

MINISTERE D'ETAT CHARGE DE L'EDUCATION
NATIONALE

DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DU MALI

ANNEE 1992

N°.....35.....

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DU FIBROME UTERIN A
PROPOS DE 100 CAS COLLIGES DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL
DU POINT G.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le
devant
L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali
Par
Ousmane dit Dantoumé TOURE
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

(DIPLOME D'ETAT)

Président : Professeur Issa TRAORE
Membres : Professeur Sambou SOUMARE
Docteur Madame SY Aïda SOW
Directeur : Professeur Amadou DOLO

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1992-1993

LISTE DES PROFESSEURS

Professeur ISSA TRAORE	Doyen
Professeur BOUBACAR S.CISSE	Premier Assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième Assesseur
Docteur Bernard CHANFREAU	Conseiller technique
Professeur Bakary M.CISSE	Secrétaire Général

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Pr Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Pr Aloïu BA	Ophthalmologie
Pr Bocar SALL	Ortho.Traumat.Sécourisme
Pr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Pr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumato
Pr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Pr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Dr Madame SY Aida SOW	Gynéco-Obstétrique
Dr Kalilou OUATTARA	Urologie
Dr Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Dr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique
Dr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Dr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Dr Mme DIANE F.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Dr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Dr Sidi Yaya TOURE	Anesth.-Réanimation
Dr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Dr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Dr A.K.TRAORE DIT DIOP	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Bréhima KOUMARE	Microbiologie
Pr Siné BAYO	Anatomie-Path.
Pr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Pr Yaya FOFANA	Hématologie
Pr Ogobara DOUMBO	Parasitologie

2. DOCTEURS D'ETAT

Pr Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Pr Amadou DIALLO	Biologie Chef D E R Sc.Fond.
Pr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique

3. DOCTEURS 3°CYCLE

Pr Moussa HARAMA	Chimie organique
Pr Massa SANOGO	Chimie analytique
Pr Bakary M. CISSE	Biochimie
Pr Mahamadou CISSE	Biologie
Pr Sekou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Pr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Pr N'yenigue S.KOITA	Chimie organique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Dr Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Dr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Dr Amadou TOURE	Histo-Embryologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Dr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Dr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Pr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Pr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Pr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Pr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Pr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Pr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Pr Moussa TRAORE	Neurologie
Pr Issa TRAORE	Radiologie
Pr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Pr Eric PICHARD	Médecine Interne
Pr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Dr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Dr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Dr Balla COULIBAMY	Pédiatrie
Dr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Dr Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médec.Interne
Dr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Dr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Dr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Boubacar CISSE	Toxicologie
Pr Arouna KEITA	Matière Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

Dr Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
------------------------	----------------------

Dr Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Dr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim Chef D E R SCES PHARM.
Dr Drissa DIALLO	Matières Médicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (chef D.E.R.)
Pr Moussa A.MAIGA	Santé Publique
Dr Hubert BALIQUE	Maitre de conf. Santé Pub.

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Dr Bernard CHANFREAU	Santé Publique
Dr Jean Michel	Santé Publique
Dr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Dr Sory I.KABA	Santé Publique
Dr Sanoussi KONATE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Dr Mme CISSE A.GAKOU	Galénique
Pr N'Golo DIARRA	Botanique
Pr Bouba DIARRA	Bactériologie
Pr Salikou SANOGO	Physique
Pr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Pr Bakary I.SACKO	Biochimie
Pr Yoro DIAKITE	Maths
Pr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Dr Aliou KEITA	Galénique
Dr Boubacar KANTE	Galénique
Dr Souleymane GUINDO	Gestion
Dr Mrs Sira DEMBELE	Maths
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mrs MAIGA Ftoumata SOKONA	Hygiène du Milieu

ASSISTANTS

Dr Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie
Dr Saharé FONGORO	Néphrologie
Dr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Dr Bénéoit KOUMARE	Chimie Analytique
Dr Ababacar I.MAIGA	Toxicologie
Dr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Dr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Dr Ibrahim ALWATA	Ortho-traumatologie
Dr Adama D.KEITA	Radiologie
Dr Tatiana KEITA	Pédiatrie
Dr Massambou SACKO	Santé Publique

