueux pédiculé accouché par le col

(P. Bernard, d'après Netter, Reproductiv system, Edition Ciba) [4]

6- ETUDES CLINIQUES : [28,29]

Les fibromyomes sont fréquents et atteignent **20%** des femmes.

A. Les signes fonctionnels :

-Le signe fonctionnel révélateur essentiel est la ménorragie : règles plus abondantes (hyperménorrhée) et surtout plus prolongées (de **10** à **25** jours). Souvent, elles s'associent à une polyménorrhée, les règles se répétant à intervalles rapprochés.

-Les métrorragies isolées sont rares (**10%** des cas)

-Souvent il s'agit de ménométrorragies pouvant donner un aspect presque continu aux hémorragies.

-Les leucorrhées sont banales, surtout abondantes avant les règles ; rarement, il s'agit d'une hydrorrhée ou d'une pyorrhée (celle-ci doit faire soupçonner une complication septique ou une autre infection associée)

-Les douleurs sont variables ; soit à type de pesanteur pelvienne ou rectale, soit au contraire aiguës, à type de torsion ou de colique explosive.

-Les troubles urinaires : associent en général pollakiurie, troubles de l'évacuation avec, au maximum, une rétention urinaire aigue, voire incontinence urinaire d'effort.

Enfin, la stérilité ou l'augmentation du volume de l'abdomen pouvant être des motifs de consultation.

Mais il faut savoir que le plus souvent, le fibrome est muet et qu'il sera découvert lors d'un examen gynécologique ou une échographie pelvienne pratiquée pour un tout autre motif.[28]

B. Examen clinique :

Il sera pratiqué dans de bonnes conditions techniques, sur une table gynécologique, après évacuation vésicale.

1. Inspection : Il ne décèle qu'exceptionnellement une voussure sus-pubienne.

2. Palpation : on essaiera d'apprécier le fond utérin, qui est lisse et régulier, ou au contraire, déformé par des bosselures. [29]

3. L'examen du col au spéculum précède le T.V et permet de réaliser un frottis cervico-vaginal systématique.

4. Le T.V combiné au palpé abdominal permet de déceler une latérodéviations du col et d'apprécier l'état du corps utérin et des annexes ; l'utérus est déformé par une masse arrondie, ferme, élastique ou dure, indolore située dans le pelvis ou débordant dans la cavité abdominale. Cette masse est solidaire du corps utérin sans sillon de séparation.

Les mouvements imprimés à l'un sont transmis à l'autre. La palpation des culs de sacs latéraux recherche une lésion annexielle associée.

-L'examen devra ensuite rechercher un prolapsus vaginal ou une incontinence urinaire d'effort associés et sera complété par la palpation des seins.

-Le T.R confirme la mobilité de cette masse et explore les paramètres. [18]

-Examen du périnée : A la recherche de prolapsus génital.

-Examen du sein : Galactorrhée, de mastose.

-Examen général : Consiste à rechercher des adénopathies, à la palpation des glandes thyroïde, à la prise de la tension artérielle, et de la température et à la recherche de cardiopathie éventuelle.

C. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : [5,38]

1. La grossesse : théoriquement tout oppose fibrome et grossesse car le fibrome saigne et la grossesse entraîne une aménorrhée.

Le fibrome bossèle l'utérus et la grossesse donne un utérus régulier. Mais ; en pratique le fibrome et la grossesse son souvent associés de sorte qu'il convient chez une femme non ménopausée de ne pas accepter le diagnostic de fibrome sans avoir éliminé la grossesse par un test immunologique de grossesse et une échographie.

2. Le gros utérus fibreux : responsable de ménorragies, il se présente sous forme d'un utérus de **10 cm** de diamètre environ, régulier, mobile, lisse, non bosselé .

A l'hystérogaphie, la cavité apparaît agrandie, ballonnée, en montgolfière. Il s'agit dans ces cas d'une hyperplasie diffuse du myomètre associée à une hyperplasie de l'endomètre.

3. Tumeurs solides et kystiques de l'ovaire :

En cas de doute, l'échographie et la coélioscopie rétablissent le diagnostic. Mais la justesse de celui-ci est capitale car le fibrome conduit très souvent à une abstention et la lésion ovarienne à une intervention.

4. Cancer du corps utérin :

Le **cancer de l'endomètre** est le diagnostic le plus facile. Il survient habituellement après la ménopause. Il est précédé d'une longue période de métrorragie avant que l'utérus apparaisse augmenté de volume. Par contre, l'hyperplasie qui accompagne le fibrome de façon constante peut parfois être atypique d'où la nécessité d'une biopsie d'endomètre si on décide de surseoir à l'exérèse du fibrome. [38]

Le diagnostic avec le **sarcome utérin** est difficile. Mais, bien souvent, ce n'est que l'aspect macroscopique per-opératoire ou l'examen anatomopathologique post opératoire qui font le diagnostic. [5]

7- EXAMENS COMPLEMENTAIRES : [21]

Ils sont indispensables pour affirmer un diagnostic douteux et sont utiles dans bien des cas pour préciser l'importance des lésions, les associations éventuelles, l'attitude thérapeutique.

-La pratique des frottis cervicaux : l'examen du col au colposcope avec un test de **Schiller** et, au moindre doute, la biopsie du col, sont les éléments indispensables.

-Echographie :

Echographiquement, le fibrome est une formation emplie d'échos, mais moins que le myomètre dans lequel la répartition est homogène.

.Les fibromes sous séreux sont les plus faciles à reconnaître déformant le contour externe de l'utérus.

.Les fibromes sous muqueux sont difficiles à voir en échographie abdominale mais sont bien vus en échographie vaginale. S'ils sont de taille importante ils deviennent l'image linéaire de la cavité.

L'échographie permet de mesurer la taille du ou des fibromes, de suivre leur croissance, ou leurs modifications histologique : nécrobiose aseptique, calcification.

L'échographie abdominale est inutile :

S'il existe un énorme fibrome évident au toucher et qu'il y a une indication opératoire formelle.

.Si l'utérus est de volume normal et que l'on soupçonne un myome sous muqueux, il faut demander une échographie vaginale.

L'échographie est utile :

.Si l'on pense qu'une grossesse est associée.

.Si l'on a un doute sur la nature de la masse perçue qui peut être une tumeur de l'ovaire.

.Si l'on veut suivre la croissance du fibrome ou rechercher des signes de nécrobioses dans le cas d'un fibrome douloureux.

-La radiographie sans préparation du pelvis : Elle peut repérer un fibrome calcifié.

-L'hystéro-salpingographie peut être pratiquée :

En absence de contre indication :

* grossesse en cours (première moitié du cycle ou HCG négatif),

* infection.

Elle doit être pratiquée à distance des hémorragies.

Les résultats de l'H.S.G

- un myome sous muqueux intra cavitaire se traduit par une cavité agrandie, soufflée,
- une image lacunaire intra cavitaire, permanente, régulière à bord net, bien visible sur le profil qui montre sa base d'implantation.
- un myome interstitiel : Se traduit par une déformation des bords de la cavité : empreinte régulière réalisant une image à contours polycycliques.

Les myomes sous séreux ne donnent souvent aucune image radiologique.

- L'hystérocopie :

Elle dispense de l'hystérogaphie si le myome a été visualisé en échographie vaginale. Elle permet de faire le diagnostic et souvent le traitement des myomes sous muqueux de moins de **2 cm**.

8- FORMES CLINIQUES : [38]

a. Les formes à développement pelvien :

Il se manifeste d'une façon différente suivant qu'il sera enclavé dans le douglas ou inclus dans le ligament large ou qu'il se développera à partir de la cavité corporéale du canal endocervical et de la surface du museau de tanche, affectant alors très habituellement la forme polypoïde.

b. Le fibrome à développement abdominal :

La forme abdominale naît du développement vers la grande cavité, d'un fibrome primitivement pelvien.

La tumeur de consistance ferme, en général polylobée, peut arriver, lorsqu'elle a été négligée, à remplir tout l'abdomen, atteignant alors le poids de plusieurs kilogrammes. Il n'existe pas d'ascite ni circulation veineuse collatérale.

Le diagnostic différentiel le plus souvent discuté est celui de la tumeur solide de l'ovaire bilatérale formant bloc avec l'utérus.

c. Les formes sous séreux :

De volume variable, souvent notable, il est d'abord sessile, mais peut arriver secondairement à se pédiculiser. Cette forme anatomique se prête particulièrement à la dégénérescence aseptique et à la torsion observée avec prédilection au cours de la grossesse. La pelviscopie aidera à leur diagnostic si celui ci est hésitant.

d. La forme intra cavitaire :

Il provient de l'évolution d'un myome sous muqueux qui fait saillir progressivement dans la cavité où il arrive à acquérir un volume relativement considérable, allant jusqu'à le faire accoucher par le canal cervical et lui permettre un développement vaginal pouvant atteindre la vulve.

Cette progression expose de plus en plus à la nécrose aseptique ou inflammatoire.

Des polypes muqueux se développent fréquemment à l'intérieur d'une cavité fibromateuse

9- ANATOMIE PATHOLOGIQUE : [24]

A : Anatomie macroscopique :

Aspect : Masse charnue, rosée, le fibrome présente un plan de clivage avec le myomètre adjacent. Son volume varie de quelques millimètres à plusieurs dizaines de centimètres.

Le fibrome unique est rare ; en règle général, on observe plusieurs, de taille et de localisation variée.

Siège : Par rapport à la paroi utérine, on distingue les fibromes : sous séreux, pédiculé, intra mural, sous muqueux ou intra cavitaire.

En règle, ils siègent sur le corps utérin (95% des cas) ; les fibromes du col ou de l'isthme sont rares.

Le nombre : est variable d'un noyau à plusieurs noyaux

B : Evolution anatomique :

Le fibrome peut augmenter de volume et refouler les organes pelviens.

Il peut se transformer : nécrobiose aseptique (le fibrome est alors violacé à la coupe), ou se calcifier. Parfois on observe une stabilisation, ou même une régression plus ou moins importante du volume du fibrome après la ménopause.

C : Anatomie microscopique_: Le fibrome est constitué par une hyperplasie des fibres conjonctives et musculaires lisses de l'utérus. Un œdème est parfois observé.

10- ASPECTS THERAPEUTIQUES DU FIBROME UTERIN :

[14, 19, 27,29]

Une fois le diagnostic établi avec certitude, le choix des moyens thérapeutiques s'impose. Ce choix est en fonction de l'âge de la patiente, des lésions et du désir de la femme de garder ses activités génitales que sont les menstruations et la fécondité.

Les moyens thérapeutiques sont de 3 ordres :

- l'abstention thérapeutique ;
- le traitement médical ;
- le traitement chirurgical.

10-1- L'abstention thérapeutique :

Elle doit être adaptée en cas de fibrome petit, muet, découvert à l'occasion d'un examen systématique.

Chez la femme en ménopause, on pense que le fibrome peut involuer s'il n'est pas volumineux, d'où la nécessité d'une abstention et d'une surveillance clinique et échographique. [19]

10- 2- Traitement médical :

a. Indication

L'étiologie du fibrome étant mal connu, il n'y a pas de traitement étiologique, cependant l'hypothèse d'une origine oestrogénique des fibromes étant posée, des drogues ayant un effet anti- oestrogénique seront utilisées, et les oestrogènes seront contre indiqués, ce qui sous

entend que le traitement médical est essentiellement un traitement symptomatique des ménorragies,

- Il associe des progestatifs, des utero toniques et des hémostatiques.
- les androgènes sont rarement utilisés.
- les associations d'oestroprogestatifs sont à proscrire, car elles augmentent le volume du fibrome et favorisent la nécrobiose aseptique.
- les progestatifs sont donc le traitement de choix. Il n'y a pas de preuve de leur action sur le myome lui-même, par contre ils agissent sur l'endomètre qui est le siège d'une hyperplasie.

Les produits les plus couramment utilisés sont :

- ❖ Acétate de Norethisterone : Primolut . Nor cp à 10 mg
- ❖ Lynestrénol : Norluten cp5 mg
- ❖ Norethisterone : Norluten cp5 mg
- ❖ Diacétate d'éthinodiol: LUTOMETRODIOL cp 2 mg
- ❖ Demegestone: LUTINEX cp à 0.5 mg [27]

b. Modalités du traitement médical_:

-Dans les ménorragies de moyenne abondance :

Si la femme n'a pas de problème contraceptif, un traitement de **2 CP** de progestatif du **15^{ème}** au **25^{ème}** jour du cycle peut être suffisant.

Si la femme saigne au milieu du cycle ou si les règles reviennent avant le **20^{ème}** jour, il faut accroître la prise, du **10^{ème}** au **25^{ème}** jour du cycle.

Si la femme souhaite une contraception on précisera le traitement du **5^{ème}** au **25^{ème}** jour du cycle.

Il faut 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.

-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 de poursuivre avec les progestatifs des utero toniques dérivés de l'ergot de seigle, des agrégats plaquettaires et bien sur des transfusions.

Les analogues de la LH.RH (Decapeptyl) pourront être utilisées. [29]

Surveillance : [1]

Elle sera faite par des examens cliniques tous les **3** mois pour juger l'effet thérapeutique sur le volume des règles (nombre de garnitures) et sur la NFS ; le T.V appréciera l'éventuelle augmentation de volume des myomes.

3. Traitement chirurgical du fibrome utérin :

Deux grands types d'intervention sont possibles : il s'agit de la chirurgie conservatrice (myomectomie) et de la chirurgie radicale (hystérectomie) qui peut être totale ou subtotale.

3.1. La chirurgie conservatrice : [1, 15, 29, 31, 32, 42]

Indication :

Le traitement chirurgical conservateur est réservé aux fibromes symptomatiques chez les patientes désireuses de conserver une fertilité ultérieure.

Les principales indications sont :

- les myomes sous séreux pédiculés tordus ou en nécrobiose responsables de douleurs pelviennes.
- les myomes comprimant les organes de voisinage.
- les utérus myomateux, volumineux responsables de pesanteur pelvienne.
- les utérus myomateux, responsables de ménométrorragies rebelles au traitement progestatif.

Technique de la myomectomie :

Il y a **3** voies d'abord :

- la voie abdominale ;
- la voie vaginale ;
- la voie coelioscopique.

a. La myomectomie par voie abdominale :

Choix de l'incision :

La patiente étant en décubitus dorsal, une sonde à ballonnet est placée dans la vessie.

Un examen sous anesthésie générale en début d'intervention permet de choisir le type d'incision.

Dans la grande majorité des cas on choisira l'incision de **Pfannenstiel**. L'incision médiane ne se justifie que si la patiente en a déjà eu une ou si l'on prévoit une intervention difficile du fait d'adhérences anciennes ou d'obésité.

Technique :

La technique diffère selon que le fibrome est sous séreux interstitiel ou sous muqueux.

Fibrome sous séreux :

Le fibrome sous séreux pédiculé est le plus facile à enlever ; les incisions du péritoine et du pédicule sont faites un à deux centimètres au dessus de façon à favoriser la péritonisation après hémostase du pédicule.

Le fibrome sous séreux sessile est aussi un cas facile on incise le péritoine sur le dôme saillant du fibrome et si possible sur la ligne médiane peu vascularisée de l'utérus. Avec la pointe des ciseaux on clive le péritoine sur le myome.

Un fil (acide poly glycolique serti **3.5**) peut être passé dans le myome pour servir de tracteur ; on tire de la main gauche sur le fil, puis on clive le fibrome du myomètre en ouvrant la pointe des ciseaux. On découvre

alors les vaisseaux nourriciers du myome qui sont pincés avec une ou plusieurs pinces de **Leriche**.

Après section, l'hémostase est faite avec du fil (acide poly glycolique serti **D3**) si besoin puis le péritoine et la partie superficielle du myomètre sont suturés avec du fil fin (ethicron, monocrin**5.0**).

.Fibrome interstitiel :

L'incision du myomètre est faite dans la zone avasculaire sagittale de l'utérus avec un bistouri froid et ceci jusqu'au fibrome que l'on reconnaît de part ses fibres plus blanches et enchevêtrées que le myomètre normal. On trouve alors, facilement le plan de clivage qui existe toujours entre le myomètre et le myome. Ce plan est suivi par les ciseaux que l'on ouvre. Si l'on ne parvient pas au contact du myome on risque de créer un faux plan dans le myomètre et de fragiliser ainsi l'utérus plus qu'il n'est nécessaire.

Le myome étant mis à nu et le plan de clivage trouvé, on passe du fil acide polyglycolique serti **D3, 5** dans le myome pour servir de fil tracteur. On tire alors sur le fil de la main gauche et avec la pointe des ciseaux de Metzelbaum, on clive le myome qui s'énuclée assez facilement du myomètre.

Les vaisseaux nourriciers du fibrome se tendent et sont pincés avec des pinces de **Leriche** avant d'être sectionnés et liés.

La cavité dans laquelle se trouvait le myome est refermée avec des points en X fait du fil acide polyglycolique serti **D3, 5** de façon à reconstituer une paroi musculaire la plus solide et épaisse possible

Plusieurs points en plusieurs plans sont souvent nécessaires si le fibrome est volumineux en évitant de laisser un espace mort pouvant être source d'hématome et d'infection.

. Fibrome sous muqueux :

La voie abdominale ne se justifie que si le fibrome est inaccessible par hystéroscopie c'est-à-dire de diamètre supérieur à **3** cm ou sessile ou

encore associé à d'autres myomes qui ne peuvent être enlevés que par voie abdominale. C'est l'hystérogaphie affichée en salle d'opération qui guide l'incision. On examine soigneusement le profil pour voir où se trouve l'insertion du myome. L'incision est en générale faite sur la ligne médiane peu vascularisée, antérieure si le fibrome est inséré sur la face antérieure et postérieure dans le cas inverse.

Comme précédemment, on incise jusqu'au myome dans lequel on fixe un fil tracteur pour faciliter l'énucléation. Dès que l'on arrive au voisinage de l'endomètre, la dissection devient prudente pour refouler l'endomètre avec soin. Toute fois, l'ouverture de la cavité est parfois inéluctable si le myome bombe largement dans la cavité.

. Fibrome dans le ligament large :

L'énucléation est rendue plus complexe par la présence d'éléments nobles : uretère, vessie, pédicule utérin.

On ouvre le ligament large en sectionnant si besoin le ligament rond entre deux ligatures. On repère alors les vaisseaux utérins qui sont refoulés en avant ou en arrière du myome ; l'uretère est recherché et il est parfois nécessaire d'inciser le péritoine le long du lombo ovarien pour le trouver contre le péritoine enjambant les vaisseaux iliaques primitifs ; il est alors mis sur un lac et disséqué sur tout son trajet.

On rencontre en descendant vers la vessie les vaisseaux utérins qui le croisent et que l'on peut lier si besoin à distance de l'uretère.

Parfois, l'artère utérine est sous le fibrome et une traction manuelle ou avec une pince est nécessaire pour la dégager et la lier contre l'utérus.

Le plan de clivage le long du fibrome est en général trouvé assez facilement à condition de rester bien contre le myome et de lier au fur et à mesure les vaisseaux qui vont au myome en gardant toujours un « œil » sur l'uretère.

b. La myomectomie vaginale :

Elle est réservée à des formes anatomiques particulières.

Polype fibreux de petit volume accouché par le col : découvert dès la mise en place d'un spéculum, le polype est saisi par une pince à laquelle on imprime des mouvements de torsion successifs 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 hystérectomie vaginale après décollement vésical et colpotomie antérieure. Ils sont alors enuclés et la poche capitonnée.

c. Les suites opératoires :

Les multiples études faites dans ce domaine montrent bien que la myomectomie ne comporte pas plus de risques que l'hystérectomie.

Mortalité de la myomectomie :

- En 1945, **COTTE** et **POLLOSSON** donnent le pourcentage de **0,79%** avec **2** décès pour **251** myomectomies dont l'une par péritonite, l'autre par occlusion.
- En **1962** **MATHIEU** et **MOUSSELON** [30] ne déplorent sur **94** myomectomies qu'un décès par choc hémorragique chez une endocrinienne et regrettent plus le geste opératoire que le choix entre myomectomie et hystérectomie.
- En **1964**, **LAURENT** perd deux malades sur **300** cas, soit **0,66%** dont l'une par septicémie. [5]

Morbidité :

L'hémorragie constitue la principale complication de cette chirurgie.

L'hémorragie intra péritonéale après capitonnage soigneux de la loge est aussi exceptionnelle que le lâchage d'une artère utérine après hystérectomie.

Le risque thromboembolique a longtemps été redouté car, malgré l'existence d'un plan de clivage avasculaire autour du myome, la blessure de gros sinus circulant à la surface du myome est possible : la

circulation veineuse est ouverte, avec son risque de thrombose extensive aux veines pelviennes expliquant la constitution de phlébites et embolies.

Le lever précoce, les anticoagulants prescrits la veille, l'antibiothérapie et la restauration de la masse sanguine sont autant de précautions permettant le libre parcours du flux veineux.

Bien que rares, les occlusions intestinales par brides existent, constituées au contact de la cicatrice suintante et déclive de la myomectomie sont bien un des dangers propres de ce type d'intervention.

LAURENT en **1964**, n'a retenu qu'un cas d'occlusion sur **300** myomectomies soit **0,33%**. [23]

Par contre la formation d'hématomes intra utérins au niveau du foyer malgré une hémostase soigneuse est reconnue par tous. Elle explique les suites un peu fébriles liées à la résorption sanguine obligeant à prolonger l'hospitalisation par rapport à l'hystérectomie.

Les synéchies utérines sont rares, liées à l'ouverture de la cavité utérine et à l'ablation d'une partie de l'endomètre qui part avec le myome.

Les adhérences sont très fréquentes surtout si l'incision à été faite à la face postérieure de l'utérus (**95%** des cas contre **55%** si l'incision porte sur le fond ou la face antérieure). [23]

Elles peuvent être cause d'occlusion (**0,3%**) ou surtout de stérilité par adhérences peritubo_ovariennes nécessitant, en absence de grossesse, une coelioscopie avec éventuelle adhésiolyse.

Les récives :

A moyen terme, la principale complication reste la récive. Le pourcentage varie de **4** à **59%** surtout s'il y a eu des myomectomies multiples et si la femme est jeune. [31]

A 5 ans une femme sur deux aura récivé (**Fedelé 1995**) [15]

C. La myomectomie par voie coelioscopique : [5]

Indication :

Les progrès récents réalisés en matière de coeliochirurgie permettent d'affirmer que sous réserve d'une formation spécifique en endoscopie opératoire, les myomectomies sont réalisables par voie coelioscopique. Il s'agit cependant d'interventions difficiles qui exigent la maîtrise des sutures per- coelioscopiques. Cette voie coelioscopique est réservée aux myomes sous muqueux et/ ou interstitiels de taille inférieure à **4 cm** et de nombre inférieur à **3**.

Technique opératoire :

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale, avec intubation endotrachéale en utilisant le matériel classique de coeliochirurgie (un insufflateur à régulation automatique une optique à vision axiale panoramique, un système de lavage, un moniteur, une caméra vidéo et la boîte standard d'instruments de coeliochirurgie).

Plus spécifiquement pour cette intervention sont utiles le matériel de section coagulation (monopolaire, bipolaire, haute fréquence), le matériel de suture endoscopique, ainsi que l'instrumentation nécessaire pour effectuer une colpotomie postérieure.

Une préparation digestive est systématiquement effectuée, ce qui permet de refouler plus aisément les anses digestives au dessus du promontoire pour avoir accès facilement au cul de sac de **DOUGLAS** et opérer dans de meilleures conditions, une sonde urinaire est laissée à demeure pendant tout le temps de l'intervention. La canulation de l'utérus, systématique, contribue à l'exposition des myomes.

L'intervention se déroule en trois temps principaux :

▪ la myomectomie :

La technique est différente selon la localisation du myome.

- Myomes pédiculés :

Le pédicule du myome est coagulé avec la bipolaire puis sectionné avec les ciseaux coelioscopiques. Dans ce cas, il n'existe pas d'effraction de la paroi utérine et aucune suture n'est nécessaire, la repéritonisation se fera spontanément.