C E S

Dr Georges YAYA (RCA)	Ophtalmologie
Dr Abdou ISSA (NIGER)	Ophtalmologie
Dr Amadou DIALLO (Sénégal)	Ophtalmologie
Dr Askia Mohamed (NIGER)	Ophtalmologie
Dr Oumar BORE	Ophtalmologie
Dr N'DJIKAM Jonas (CAMEROUN)	Ophtalmologie

Dr DEZDUMBE Djoro (TCHAD)	Ophtalmologie
Dr Aboubacrine A.MAIGA	Santé publique
Dr Dababou SIMPARA	Chirurgie Générale
Dr Mahamane TRAORE	Chirurgie Générale
Dr Mohamed Ag BENDECH	Santé Publique
Dr Mamadou MAIGA	Dermatologie
Dr Tongo DOUMBIA	Chirurgie Gle
Dr Salimata KONATE	Ophtalmologie
Dr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Dr Ousmane C.FAYE	Dermatologie
Dr Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
Dr Idrissa A.CISSE	Dermatologie
Dr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Dr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Dr Mahamadou MAIGA	Santé Publique
Dr Adama DIAWARA	Santé Publique
Dr Mahamadou THERA	Santé Publique

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Pr P.HAVLCK	Biophysique
Pr F.ROUX	Biophysique
Pr G.FARNARIER	Physiologie
Pr G.GRAS	Hydrologie
Pr E.A.YAPO	Biochimie
Pr Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr Mamadou BADIANE	Pharmacie Chimique
Pr Issa LO	Législation

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur TRAORE J.THOMAS	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT

DEDICACES

Au TOUT PUISSANT ALLAH, le priant de guider nos pas tout au long de cette entreprise ; nous lui rendons toutes les saintes louanges et implorons son salut à l'endroit du PROPHETE.

A la mémoire de tous les défunts de ma famille.

Tous tous, que la mort a arraché à notre affection, et pour beaucoup d'entre vous prématurément, vos souffrances presque sans assistance médicale et votre disparition, ont fait germer en moi l'idée de devenir Médecin, pour voler au secours de ceux qui souffrent.

Je dédie cette thèse à votre mémoire et que votre bienveillance attention éclaire et guide mes pas dans l'exercice de cette profession.

A mon Père

Tu ne nous a pas seulement donné que la vie, mais tu nous as aussi enseigné le courage et l'amour pour la parfaire. Tes sages conseils, ton humour et ton exemple d'acharnement au travail dans l'humilité font que tous ceux qui te côtoient et te fréquentent t'admirent et t'aiment.

Tu as bravé toutes les peines et tu luttas sans relâche pour assurer le bonheur de tous les tiens en prenant l'engagement de les scolariser tous, afin qu'ils accèdent à ce savoir dont tu es tant épris.

Tu constitues pour nous, l'exemple du père idéal prêt à réaliser tous les sacrifices pour apporter le bien être à ses pairs.

Enfin, j'ai admiré ta droiture, ton intégrité et ton sens inné de l'autorité.

Puisse ce modeste travail contribuer à l'épanouissement de ton idéal qui est de faire de nous des "Hommes".

A mes Mamans

Femmes généreuses, pleines de vie. Vous nous avez toujours apporté votre aide inconditionnelle. Votre compréhension et votre soutien efficace de tous les instants nous ont permis de réaliser notre objectif.

A présent vous constituez pour nous un modèle de courtoisie, de simplicité et de cordialité.

Que ce travail soit le témoignage de notre profonde affection et de notre reconnaissance infinie.

A ma femme Fatoumata OUATTARA,

A son amour rayonnant plein de patience, pas un seul jour ne passe sans qu'elle ne s'inquiète de ma santé, de mes études ;
Compagne fidèle de bons et mauvais jours, découvre dans ce travail ma profonde affection.

A mes oncles

Pour le soutien qu'ils n'ont cessé de m'apporter.
Toute ma reconnaissance.

A mes grands frères et ma grande soeur
En souvenir de nos années folles.

A mes frères et soeurs cadets

Pour l'oeil et l'oreille attentifs que vous m'avez toujours prêtés,
puisse ce travail être l'expression de ma fraternelle gratitude et vous encourager à aller encore de l'avant.

A feu El Hadj Moussa DIANE "Paix à son âme"

A toute la famille DIANE

Je fus accueilli en ton sein comme un fils. Ce travail est le fruit de nos efforts conjugués.