- les myomes sous séreux et les myomes intra muraux :

L'incision, effectuée avec le crochet ou l'électrode monopolaire, est réalisée verticalement au niveau de la convexité de l'utérus déformé par le myome sous-jacent. L'incision se poursuit jusqu'au plan de la pseudo capsule, facilement reconnaissable par sa couleur blanc nacré.

▪**l'énucléation du myome** : [14]

On fait la dissection en restant dans le plan de la pseudo capsule et en faisant de proche en proche l'hémostase de tous les vaisseaux avec la bipolaire. L'exposition du plan de clivage est assurée par traction divergente de deux grip pinces placées l'une sur le myome et l'autre sur la berge utérine.

La traction sur le myome est assurée par une pince de gros calibre (pince de Semm) introduite par le trocart sus-pubien médian de **10** mm ; au fur et à mesure de la dissection, la position de ces pinces doit être modifiée.

Une fois la dissection terminée, la loge utérine est lavée abondamment avec du sérum chaud à **45°** et si nécessaire, des hémostases complémentaires à la bipolaire sont réalisées.

Le point essentiel de ce temps opératoire est toujours d'effectuer très scrupuleusement de proche en proche les hémostases afin de ne jamais se laisser déborder par le saignement.

Pour les myomes sous séreux et les myomes intra muraux de plus de **2** cm, on suture l'utérus, le plus souvent en plan séro-musculaire. Différentes techniques peuvent être utilisées : surjet séro-musculaire qui est la technique la plus simple et la plus rapide, points séparés noués en

intra-péritonéal ou points séparés noués en extracorporel puis descendus à l'aide d'un pousse-noeud.

•l'extraction du myome :

En cas de myomes de petit volume (maximum **3** cm), l'extraction peut se faire, avec ou sans morcellement, par voie sus-pubienne, en élargissant légèrement l'orifice du trocart médian. Cependant en cas de myome plus volumineux (**4** cm ou plus), on fait recours systématiquement à la colpotomie postérieure ou au morcellement.

3-2. La chirurgie radicale : [25,29]

Indication des hystérectomies :

Fibromes volumineux déformant l'abdomen nécessitant une hystérectomie totale inter annexielle avec conservation des ovaires s'ils sont bons.

Gros fibromes chez les femmes pré ménopausiques ou en ménopause avec lésion annexielle, l'hystérectomie s'impose surtout quand le col porte une lésion suspecte.

Fibromes sous muqueux saignant accompagnés d'anémie sévère chez une femme âgée.

Fibromes intra ligamentaires ou enclavés dans le Douglas ou dans les lésions de myomatoses multiples.

a. Hystérectomie totale par voie abdominale :

Elle Consiste à enlever tout l'utérus, la conservation des annexes dépend de leur état anatomique.

Technique :

La patiente mise en position horizontale, tête en bas pour dégager la cavité pelvienne des anses intestinales.

A l'ouverture du ventre, aidé des écarteurs, on procède à une exploration soigneuse de tous les organes pelviens pour les individualiser.

L'utérus est saisi par une hystérolabe ou une pince de **POZZI**. On procède de la façon suivante :

Annexes sacrifiées :

La ligature du pédicule lombo-ovarien ou infundibulo-ovarien :

Elle peut nécessiter le clivage de la racine du méso colon pelvien et même un petit décollement colo-pariétal. Il faut identifier les uretères sous le péritoine.

La section du pédicule : elle se fait entre la ligature et une pince de **Kocher** servant de repère.

La section du feuillet antérieur du ligament large : se fait aux ciseaux jusqu'au ligament rond.

La section du ligament rond : effectuée entre la ligature et une forte pince qui prend toute l'annexe au ras de la corne utérine.

Annexes conservées :

La ligature en masse de l'annexe : à l'aide d'une aiguille perforant le ligament large en dehors des vaisseaux d'avant en arrière on ramène un fil solide (acide poly glycolique serti **1**) qui étreint le ligament rond, la trompe et le ligament utéro-ovarien.

La section de l'annexe ; ce gros moignon doit être taillé curviligne au dépens de la corne utérine.

La section du péritoine vésico-utérin : les ciseaux sont introduits fermés sous le péritoine qui prolonge en avant de l'utérus le feuillet antérieur du ligament large.

L'ouverture des ciseaux élève l'espace vésico-utérin, il faut se méfier, le péritoine adhère à l'utérus et ne doit être élevé que dans la zone décollable.

Ainsi pour l'identifier, on met en tension la vessie et on sectionne à quelques millimètres au dessus de la zone adhérente à l'utérus ; la section est abandonnée sur la ligne médiane.

Répétition des mêmes manœuvres de l'autre coté : à ce moment le péritoine est ouvert en avant d'un ligament rond à l'autre, en arrière d'un moignon annexiel ou utéro-ovarien.

L'incision du fascia péri vaginal : de la main gauche disposée derrière le col, on fait saillir celui-ci en le soulevant vers le haut. Au bistouri, on incise sur la ligne médiane un peu sur le vagin d'avantage sur le col le tissu cellulaire condensé sur une épaisseur de **2 mm**.

Clivage du fascia : aux ciseaux courbes, on amorce latéralement le clivage vertical entre le fascia et le dôme vaginal.

Il n'est pas utile de dépasser une profondeur de **15 mm** ; après cette amorce de clivage, on crée dans le fascia une brèche effilée aux **2** extrémités.

Ligature de l'artère utérine : le dissecteur coudé est engagé dans le plan de clivage et contourne le col toujours soulevé par la main gauche. L'extrémité du dissecteur coudé poussé fermement ressort près de la face postérieure du col et ramène le fil qui peut être un lien solide ou de l'acide polyglycolique **serti 1**, on ligature solidement l'artère utérine.

La ligature et la section de l'utero sacré : au bistouri on le sectionne en ménageant la ligature. On répète la même manœuvre de l'autre côté.

La section du péritoine recto vaginal : on la complète si nécessaire, après la section des utero sacrés. On clive les adhérences du rectum et on ouvre l'espace celluleux recto vaginal.

La suite de la ligature des vaisseaux latéraux : après la section des utero-sacrés le col monte facilement, on le palpe d'avant en arrière pour lier les vaisseaux latéraux jusqu'à l'insertion vaginale. On arrive au cul de sac latéral du vagin qui est souvent ouvert lors de la section du pédicule inférieur.

La section antérieure du vagin : au bistouri, le col est saisi dans une pince de ciseaux et attiré en haut et en arrière. On désinfecte le col et le vagin avec un produit iodé.

La section postérieure du vagin : sous contrôle de la vue au dessus des moignons de ligature, on sectionne le vagin. A ce moment on peut poser un drain en cas de saignement.

La péritonisation : réalisée selon certains auteurs au fil résorbable de droite à gauche de l'aide vers l'opérateur. Elle comporte le rapprochement des berges de section antérieure et postérieure du péritoine enfouissant soigneusement le ligament lombo ovarien droit puis le ligament rond droit sur la partie médiane.

On peut éventuellement solidariser cette péritonisation avec la tranche vaginale dans le but d'éviter les espaces morts.

Enfin on enfouit le ligament rond gauche ainsi que le ligament lombo ovarien gauche.

b. Hystérectomie subtotale ou supra vaginale par voie abdominale :

Les premiers temps sont les mêmes que l'hystérectomie totale à savoir :

- La ligature du pédicule lombo ovarien et la section du pédicule en cas d'annexes sacrifiées,
- la section du feuillet antérieur du ligament large,
- la ligature du ligament rond,
- la ligature en masse de l'annexe et sa section dans le cas des annexes conservées,
- l'ouverture du ligament large et l'ouverture du péritoine.

Le deuxième temps est constitué par :

- la séparation vesico utérine :

L'aide soulevant les deux ligaments ronds, on saisit le péritoine vésical devant l'utérus dans une pince de Duval ; celle-ci attire la vessie en haut. De l'extrémité des ciseaux courbes, on repousse avec respect la vessie en la clivant un peu de la face antérieure du col jusqu'au dessous de la section du col.

- le repérage au niveau de la section du col :

Il faut palper le col entre le pouce en avant de lui et les autres doigts en arrière.

- la ligature du pédicule utérin :

Au niveau de la future zone de section du col une aiguille courbe menée d'avant en arrière pique le bord latéral du col utérin, ressort dans la fosse pelvienne, ramène le fil (catgut chromé numéro **2**) qui est serré, lié, coupé à **5 mm** du dernier nœud.

La ligature du second pédicule utérin :

On sectionne le col au bistouri, en commençant par une artère utérine puis le col et après l'autre artère utérine. Cette section devrait si on pouvait le faire tailler un léger dièdre au dépend du col.

L'utérus est enlevé, une pince **POZZI** saisit le col en pleine face antérieure, au dessus de la tranche de section. Il faut éviter l'évidement du col. On vérifie la sécurité de l'hémostase.

Fermeture du col :

Nécessite de mettre **3** points : un médian, **2** latéraux.

Péritonisation :

Elle se fait de la même façon que dans l'hystérectomie totale.

Avantages de l'hystérectomie totale :

Intervention mutilante entraînant une ménopause artificielle,

Évite la survenue du néo du col ou de l'utérus,

Évite l'existence d'endo-exo-cervicites, des lésions dysmorphiques ou infectieuses incurables au traitement local.

Inconvénients :

-Dyspareunie

-Cicatrices douloureuses au fond du vagin

-Atrésie vaginale et un prolapsus

-Lésion des viscères surtout la section de l'uretère ou la vessie

Avantages de l'hystérectomie subtotale :

La facilité d'exécution et la rapidité militent en sa faveur.

Inconvénients de l'hystérectomie subtotale :

- le cancer du col ;
- les exo-cervicites et les métrorragies. [29]

X. Autres traitements :

a. La myolyse ou électrocoagulation des fibromes utérins par laparoscopie :

C'est une nouvelle procédure développée, il y quelques années par les gynécologues de New York. Elle consiste à amener le courant électrique à travers de longues électrodes bipolaires séparées l'une de l'autre par une distance de **5 mm**. L'instrument est introduit à l'intérieur de l'abdomen par des petits tubes.

Ces électrodes piquent les fibromes et le courant active la destruction sélective du tissu au voisinage des électrodes. Cette procédure est répétée à une trentaine de reprises selon différents angles.

Il se produit une dégradation des fibres musculaires du fibrome, une dénaturation des protéines et une destruction de la vascularisation. Il s'ensuit une diminution substantielle du volume des fibres utérines.

Cette myolyse est très efficace surtout pour le traitement des fibromes sous séreux et intra muraux de moins de **10 cm**, qui se trouvent d'abord réduit de **50 %** par une préparation aux analogues de Gn-Rh, puis de nouveau de **50 %** par électrocoagulation par laparoscopie.

Elle est réservée aux patientes ayant renoncé à toute grossesse, et a l'avantage de laisser l'utérus en place et de ne pas perturber la fonction sexuelle ou hormonale. [25]

b. L'embolisation artérielle du fibrome utérin : [36]

L'embolisation utérine présente de nombreux avantages. Elle permet d'éviter l'ablation de l'utérus, de conserver les cycles hormonaux et la convalescence est plus courte.

Technique mise au point au début des années **1990** par les équipes de gynécologie et de radiologie de l'hôpital Lariboisière de Paris ; il s'agit , sous anesthésie locale, d'introduire un cathéter très fin dans l'artère fémorale et ceci jusqu'aux artères de l'utérus.

A partir de là, une injection de billes microscopiques est effectuée, ce qui entraîne l'obturation des vaisseaux de l'utérus, provoquant du même coup l'asphyxie de tumeur en question c'est-à-dire du myofibrome.

L'hémorragie du même coup est stoppée et l'on voit avec surprise diminuer le volume de la tumeur qui laisse derrière elle une simple cicatrice.

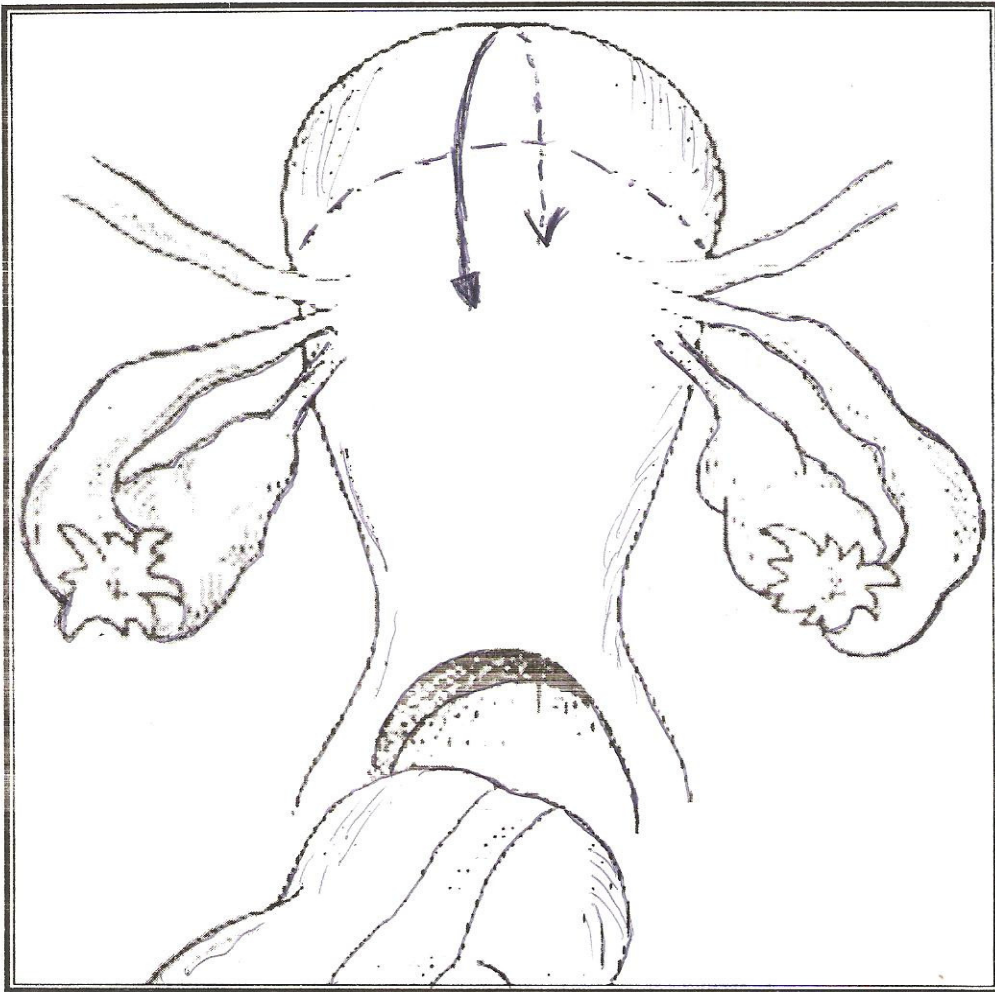


Fig5 : myomectomie d'un myome interstitiel d'après lansac. J, Body. G et Magnin G [25])
Tracé de l'incision sur le myome dans l'axe sagittal de l'utérus.

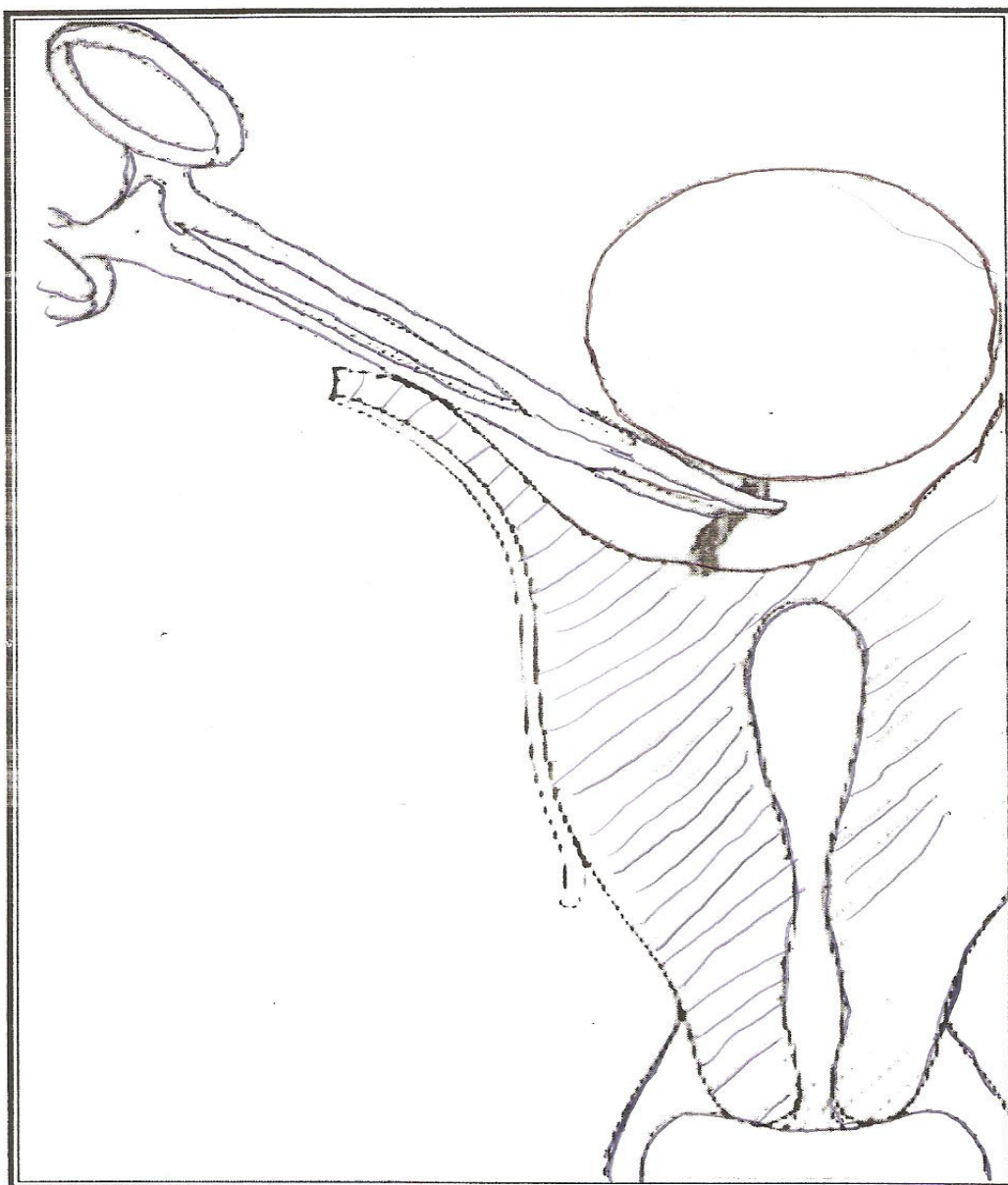


Fig.6 : Hémostase des vaisseaux nourriciers du myome d'après Lansac .J, Body.G et Magnin. [25]

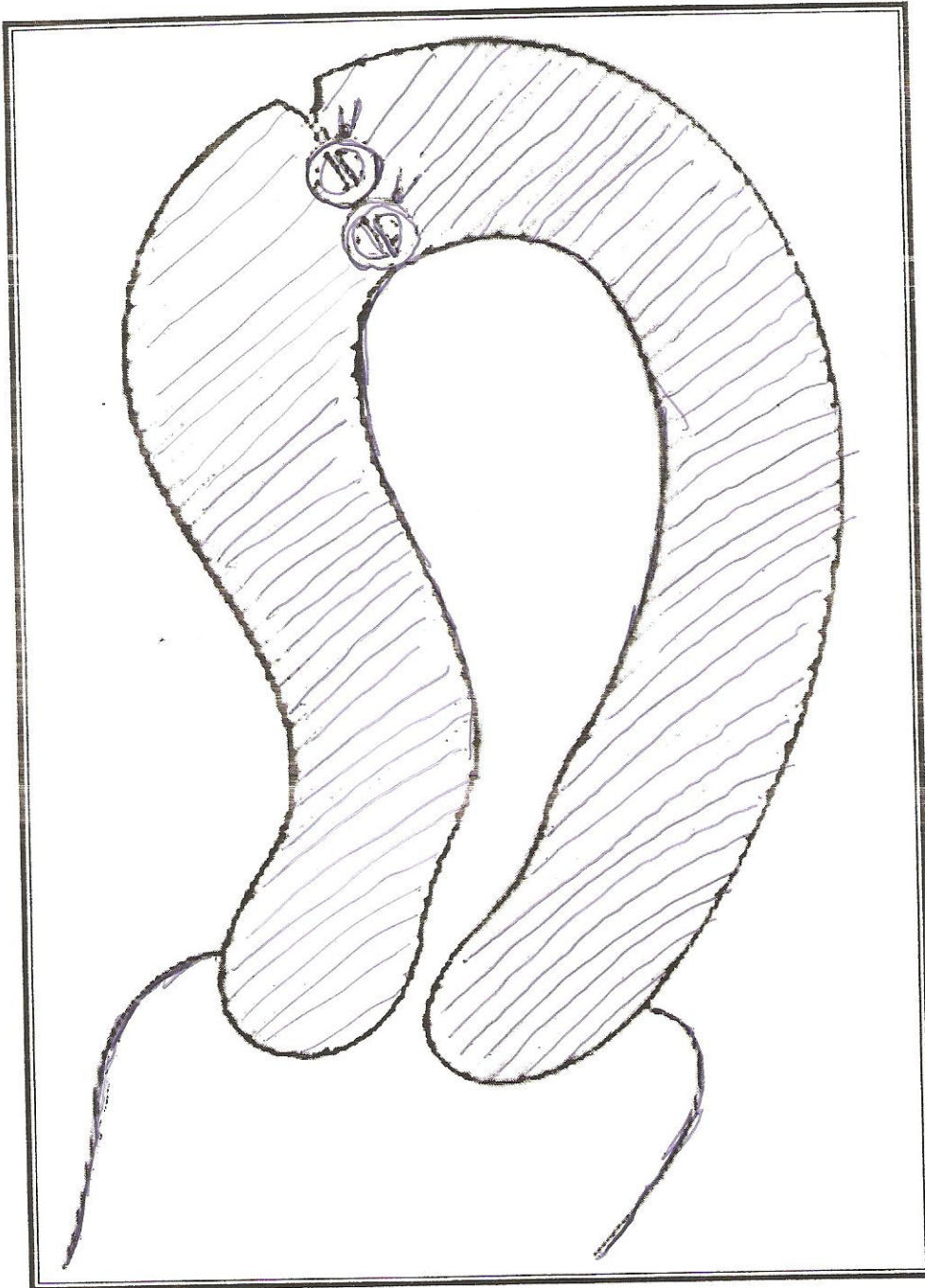


Fig.7 : Capitonnage de la cavité après ablation des myomes d'après Lansac . J, Body. G et Magnin. G [25]