A mes Tantes Hawa GADJIGO

Minata DIANE

Mariam TOURE

Vous avez été plus qu'une tante et plus qu'une mère.
En témoignage de ma profonde gratitude.

A Oumar SEMEGA

tes qualités humaines font que tu resteras toujours un homme exemplaire.

A toute la famille OUATTARA

A ma belle famille

Hawa DIAKITE

Assanatou DIAKITE

N'Dèye OUATTARA

A mon beau père Boubacar OUATTARA

plus qu'un père, pour l'aide précieuse qu'il n'a cessé de m'apporter.

A la famille Nouhoum CISSE

A la famille KAMISSOKO à Markala

A Madame DIAKITE Assan TOURE

A mon fidèle Ami Ousmane TOUNKARA dit "Homo"

En témoignage de notre amitié.

A tous mes cousins et cousines.

A tous mes amis que je ne puisse nommer de peur d'en oublier, mais qui j'en suis sûr sauront se reconnaître. Toute ma sympathie.

A mes collègues de promotion et à tous les internes du service de Gynéco obstétrique du Point G.

Les dures moments que nous avons passés ensemble ont été fort utiles pour nous tous. Nous avons envisagé ensemble l'avenir que nous souhaitons meilleur pour l'enseignement reçu de nos Maîtres dont nous restons marqués par le souvenir.

A tous nos Maîtres de Faculté

A tous le corps enseignant malien

Au peuple malien pour tant de sacrifices.

REMERCIEMENTS

C'est le lieu de remercier :

- Le Service du Professeur Amadou DOLO
- Docteur Bady KEITA
- Docteur Mamadou TRAORE
- Docteur Moustapha TOURE
- Major Amadou DIALLO
- Sage femme maîtresse Mme KANE
- Toutes les Sages femmes.
- Mes collègues du service de Gynéco Obstétrique : Jean Baptiste, Bintou COULIBALY, Oumar TRAORE, TOGO, Samakoun KEITA, Madina TALL, Youssouf TRAORE, DJENEPO et Madame SANGARE.
- Tous les infirmiers et infirmières
- Les aides chirurgiens
- Manoeuvres.

A tout le personnel de l'Hôpital National du Point G

A tout le personnel de l'Ecole Nationale de Médecine et de
Pharmacie

Tous pour les efforts consentis pour la réussite de ce travail.

A la secrétaire Mme TRAORE Adam DIARRA à l'E.N.A.

La mise en forme de ce travail est ton oeuvre. Reçois ici tous mes sincères remerciements.

AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président de thèse le Professeur Issa TRAORE
Doyen à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.
Professeur agrégé à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
Chef du Service de Radiologie de l'Hôpital National du Point G.
A certains moments passés à votre contact, nous avons été impressionnés
par votre maîtrise indiscutable de cette matière difficile qu'est la
Radiologie.
Vous devez le à votre amour passionné du travail, à votre esprit de
rigueur et d'abnégation.
A ces qualités s'ajoutent votre simplicité votre modestie et votre
droiture.
En acceptant de présider ce modeste travail, malgré les lourdes charges
qui sont les vôtres, vous nous faites un honneur dont nous ne saurons
jamais mesurer le prix.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître Docteur SY Aïda SOW
Spécialiste en Gynécologie médicale
Chef du Centre de Santé de la Commune II Bamako
J'ai admiré la simplicité, la constance ; l'ardeur au travail et la
rigueur qui vous caractérise. Vous avez contribué à ma formation par
votre enseignement de qualité et vos critiques objectives.
Soyez rassuré de ma profonde gratitude et toute ma reconnaissance pour
l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury
malgré vos multiples préoccupations.

A notre Maître le Professeur Sambou SOUMARE
Professeur Agrégé à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du
Mali
Chef de Service de la Chirurgie A de l'hôpital National du Point G
Nous avons apprécié votre grande compétence, votre érudition lors des
cours que vous nous avez dispensés et au cours de nos stages à l'Hôpital
. Votre enseignement théorique et pratique très riche d'expérience fait
avec clarté, reste inoubliable pour nous.
Vous nous faites l'honneur de vous compter parmi nos juges. Nous vous
en sommes infiniment reconnaissants.