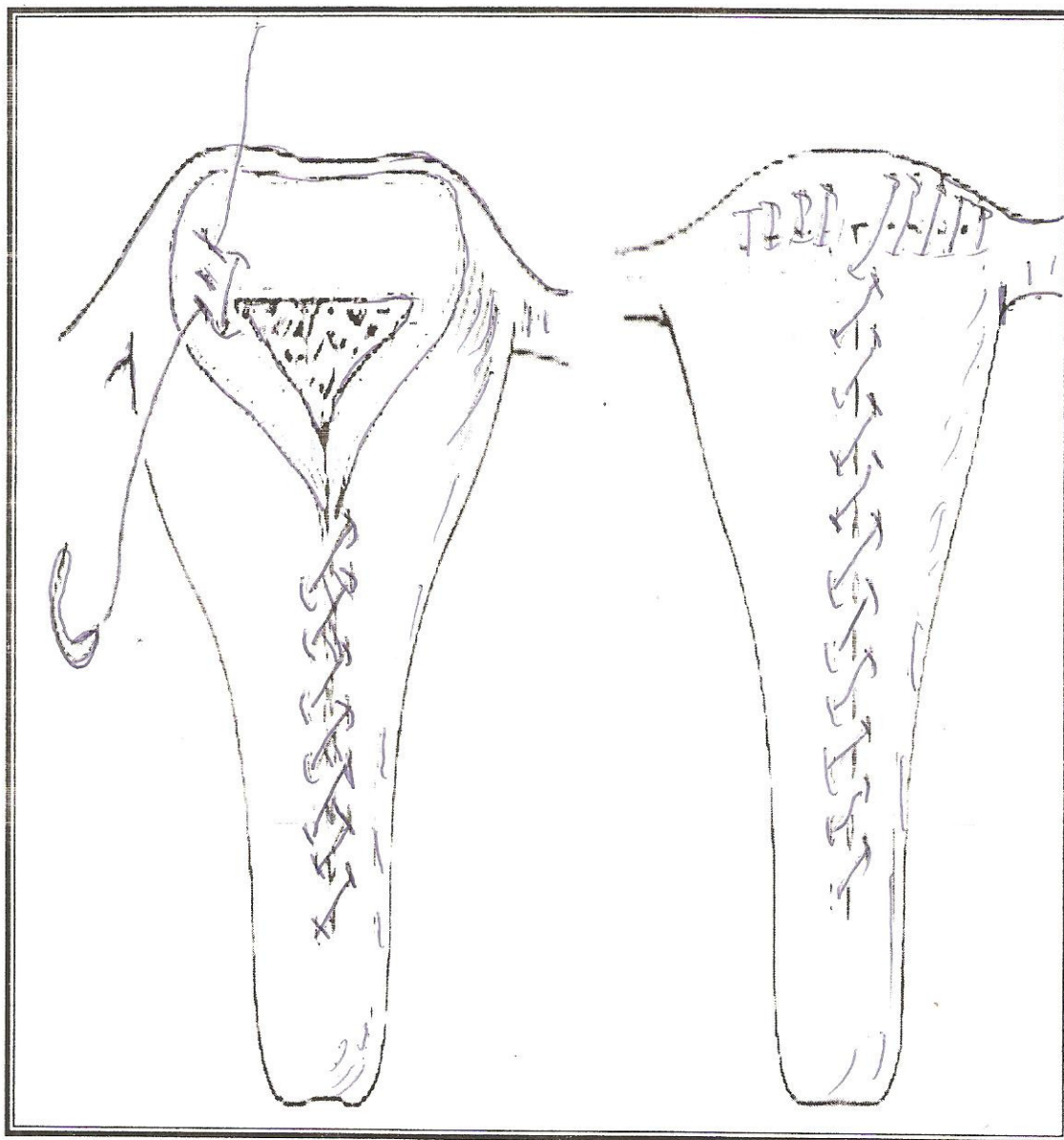


Fig.8 : Fermeture en T de la face postérieure de l'utérus d'après Lansac. J, Body. G et Magnin. G [25]

4

Méthodologie

1. Cadre d'étude : Maternité de garnison de Kati.

La maternité de garnison de Kati est située dans l'enceinte de l'I.H.K (infirmierie hôpital de Kati)

A. Une maternité crée le **22 Juin 1982**. Elle comporte **4** salles pour **14** lits.

La maternité est composée de :

- un bureau du médecin gynécologue
- Un bureau pour sage femme
- une salle d'attente
- une salle de garde
- une salle d'accouchement
- Une salle d'hospitalisation des accouchées
- des toilettes

B. L'infirmierie est composée de :

- une infirmierie Hospitalière avec **12** Salles d'hospitalisation pour 38 lits.
- une salle de consultation spécialisée
- une salle de consultation familiale
- une salle de Garde
- une salle d'injection
- une salle de pansement
- un bureau du Médecin chef
- un bureau du Médecin traitant
- un bureau du major
- un secrétariat
- une pharmacie Hospitalière
- des toilettes

C. Un pavillon chirurgical comprenant :

- un bloc opératoire avec trois salles d'opération, une salle de stérilisation, deux salles de réanimation, un bureau pour anesthésistes, une salle de garde, un vestiaire.

Ce bloc a été crée en **1991**.

-Un bureau pour Médecin

- un bloc d'hospitalisation de 4 salles pour 11 lits

- un laboratoire

- une salle de kinésithérapie

D. Une unité de Médecine Traditionnelle

E. Une unité d'odontostomatologie

L'Infirmierie Hôpital de Kati dispose des spécialistes dans les domaines suivants :

La gynécologie obstétrique

La gastroentérologie

La chirurgie générale

La traumatologie

L'urologie

Un pharmacien.

L'Infirmierie Hôpital de Kati relève de la Direction Centrale du Service de Santé des Armées (D.C.S.S.A)

F. Un service social

G. Un centre éveil

2. Période d'étude : Elle s'étend de Janvier 2000 à Décembre 2007.

3. Type d'étude : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, et transversale.

4. Population d'étude : Elle est constituée par les patientes qui ont consulté à la maternité de garnison de Kati.

- **Critères d'inclusion** : font partie de cette étude, toutes les femmes admises au service chez qui le diagnostic de fibrome a été posé cliniquement, confirmé ou non par une échographie pelvienne.

- **Critères d'exclusion** : Sont exclues toutes les femmes ayant consulté au centre chez qui le diagnostic de fibrome a été posé et dont les prises en charges ont été faites en dehors du service, ainsi que celles ayant consulté pour autres motifs.

Au total nous avons retenu **185** cas.

5- Recueil des données : Pour ce travail nous avons utilisé les registres de consultations du service de gynécologie, les dossiers de consultations de ce même service et les cahiers de compte rendu opératoire du pavillon chirurgicale de l'Infirmierie Hôpital de Kati.

6- Analyse des données : A été faite par le logiciel Epi.Info version 6, le Microsoft Word. Le test de Khi² a été utilisé pour comparer nos résultats aux données de la littérature ; les valeurs de $p < 0,05$ ont été admises pour seuil de différence statistiquement significative.

5

Résultats

1- Fréquence

Durant notre période d'étude, de 2000 à 2007, nous avons enregistré **11247** consultations gynécologiques, dont **185** cas de fibromes utérins soit une fréquence de **1,64%**.

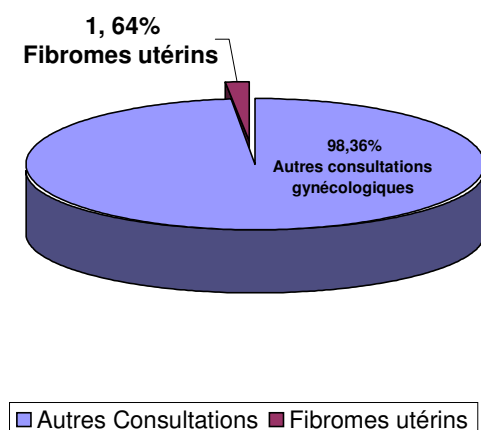


Figure I : Fréquence du fibrome utérin par rapport au nombre de consultation gynécologique

Tableau I : Répartition des patientes selon l'année de consultation

Année de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
2000-2001	47	25,4
2002-2003	13	7
2004-2005	74	40
2006-2007	51	27,6
Total	185	100

Tableau II : Répartition des patientes selon l'âge

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
20-24	5	2,7
25-29	20	10,8
30-34	16	8,7
35-39	89	48,1
40 et plus	55	29,7
Total	185	100

L'âge moyen était de 36,4 ±6,5 ans avec des extrêmes de 20 ans et 61 ans

La tranche d'âge **35-39** ans dominait notre échantillon soit **48,1%**.

Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	65	35,1
Peulh	38	20,5
Sarakolé	37	20
Malinké	22	11,9
Sonrhaï	12	6,5
Dogon	7	3,8
Bobo	2	1,1
Kassonké	2	1,1
Total	185	100

Ce résultat reflète la répartition démographique de la population malienne avec une forte représentation des Bambaras **65** cas soit **35,1%**.

Tableau IV : Répartition des patientes selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	132	71,4
Veuve	18	9,7
Célibataire	20	10,8
Divorcée	15	8,1
Total	185	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec **71,4%**.

Tableau V : Répartition des patientes selon le niveau d'alphabétisation à l'Ecole Française.

Niveau	Effectif	Pourcentage (%)
Analphabète	96	51,9
Primaire	40	21,6
Secondaire	29	15,7
Supérieure	20	10,8
Total	185	100

Le taux d'analphabétisme est très élevé avec **51,9%**.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	79	58,9
Kati	72	24,2
Autres	34	16,9
Total	185	100

Les patientes résidant à Bamako étaient les plus représentées avec **58,9%**.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	119	64,3
Fonctionnaire	34	18,4
Commerçant	26	14,1
Elève / Etudiant	5	2,7
Teinturière	1	0,5
Total	185	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Myomectomie	18	9,7
appendicectomie	4	2,2
Coelio-chirurgie	4	2,2
GEU	3	1,6
Césarienne	2	1,1
Plastie tubaire	2	1,1
Ligature des trompes	1	0,5
Néant	151	81,6
Total	185	100

18 cas de récurrence sont constatés dans les antécédents chirurgicaux soit un taux de **9,7%**.

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	6	3,2
Asthme	4	2,2
Diabète	3	1,6
Ulcère	3	1,6
HIV	2	1,1
Drépanocytose	2	1,1
Néant	165	89,2
Total	185	100

Six patientes soit 3,2 % avaient des antécédents d'hypertension artérielle (HTA)

Tableau X : Répartition des patientes selon le déroulement du cycle menstruel

Cycle	Effectif	Pourcentage (%)
Régulier	161	87
Irrégulier	24	13
Total	185	100

Le cycle menstruel était régulier dans **87%**.

Tableau XI : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage (%)
Nulligeste (0)	61	33
Primigeste (1)	37	20
Paucigeste (2-3)	45	24,3
Multigeste (4-6)	34	18,4
Grande multi geste >6	08	4,3
Total	185	100

Les nulligestes ont représenté **33%** dans notre série.

Tableau XII: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage (%)
Nullipare (0)	76	41,1
Primipare (1)	46	24,9
Paucipare (2-3)	21	19,5
Multipare (4-6)	38	12,3
Grande multipare >6	4	2,2
Total	185	100

khi² =71,76 P=0,000000 DDL=1

Les nullipares et les primipares ont représenté **66%** dans notre série. Il existe une différence statistiquement significative entre la parité et la pathologie myomatose utérine.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le nombre d'avortement

Nombre d'avortement	Effectif	Pourcentage (%)
0	123	66,4
1-2	56	30,3
3 et plus	6	3,3
Total	185	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Stérilité	89	48,1
Hémorragie génitale rebelle	40	21,6
Douleur abdomino-pelvienne	30	16,2
Masse pelvienne	19	10,3
Autres	7	3,8
Total	185	100

Autres : Dyspareunie 1 (0,5%) dysménorrhée 2(1%) leucorrhée 4(2%)
Les complications hémorragiques sont retrouvées dans 21,6%.

Tableau XV : Répartition des patientes selon le type d'hémorragie

Type	Effectif	Pourcentage (%)
Ménorragie	21	52,5
Métrorragie	11	27,5
Ménométrorragie	8	20
Total	40	100

52,5% de nos patientes ont consulté pour ménorragie.

Tableau XV I: Répartition des patientes selon l'état général à l'examen clinique

Etat général	Effectif	Pourcentage (%)
Bon	171	92,4
Passable	9	4,9
Altéré	5	2,7
Total	185	100

92,4% de nos patientes avaient un bon état général.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives à l'examen

Conjonctives	Effectif	Pourcentage (%)
Colorées	106	57,3
Pâles	79	42,7
Total	185	100

La pâleur conjonctivale est retrouvée dans 42,7% des cas.

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

Taille de l'utérus	Effectif	Pourcentage (%)
Normale	9	4,9
8-12 SA	40	21,6
13-17 SA	76	41,1
>17 SA	60	32,4
Total	185	100

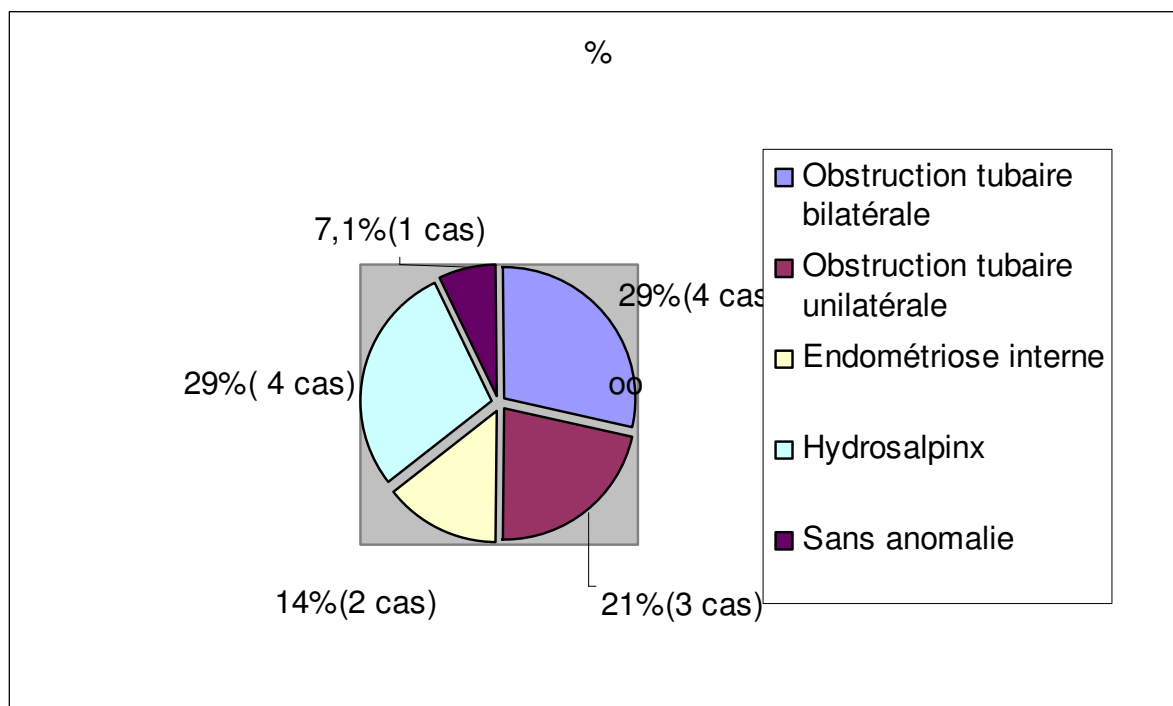
Tableau XIX : Répartition des patientes selon les examens complémentaires effectués.

Examens	Oui	Nom
Echo	175(94,6%)	10(5,4%)
HSG	14(7,1%)	171(92,9%)
COELIOSCOPIE	6(3%)	179(96,8%)

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'état de la cavité utérine à l'hystérosalpingographie

Etat de la cavité utérine	Effectif	Pourcentage (%)
Elargie	6	42,9
Déviée	4	28,6
Image lacunaire	1	7,1
Normale	3	21,4
Total	14	100

Fig. 2 : Répartition des patientes selon l'état des trompes à l'hystérosalpingographie



29% de nos patientes ont une obstruction tubaire bilatérale et un hydrosalpinx

Tableau XXI: Répartition des patientes selon la localisation anatomique du fibrome à l'échographie.

Siège des myomes	Effectif	Pourcentage (%)
Corporéal	146	78,9
Cervical	28	15,1
Isthmique	31	16,8

Le myome était localisé au niveau corporéal dans 78,9% des cas.

Tableau XXII: Répartition des patientes selon le siège des myomes par rapport aux différentes tuniques de l'utérus à l'échographie.

Niveau	Effectif	Pourcentage
Sous séreux	86	46,5
Interstitiel	75	40,5
Sous muqueux	38	20,5

Les myomes sous séreux sont plus fréquents avec 46,5%.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le nombre de myomes

Nombre de myomes	Effectif	Pourcentage (%)
Unique	60	32,4
Multiple	125	67,6
Total	185	100

Tableau XXIV : Répartition des myomes selon le diamètre à l'échographie

Diamètre (cm)	Effectif	Pourcentage (%)
1-5	136	43,8
6-10	110	35,5
11-20	48	15,5
21- 30	16	5,2
Total	310	100

Tableau XXV: Répartition des patientes selon les pathologies associée.

Pathologies associées	Effectif	Pourcentage (%)
Kyste organique de l'ovaire	27	14,6
Endométriose interne	12	6,5
Anémie	12	6,5
Tumeur de l'ovaire	4	2,2
Prolapsus utérin	3	1,6
HTA	2	1,1
Aucun	125	67,5
Total	185	100

Le fibrome peut s'associer à beaucoup de pathologies.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le bilan pré-opératoire .

Bilan	Effectif	Pourcentage (%)
Groupage sanguin	165	89,1
NFS	102	14,6
Glycémie à jeûn	57	6,5
Créatinémie	62	6,5
Urée	23	2,2
TP-TCK	19	1,6

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon le traitement médical reçu

Médicaments	Effectif	Pourcentage (%)
Progestatif	22	62,9
Anti-inflammatoire non stéroïdien et antibiotique	13	37,1
Total	35	100

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le type de traitement chirurgical

Type de traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Myomectomie	145	78,4
Hystérectomie totale +Annexectomie bilatérale	16	8,6
Hystérectomie totale	14	7,6
Hystérectomie subtotale	10	5,4
Total	185	100

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction du nombre d'avortements spontanés et la localisation du myome selon la structure histologique de l'utérus.

	>1		0		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Nombre D'avortement						
Localisation du myome						
Myome sous muqueux	30	16,2	08	4,3	38	20,6
Myome sous sereux	12	6,5	60	32,4	72	38,9
Myome interstitiel	16	8,6	59	31,9	75	40,5
Total	58	32,3	127	68,6	185	100

Khi²=13,5002 ; p=0,035748 ; degrés de liberté =6

Il existe une liaison statistiquement significative entre le nombre d'avortements spontanés et la localisation du myome.

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon la transfusion

Transfusion	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	75	40,5
Non	110	59,5
Total	185	100

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée	Effectif	Pourcentage (%)
5	148	80
6	24	13
7	13	7
Total	185	100

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon les suites opératoires.

Suites	Effectif	Pourcentage (%)
Hémorragies	13	7
Pelviaigies	7	4
Suppuration pariétale	2	1
Infection urinaire	2	1
Eventration	2	1
Aucun	159	86
Total	185	100

6

Commentaires et Discussion

I. Aspects épidémiologiques :

Durant notre période d'étude, de 2000 à 2007, nous avons enregistré **11247** consultations gynécologiques, dont **185** cas de fibromes utérins soit une fréquence de **1,64%**.

Ce taux est largement inférieur à celui de Koné B. [23] qui dans sa thèse au C.S.Ref.C.V en 2008 a trouvé une fréquence de 6,7% (120/1786 consultations gynécologiques).

II- caractéristiques sociodémographiques :

- Age

La plus jeune patiente de notre série avait 20 ans et la plus âgée 61 ans. La tranche d'âge 35-39 ans dominait notre échantillon soit 48,1 % (112 /185 cas).

Notre taux est supérieur à celui de Ouattara Drissa. [23] dans sa thèse [19] dans la tranche d'âge 31-37 ans soit 30,55%.

Khi²=8,65 ddl=1 P=0,003279

Cette différence est statistiquement significative.

Pour Kountan J.C. [25] dans sa thèse à Abidjan, le pic de fréquence d'apparition du fibrome se situait entre 34-44 ans.

Butram [8] relève que 20% des femmes sont porteuses de myomes avant 30 ans et 40% des femmes de plus de 50 ans.

-Ethnie

Les Bambaras sont les plus représentée dans notre série soit 35,1%.

Ce résultat reflète la répartition démographique de la population bamakoise avec une forte représentation des Bambaras.

- La profession

Dans notre série les principales professions étaient constituées de ménagères (64,3%), de fonctionnaires (18,3%) et de commerçantes (14,1%)

TOURE OD. [42] dans le service de gynéco-obstétrique au C.H.U.Pt.G en 1992 a trouvé 76% de ménagères ; 23% de fonctionnaires.

Les ménagères étaient les plus fréquentes, ceci s'explique par le taux élevé de femmes non scolarisées au Mali avec une fréquence de 51,9%. Suivi par les patientes n'ayant effectuée que les études primaires soit 21,6% (40 cas) ; 10,8% seulement soit 20 patientes avaient fait des études supérieures et 29 patientes soit 20,4% avaient le niveau secondaire.

III- Antécédents :

Les antécédents retrouvés étaient :

-La Myomectomie chez 9,7%(18/185) de nos patientes, ceci explique le risque de récurrence des myomes. Fedele en 1995 [15] a trouvé qu'une femme sur deux récidives à 5 ans.

-La GEU chez 1,6% (3/185) de nos patientes, pourrait s'expliquer par des compressions extrinsèques des trompes utérines par des fibromes géants et par leur localisation angulaire ;

-La Césarienne chez 1,1% (2/185) de nos patientes et cela par le fait que le fibrome pourrait constituer un obstacle prævia ou provoquer une dystocie dynamique.

Pither S. et al. à Libreville en 2003 [35] avaient trouvé un antécédent de myomectomie chez 6,2% (8/127) des patientes et de GEU chez 5,5%(7/127) de ses patientes.

Dans notre série 33,6% de nos patientes avaient fait au moins un avortement.

Keita M M. [24] et Koné B. [23] dans leurs thèses au Mali avaient respectivement trouvé 39,48% et 38,3% d'avortement.

-Au cours de notre étude 6 patientes soit 3,2% avaient des antécédents d'hypertension artérielle

-Le cycle menstruel était régulier chez 161 patientes soit 87% et irrégulier chez 24 patientes soit 13%.

THIERO D. [41] au C.S.Ref.C.V en 2004 a trouvé que 72,8% des cas avaient un cycle régulier et 27,2% un cycle irrégulier.

- La parité

Dans notre étude les nullipares dominaient notre échantillon soit 41,1%(76/185 cas),

Ce taux est supérieur à celui de Koutouan J.C. à Abidjan [25] qui a trouvé 36,31%. Les primipares constituaient 24,9%(46/185 cas), les multipares 12,3% (23/185 cas), les paucipares 19,5%(36/185 cas) et les grandes multipares 2,2% (4/185 cas).

IV. Aspects cliniques :

A- Motifs de consultation :

1-La stérilité :

Nous avons trouvé 48,1% (89/185) de stérilité dont 20,5% de stérilité primaire et 27,6% de stérilité secondaire.

Keita M .M [23] dans sa thèse au Mali en 2005 trouvait 31,5% de stérilité primaire et 39,4% de stérilité secondaire. Dia A. et al. [11] à Dakar en 2003 ont trouvé 55,14% de stérilité.

Nos taux sont inférieurs à ceux des auteurs cités ci-dessus.

Kountan J. C. à Abidjan [25] a trouvé seulement 15, 5% de stérilité primaire. Frère Marc dans sa thèse à Lyon [16] a trouvé 5 cas de stérilité primaire et 3 cas de stérilité secondaire.

Les fibromes sous muqueux seraient pour la majorité des auteurs la cause de cette stérilité par obstacle mécanique ou par lésions concomitantes de l'endomètre. [42]

Notre étude a objectivé 20,5% de fibrome sous muqueux (38/185) 40,5% de fibrome intra mural (75/185).

Thiero D. [41] dans sa thèse avait trouvé 37,3% de fibrome sous muqueux et 7,4% de fibrome intra cavitaire.

2-Les douleurs :

Dans notre étude 16,2% (30/185 cas) des patientes avaient manifesté des douleurs abdomino-pelviennes.

Fibrome utérin : Aspects épidémiologiques ; cliniques et thérapeutiques à la maternité de la garnison de Kati

Ce taux est inférieur à ceux de Diarra A. [12] dans sa thèse au C.H.U.G.T en 2004 54% et de **Dia A.** et al. [11] à Dakar 77, 1%. Ce taux varie de 21% pour Huguier [20] à 33% pour Kountan J.C. [25] à Abidjan. Les douleurs sont des signes d'appels fréquents mais rarement liés au fibrome lui-même. Elles peuvent être dues à des phénomènes de compression et de nécrobiose. [42]

3- Masse pelvienne :

Dans 10% des cas, les patientes ont consulté pour sensation de masse pelvienne. Ce taux est supérieur à celui de Ouattara D. au C.S.Ref.C.IV [34] qui avait trouvé 8,33%.

$$P=0,690134 \quad Khi^2=0,16$$

Cette différence est statistiquement non significative.