A notre Maître et Directeur de Thèse le Professeur

Amadou DOLO 2ème Assesseur à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali ;

Professeur Agrégé à l'Ecole Nationale Médecine et de Pharmacie du Mali ;

Chef du Service de Gynéco Obstétrique de l'Hôpital National du Point G.

Nulle expression ne pourrait définir mes impressions après ces années de contact et de travail.

Maître de rigueur, mais rigueur éducative et surtout maître indulgent d'une disponibilité si peu commune, passionné du travail bien fait et réfléchi ; soucieux pour notre formation et notre réussite ; vous constituez pour nous un modèle de courtoisie de simplicité et surtout de cordialité.

Pour ce qui est de votre compétence des voix mieux placées que la nôtre en ont fait échos.

Nous nous exuserons si durant notre séjour notre comportement aurait été incommode.

Ayez l'assurance de notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

PAGES

INTRODUCTION, OBJECTIFS, MATERIELS ET METHODE D'ETUDE.....	1
HISTORIQUE.....	2
GENERALITES.....	6
NOS RESULTATS.....	62
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	83
CONCLUSION.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	104

I. INTRODUCTION

Le fibrome est connu depuis l'antiquité et a été l'objet d'étude approfondie, cependant la pathogenie reste de nos jours non élucidée.

Le fibromyome est plus fréquent au niveau de l'utérus et représente 1/5 des affections de cet organe chez la race blanche et 1/3 dans la race noire ; il présente des variances clinique, évolutive et thérapeutique. [4]

Dans toutes les statistiques, certes passé 35 ans, 20% des femmes seraient porteuses de fibrome, mais la notion de "rajeunissement du fibrome" chère à Funck Bruntano est à reconnaître et tout particulièrement dans la race noire. [22, 29]

Enfin vue la place qu'il occupe dans notre sous région il nous a paru intéressant de lui consacrer une étude d'ensemble notamment sur ses aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

II. OBJECTIFS

1. Définir le profil épidémiologique des patientes dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital National du Point G
2. Décrire les signes cliniques
3. Décrire les moyens diagnostiques
4. Décrire les moyens thérapeutiques.

III. MATERIEL ET METHODE D'ETUDE :

Pour réaliser notre travail nous avons consulté :

- Les registres d'enregistrement de l'Hôpital National du Point G.
- Les dossiers de consultation externe, d'accouchement, d'hospitalisation et les cahiers de compte rendu opératoire du service de Gyneco Obstétrique de l'Hôpital National du Point G.

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est étendue sur une période de 18 mois (dix huit) du 1er Janvier 1991 au 1er Septembre 1992 inclu.

Le dépouillement des registres, dossiers et cahiers nous ont permis, malgré certaines lacunes regrettables de rassembler 100 observations exploitables sur un total de 196 cas.

Pour les calculs statistiques nous nous sommes servis du micro-ordinateur "Victor" avec le logiciel épidémio.

Pour atteindre les objectifs nous avons étudié les paramètres suivants:

Age :

Groupe Sanguin Rhésus :

Etat matrimonial :

Profession :

Motifs de consultation :

Examen Clinique

Antécédents médicaux, familiaux, Gynéco-Obstétricaux :

Bilan Préopératoire :

Examens Complémentaires :

Traitement médical :

Traitement chirurgical :

Suites opératoires immédiates :

Suites opératoires lointaines :

IV. HISTORIQUE : [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 16, 25, 26,
27, 32, 38, 39, 40, 42, 52]

Hippocrate parlait déjà de "pierre" de la matrice.

Virchov inaugura le premier les discussions pathogéniques, qui lieraient le fibrome aux infections génitales.

La théorie des Vestiges embryonnaires qui seraient les cellules souches du fibrome par Conheim en 1890.

La théorie vasculaire par ROESLER PILLET et KNAUER fait du fibrome une formation localisée et circonscrite développée aux dépens de la paroi des vaisseaux.

La Théorie hormonale plus séduisante entrevue dès 1910 par ISCOVESCO dans ses travaux sur l'utérus devait connaître un grand succès en témoignent les nombreux travaux qui lui furent consacrés.

- L'administration du liquide folliculaire de vache chez la lapine castrée entraînait une hyperplasie des fibres musculaires lisses de l'utérus (travaux de COURRIER et POITIVIN 1926).

- 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 seraient histologiquement des myomes.

- MORICARD et CAUCHOIX de 1938 à 1939 ont repris la même expérience et ont eu pour résultat : + des tumeurs utérines qui sont histologiquement des myomes.

+ des tumeurs extra utérines de nature fibreuse

- Ces résultats furent confirmés de 1934 à 1941 par DUCUING et BIMES chez le cobaye castré.

- MILLER, LUDOVICI et ARBOR ont inauguré une nouvelle méthode de recherche en pratiquant des cultures de tissus, mais comme le précisent HUGMER et SCALI, il est encore trop tôt pour conclure.

Comparativement aux discussions pathogéniques les conceptions thérapeutiques s'affrontaient avec encore plus de passion. Après une longue période d'abstention qui semble avoir duré jusqu'en 1840, en 1842 le Français AMUSSAT effectue la 1ère myomectomie vaginale. La voie abdominale a été instaurée secondairement par :

Atlee en 1846

Spencer WELLS en 1863 en Angleterre

Chelms à Heidelberg en 1868

Martin de Berlin en 1878, bientôt suivi par l'Ecole Allemande.

Cependant en France, malgré le brillant rapport de CHEVRIER en 1891, la myomectomie n'obtient pas grand succès auprès des chirurgiens qui préfèrent adopter la doctrine de BATTEY et HEGAR promoteurs des "ligatures atrophiantes" pour réduire le fibrome par la "famine", cette phrase célèbre est de SEGOND qui défendait ce principe en se basant sur le rôle des sécrétions glandulaires dans la genèse des fibromyomes.

Devant l'insuccès de cette méthode, une ère de chirurgie plus radicale s'ouvrit et ce fut l'apogée de l'hystérectomie totale non conservatrice bien imagée par Gordon Portland en 1899. "Il faut conserver à la malade la santé et non ses organes inutiles."

Malgré l'opposition en 1901 de DARTRIGUES la place reste longtemps à la castration large. Cette chirurgie sans nuance et mutilante compromet l'avenir obstétrical et, conduit à la ménopause précoce, ce qui pousse à reposer le problème. C'est alors le règne des prescriptions médicales multiples, mais la Pharmacopée si riche et colorée soit elle, est bien souvent mise en échec redonnant tous ses droits à une chirurgie qui, sage de son expérience, devient plus douce et progressive.

Trelat et Verneuil en 1893 souhaitent en tout cas "une thérapeutique plus inoffensive". Ainsi en 1902 la radiothérapie enregistre son premier

succès chez une femme inopérable.

Depuis on enregistre de nombreux succès avec Foveau Courmelles et A Beclere ; en Allemagne avec Deutch. A Londres 64 succès pour 65 cas traités en 1913.

De 1919 à 1921 successivement devant le 1er Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, l'Académie de Médecine 400 et 300 observations sont exposées.

Devant la déclaration de Wintz selon laquelle "5 à 6 % seulement des fibromes réclament l'intervention chirurgicale, tous les autres doivent être irradiés"

Cependant ce sont les risques de dégénérescence après irradiation qui vont discréditer les agents physiques.

LACAILLE en 1914 cite 1 cas de dégénérescence sarcomateuse après irradiation pelvienne chez une femme ayant refusé l'intervention.

DELBET en 1919 cite 3 cas semblables.

DEHLER d'ERLANGEN en 1927 rapporte 65 observations dont :

46 cancers du corps

18 cancers du col

1 cancer total

BLAND en 1929 note 1 cas de malignité 3 ans après application du radium.

MARC FARLANE en 1932 cite une femme de 60 ans ayant été irradiée 15 ans plutôt pour fibrome.

FOURNIER dans sa thèse présente 60 cas.

NORIS et BREHNEY en 1936 sur 1006 fibromes traités au radium 2 ans plutôt ont enregistré 11 carcinomes.

COSTOLOW en 1941 sur 1009 femmes irradiées pour fibrome utérin note 3 carcinomes après 2 ans, 6 ans et 6 mois.

R. CROSSEN et H.S. CROSSEN de Saint-Louis en 1947 décèlent 23

épithéliomes endométriaux latents opérés d'emblée après avoir exécutés des curetages biopsiques chez 500 femmes avant toute irradiation.

H SPEERT et TH. PEIGHTAL du Roosevelt