Dans la série de Lamorte (1993) [26] il a trouvé 21% d'augmentation de volume utérin.

Cette sensation de masse à type de pesanteur est due le plus souvent au volume des myomes. [42]

4-Hémorragie génitale :

Nous avons enregistré 21,6% d'hémorragie génitale (40/185 cas) dont 52,5%(21/40) de cas de ménorragie, 27,5%(11/40) de cas de métrorragie et 20%(8/40) de cas de ménométrorragie.

Notre taux est largement inférieur à ceux de Keita M. M. [24] dans sa thèse au C.N.T.S de Bamako en 2005 qui avait trouvé 52,63% d'hémorragie génitale et de DIA A. à Dakar en 2003 [11] qui a rapporté 72,1%.

Quant à Boury Heller [7], sur 610 cas, 67% des malades saignaient.

5-Autres motifs de consultation :

Les leucorrhées ont représenté 2 %(4/185 cas), la dysménorrhée 1% (2 /185cas) et la dyspareunie 0,5 %(1/185 cas) soit un ensemble de 3,5%.

B- Examen clinique :

Fibrome utérin : Aspects épidémiologiques ; cliniques et thérapeutiques à la maternité de la garnison de Kati

-L'état général : 92,4%(171/185) de nos patientes avaient un bon état général, 4,3%(8/185) avaient un état général passable et 3,2%(6/185) de cas avaient une altération de l'état général.

-57,3%(106/185 cas) des patientes avaient des conjonctives et des téguments colorés et 42,7% (79/185) de cas de pâleur conjonctivale.

Obésité : Nous avons trouvé 12 cas soit 6,5% des patientes obèses.

-L'âge moyen de la ménarche des patientes était de 12 ans.

-La taille de l'utérus était cliniquement augmentée chez 176 patientes soit 95,13%, ce taux est semblable à celui de Ouattara D. [34] dans sa thèse au Mali soit 96,29%.

La taille de l'utérus était normale dans 4,9%(9/185) des cas. Ce taux est inférieur à celui de Thiero D. [41] soit 18,5%.

C. Examens para cliniques :

-Hystérosalpingographie HSG :

Elle avait été réalisée chez 7,1%(14 cas) de nos patientes .Ce taux est inférieur à celui de Traoré M. [44] au Mali soit 20%.

PITHERS et al. [35] à Libreville avaient réalisé l'H.S.G chez 52 patientes (52/127).

Elle avait permis de poser le diagnostic de fibrome utérin à travers ses images évocatrices et de nous renseigner sur l'état de la cavité utérine.

Ainsi 42,86%(6/14) des patientes avaient une cavité utérine élargie, 28,57%(4/14) de cas de cavité utérine déviée et 7,14% d'image lacunaire (1/14).

Koné B. [23] dans sa thèse au C.S.Ref.C.V en 2008 avait trouvé 41,7% de forme utérine déviée, 33,3% de cavité élargie et 10% d'image lacunaire. Elle nous a permis aussi de nous renseigner sur l'état des trompes soit 50% d'obstruction tubaire (7 /14), 28,6% d'hydrosalpinx (4 /14), 14,3% d'endométriose (2/14).

PITHERS et al. [35] à Libreville avaient réalisé l'hystéro-salpingographie chez 52 patientes dont 18% d'obstruction tubaire et 42% d'hydrosalpinx.

- Echographie :

Elle avait confirmé le diagnostic de fibrome utérin chez 175 patientes soit 94,6%. Thiero D. [41] avait trouvé 90,9%(451/496).

Elle nous a permis de savoir le siège des myomes, ainsi nous avons trouvé :

146 myomes de siège corporel soit 78,9% contre 76% pour Sangaret et Coll. [40] à Abidjan.

28 myomes de siège cervical 15,1% contre 1 cas pour Frère Marc à Lyon. [16]

31 myomes de siège isthmique 16,8% contre 5,5% pour Boury Heyler.[7]
Koné B. [23] trouvait 112 cas de myome corporel soit 93,3% ; 15,0% (18 cas) de myome de siège isthmique et 4,2% (18 cas) de myome interstitiel.

Thiero D. [41] nous rapportait dans sa thèse 35 myomes de siège cervical, 155 myomes de siège isthmique et 419 myomes fundico-corporels.

-Coelioscopie :

La coelioscopie a été réalisée chez 3% de nos patientes (6 cas) et le diagnostic de fibromes sous sereux pédiculés et sessiles a été posé.

Thiero D. [41] dans sa thèse avait réalisé 100 coelioscopies soit 20,2%.

Koné B. [23] avait réalisé la coelioscopie chez 2,7% des patientes.

Réalisée elle nous renseigne sur l'état des trompes, des ovaires et les autres organes du pelvis.

-Frottis de dépistage du cancer du col

Il n'est pratiqué que dans les cas suspects de néo du col ou de l'endomètre.

Dans notre étude aucun frottis de dépistage n'a été effectué.

-Anatomo-pathologie:

-Nombre de myomes :

Le nombre de myomes variait de 1 à 29 nodules, ainsi nous avons trouvé 67,5% (125/185) de myomes multiples, 32,4%(60/185) de myomes uniques.

Koné B. [23] dans sa thèse à Bamako avait trouvé 80,8% de myomes multiples et 19,2% de myomes solitaires ; quand à Ouattara D. [34] 10 cas de noyaux solitaires (9,25%) et 92 cas d'utérus polymyomateux soit 90,74%.

-La taille et le poids : Dans nos dossiers le volume utérin a été comparé soit à des fruits (mandarine, orange, pamplemousse), soit à une tête de nourrissons. Le poids n'a pas été mentionné dans nos dossiers post opératoires.

V. Prise en charge :

A. Traitement médical :

62,9 % des patientes ont suivi un traitement progestatif à type Primolut Nor, ce taux est comparable à celui de Ouattara D. [34] au C.S.Ref.C.IV soit 60,32% mais supérieur à celui de Touré O.D. [42] au C.H.U.Pt .G soit 52%.

37,1 % des patientes ont bénéficié d'un traitement à base d'anti-inflammatoire non stéroïdien et d'antibiotique.

B. Traitement chirurgical

Il s'agit du traitement chirurgical conservateur (myomectomie) et de la chirurgie radicale (hystérectomie).

a- la myomectomie

Traitement chirurgical pour préserver la fertilité, a été effectuée dans le cadre de notre étude chez 145 patientes soit 78,4 % de myomectomie.

Thiero D. [41] au C.S.Ref.C.V trouvait 188 myomectomies soit 37,9% dans son étude.Kountan J.C. dans sa thèse à Dakar [25] avait trouvé 17,05% de myomectomie et Keita M. M. [24] au C.N.T.S de Bamako trouva 78,9% (30 cas) de myomectomie /polymyomectomie.

Dans notre étude les myomectomies/polymyomectomies ont concerné les myomes uniques chez des patientes jeunes qui avaient un problème de stérilité ; les utérus polymyomateux chez des patientes désirant garder leur fertilité.

b- Hystérectomie

L'hystérectomie peut être totale ou subtotale.

Dans notre série ont été effectuées 10 hystérectomies subtotaux soit 5,4%(en cas de pelvis barrés d'adhérences ou d'état hémodynamique défavorable) ,14 hystérectomies totales soit 7,6% et 8,6 % d'hystérectomies avec annexectomies (16/185).

Dia A. et al. [11] à Dakar en 2003 ont trouvé 35,72% d'hystérectomie subtotale et 27,86% d'hystérectomie totale.

Thiero D [41] dans sa thèse avait trouvé 13 hystérectomies subtotaux (26%) ,23 cas d'hystérectomies avec annexectomie soit 4,6%.

Diarra A [12] dans sa thèse au C.H.U.G.T a trouvé 27 hystérectomies totales soit 33% et 4 hystérectomies subtotaux soit 5%.

Les hystérectomies ont été pratiquées dans notre étude chez des patientes ayant 40 ans ou plus avec un volume utérin important ne désirant plus avoir d'enfant.

c. Transfusion

Parmi les 185 patientes ,106 étaient bien colorées soit 57,3%, 79 étaient pâles soit 42,7%. 75 parmi elles soit 40,5% avaient des signes d'intolérance de l'anémie et ont reçu des transfusions de sang total, celles peu colorées ont reçu des traitements médicaux anti- anémiques.

d .Suites post-opératoires

- Suites post-opératoires immédiates

Nous nous sommes intéressés aux suites allant de la sortie de la patiente à 1 mois après hospitalisation.

En effet cette période permet d'apprécier la cicatrisation de la plaie opératoire et de recenser les éventuelles complications immédiates post-opératoires.

La majorité de nos patientes, soit 86%(159 /185) ont présenté des suites opératoires simples.

Nous avons recensé comme complications post-opératoires

13 cas (7%) d'hémorragie génitale

7 cas (4%) de pelvialgie

2 cas (1%) suppuration pariétale

2 cas (1%) d'infection urinaire

2 cas (1%) d'éventration.

Touré O.D. [42] avait enregistré 1 cas de décès, 1 cas d'anémie et 1 cas d'hémorragie alors que Traoré M. [44] en 1992 sur un effectif de 192 patientes (période d'observation= 1 an et demi), a enregistré 2 cas de péritonite, 1 cas de décès dans un tableau de choc septique, 1 cas de suppuration pariétale.

- Récidives :

Dans notre série, on a retrouvé 2% (4 cas) de récurrence de myome utérin parmi nos patientes opérées.

NEHZAT [33] a trouvé dans son étude, 11% de récurrences à 1 an, par contre PITHER S. et al. à Libreville [35] ont rapporté 5% de récurrences à 3 ans.

7

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

Conclusion

Au terme de l'étude, nous constatons que le fibrome utérin est une pathologie fréquente qui apparaît surtout chez les femmes dans la pré-ménopause.

Le diagnostic de cette maladie a été posé cliniquement dans la majorité des cas et l'examen clinique a relevé que 95,1% de nos patientes avaient un volume utérin important, ce qui atteste non seulement du retard qu'elles prennent pour se rendre en consultation, mais aussi le nombre élevé de diagnostic clinique.

La stérilité est le motif de consultation le plus fréquent.

Le fibrome utérin est de ce fait un problème de santé publique dans notre pays.

Heureusement, son diagnostic et son traitement sont à notre portée.

Recommandations :

Aux autorités politiques et administratives :

La mise en place d'une cellule de recherche sur la pathogénie du fibrome utérin.

Assurer la formation de spécialistes en gynécologie obstétrique ;

Equiper les services de gynécologie et d'obstétrique en matériels de qualité.

L'information, l'éducation et la communication pour inciter les femmes aux consultations gynécologiques.

Aux prestataires de services :

La recherche systématique de cette pathologie chez toute femme venant consulter afin de pouvoir faire sa prise en charge au moment opportun.

Aux femmes :

Une consultation gynécologique dès l'apparition des premiers symptômes.

8

REFERENCES

1. Afrique santé :

Fibrome utérin quand opérer ? 1985,55-9 ; 18-24.

2-Bastide G.

Bassin, parois et contenu. Schémas de travaux pratiques, fascicule 14 N°611-95 BAS.

Bibliothèque FMPOS.

3. Bayo S.

Contribution à l'étude des fibromyomes utérins à DAKAR à propos de 316 observations.

Thèse de médecine DAKAR : 1973 ; N°11.

4-Bernard P.

Gynécologie generale-éd-vigot-1977:250-4.

5. B.Hedon, P.Madelenat, D.Dargent, R.Frydman:

Edition marketing/ Ellipses, 1998.P113-114-32.

6-Burbank F., Hutchins FL.

« Uterine artery occlusion by embolization or Surgery for treatment of fibroids: a unifying hypothesis-transient uterine ischemia », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 7, 2000, p. 51-49.

7-Boury Heyler cl.

Les indications thérapeutiques du fibrome utérin

Gaz Méd. France 1963 ;70 ;N°14 :2425-2488.

8-Buttram VC, Reiter RC.

Uterine leiomyomata : aetiology, symptomatology, and management .
Fertil steril 1981; 36:433-435.

9. Charpon C., Dubuisson JB., Aubriot FX., Foulot H., Moulut M., Bouget DE Jolinière J.

Myomectomie percoelioscopique.Technique opératoire. Ed.

Technique. Encycl. Med.Chir (Paris France).Techniques chirurgicales, urologiques, gynécologiques 2^e Fr.41-515 ; 1993, 3p.

10. Claude Gompel ; Léopold G.Kosso :

Cytologie gynécologique et ses bases anatomo-cliniques, édition PARIS, 1996. P23-24 N°618GOM Bibliothèque FMPOS.

11-Dia A, Beye S. B, Dangou J.M. [et al.].

Les fibromes utérins à la clinique chirurgicale de Dakar : à propos de 140 cas opérés en 2 ans. Dakar Médical, 2003, 48, 2, 72-76.

12-Diarra A.

Contribution à l'étude du fibrome utérin à propos de 82 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital National de Gabriel Touré.

Thèse Méd. BKO 2004 ; N°18 :122P.

13. Dubuisson JB., Charpon C.

Myomectomie percoelioscopique ; technique, indications et résultats. Chirurgie endoscopique 1992 ; 4 :12-15.

14. Encyclopédie Médico-CHirurgicale :

Gynécologie Tome 1.43:245-259.

15-Fedele L., Arazzini F., Luchini L.

Recurrences of fibroids after myomectomy: a transvaginal study. Human reprod 1995; 10:1795-1796.

16-Frère Marc

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

Thèse Méd. Lyon 1968, N°115 108P.

17. Grégoire et Oberlin:

Précis d'anatomie Tome II, 11^{ème} édition Lavoisier 2004, P376-385.

18. Gynécologie François Audibert, Véronique Cayol 1998, édition Estem et med. Line, P23-24 N°618 AUD Bibliothèque FMPOS.

19. H.G.Robert, Palmer R. Boury.HeyrcI, Cohen J.

Précis de gynécologie, 2^{ème} édition. Masson, Paris, 1979,856P, 683-700.

20-Huguier J,Scali.

Fibromes utérins.

Encyl Med chir, 1963; 570 A 10-A30.

21. J.R.Giraut.Ferrieux :

Gynécologie générale partie 1, édition Vigot Frères Paris 1978, P252-253.

Fibrome utérin : Aspects épidémiologiques ; cliniques et thérapeutiques à la maternité de la garnison de Kati

22. J.R.Giraut, A.Bremond, D.Rotten :

Abrégés de gynécologie 3^{ème} édition MASSON PARIS, 1997 P1-3.

23-Koné B.

Fibrome utérin dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako à propos de 120 cas.

Thèse Méd BKO 2008 N°91 72p.

24-Keita M.M.

Fibrome utérin et groupe sanguin érythrocytaire au centre national de transfusion sanguine de Bamako.

Thèse Méd Bamako 2005 N°190 53p.

25-Koutouan J.Claude :

Contribution à l'étude des fibromes utérins (à propos de 515 cas observés au CHU de Cocody.Abidjan) du 1 Janvier1981 au 05 Mars 1985.Thèse de Médecine : Abidjan : 1980.13P : N°662.

26-La Morte A, Lallimasi S, Diansnd M :

Mortality associated with abdominal myomectomy.Obstet gynécol 1993 ; 82 :879-900.

27. Lansac J., Body G., Magnin G.

Pratique chirurgicale en gynéco obstétrique, Masson, Paris 1998; 15-49.

28. Lansac J./P.Lecomte/H.Marret:

Gynécologie pour le praticien. 6^{ème} édition, Masson, Paris, 1998, 2002; P58-59.

29. Lansac J. /P.Lecomte/H.Marret:

Gynécologie pour le praticien. 5^{ème} édition, Masson, Paris ,1981, 1999.P61.

30-Lefebvre G., Vilos G., Allaire C., Jeffrey J.

« La prise en charge des léiomyomes utérins », Directive clinique de la SOGC, n° 128, mai 2003,

J Obstet Gynaecol Can, vol. 25, n° 5, 2003, p. 407–18.

31. Maloine L.J.

La myomectomie : la récurrence après ablation des myomes multiples et solitaires OBST and Gyn 1969, 34, N°9, 77-788.

32. Mathieu J., Mousselon J.

Le traitement chirurgical du fibrome utérin avant 40 ans.

Lyon med.1963 N°9,289.

33-Nehzhat Fr., Roemus M., Nezhat CH., Seidman DS., Nehzhat CR. Recurrence rate after laparoscopic myomectomy Am Assoc Gynecol Laparoscopic 1998; 5:237-240.

34. Ouattara D.

Myome utérin au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 108 cas.

Thèse médecine MALI 2006 N°96 157p.

35-Pither S., Mayi Tsongas, Dankoro A. et al.

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

Méd. d'Afrique Noire 2007 ; (54) 5 :263-267.

36. Ravina J.H., Bouret J.M., Freid D.

Contraception, fertilité, la sexualité.1995; 23: 45-49.

37 -Réseau canadien pour la santé des femmes

www.cwhn.ca (mise à jour 25 Janvier 2007).

38. R.Contap, Bernard, J.Ferrieux

Gynécologie générale partie 1, édition VIGOT FRERES PARIS 1978, P252-253.

39. Rozenbaum

Traitement médical des fibromes utérins par les progestatifs de synthèses norprognane. Gynécologie 1989 ; 40 :175-179.

40-Sangaret (M.A), Bohoussou (K.M.), Welfens (E.CH.) et Koné (N.) :

Les fibromes utérins en Cote d'Ivoire.

C.R.SOCS.Franç-Gyneco.

1972, 42, N°8,594-601

41. Thiero D.

A propos de 496 cas au centre de santé de référence de la commune V.

Thèse médecine MALI 2004, N°22 95p.

42. Touré O.D.

A propos de 100 cas dans le service de gynéco-obstetrique à l'hôpital du POINT.G.

Thèse médecine MALI 1992, 92-M-35 109P.

Fibrome utérin : Aspects épidémiologiques ; cliniques et thérapeutiques à la maternité de la garnison de Kati

43. Tulandi T., Murray C., Guanick M.

Adhesion formation and reproductive outcome after myomectomy and second look laparoscopy. Obstet gynecol 1993; 82:213-215.

44. Traoré M.

100 cas de fibromes utérins à l'hôpital GABRIEL TOURE, l'hôpital du POINT.G, à la PMI centrale d'HAMDALAYE,
Thèse Méd, Bamako, 1986 N°19 :116p.

Annexes

Et

Résumé

ANNEXE
FICHE D'ENQUETE : FIBROME UTERIN

Garrison Kati

N° FICHE : / ___ / ___ / ___ /

I- IDENTIFICATION

Nom et Prénom :

.....

Année : |___| (0 à 7 = 2000 à 2007)

1- Age : |___| |___| (ans)

2- Ethnie :

3- Adresse :

.....

4- Profession :

5- Date de consultation : / ___ / ___ / ___ /

II- MOTIF DE CONSULTATION

6- Hémorragie : |___| (1=Oui, 2=Non)

Si oui

6a- Ménorragie : |___| (1=Oui, 2=Non) 6b- Métrorragie
|___| (1=Oui, 2=Non)

6c- Ménométrorragie : |___| (1=Oui, 2=Non)

7- Douleur abdominale: |___| (1=Oui, 2=Non)

8- Leucorrhées : |___| (1=Oui, 2=Non)

9- Autres à préciser :

.....

III- ANTECEDENTS

10- Médicaux : |___| (1=Oui, 2=Non)

10a- Si oui préciser :

.....

11- Chirurgicaux : |___| (1=Oui, 2=Non)

11a- Si oui préciser :

.....

12- Familiaux : |___| (1=Oui, 2=Non)

12a- Si oui préciser :

.....

13- Obstétricaux :

13a- Gestité : |__|__|

13b- Parité : |__|__|

13c Vivant : |__|__|

13d- Avortement : |__|

13e – DCD : |__|

Gynécologiques

14- Cycle : |__| (1=régulier, 2=irrégulier,

3=Indéterminé)

14a- Durée règle : |__|__| (jours)

14b- Abondant : |__| (1=Oui, 2=Non)

14c- Présence caillot : |__| (1=Oui, 2=Non)

14d- Dysménorrhée : |__| (1=Oui, 2=Non)

15- Dysurie : |__| (1=Oui, 2=Non)

16- Ménarche : |__|__| (ans)

IV- EXAMEN CLINIQUE

17- Etat général : |__| (1=bon, 2=passable, 3=altéré)

18- Obésité : |__| (1=Oui, 2=Non)

19- Conjonctive : |__| (1=bien colorée, 2=pâle)

20-Taille de l'utérus |__| (1=augmentée 2=normale)

21- Variété de fibrome : |__| (1=Unique, 2=multiple)

22- Sièges fibrome : |__| (1=pelvien, 2=Abdominal,
3=Abdomino-pelvien, 4=autres)

23- Localisation anatomique du fibrome : |__| (1=col utérin,
2=l'isthme, 3=corps utérin, 4=autres)

23a- Diamètre fibrome : |__|__| (cm ?)

Anatomopathologie

24- Fibrome sous-séreux : |__| (1=Oui, 2=Non)

25- Fibrome sous-muqueux : |__| (1=Oui, 2=Non)

26- Fibrome intra mural : |__| (1=Oui, 2=Non)

Signes associés

- Trouble urinaire :

27- Pollakiurie : |__| (1=Oui, 2=Non)

28- Incontinence : |__| (1=Oui, 2=Non)

29- Autres à préciser :

.....

Troubles digestif

30- Constipation : |__| (1=Oui, 2=Non)

31- Diarrhée : |__| (1=Oui, 2=Non)

32- Colopathie : |__| (1=Oui, 2=Non)

33- Autres à préciser:

.....

Grossesse

34- Nécrobiose : |__| (1=Oui, 2=Non)

35- Accommodation : |__| (1=Oui, 2=Non)

36- Autres à préciser :

.....

37- Stérilité : (0=non, 1=primaire, 2=secondaire)

37a- Si stérilité : (1=Hypofertilité, 2=Dysovulation)

- Pathologie associée

38- Kyste de l'ovaire : (1=Oui, 2=Non)

39- Cancer : (1=Oui, 2=Non)

40- Endométriose : (1=Oui, 2=Non)

41- HTA : (1=Oui, 2=Non)

42- Anémie : (1=Oui, 2=Non)

43- Hémorragie : (1=Oui, 2=Non)

44- Prolapsus génitaux : (1=Oui, 2=Non)

V- EXAMENS PARACLINIQUES

45- HSG : (1=Oui, 2=Non)

45a- Si oui résultats :

.....

46- Echo : (1=Oui, 2=Non)

46a- Si oui résultats :

.....

47- Coelioscopie : (1=Oui, 2=Non)

47a- Si oui résultats :

.....

48- NFS : (1=Oui, 2=Non)

49- Autres à préciser :

.....

VI- TRAITEMENT

50- Médical (hormonothérapie) : (1=Oui, 2=Non)

50a- Autres :

.....

51- Chirurgical : (0=non, 1=myomectomie, 2=hystérectomie sub-totale, 3=Hystérectomie totale, 4=Hystérectomie totale+Annexectomie bilatérale)

52- Transfusion : (1=Oui, 2=Non)

Fiche signalétique

Nom : Traoré

Prénom : Haby

Titre : fibrome utérin : Aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques à la maternité de garnison de Kati

Pays de soutenance : MALI

Ville de soutenance : Bamako

Année universitaire : 2008-2009

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie

Résumé

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et transversale sur une période de 8 ans du premier janvier 2000 au 31 Décembre 2007 inclus. Au cours de cette période, nous avons colligé 185 cas de myomes utérins. La stérilité a été le motif de consultation le plus retrouvé (48,1%) suivie de l'hémorragie génitale (21,6%).

La plus jeune patiente avait 20 ans, la plus âgée 61 ans et la moyenne d'âge de $36,4 \pm 6,5$ ans ; Les nullipares étaient majoritaires avec 41,1% de l'effectif traité.

Le diagnostic du fibrome utérin a été confirmé à l'échographie dans 94,6% des cas ; la myomectomie a été la méthode chirurgicale la plus pratiquée avec 78,4% des patientes.

Mots clés :

Fibrome utérin- Stérilité- Hémorragie génitale –Myomectomie.

Serment d'Hippocrate

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

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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 n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure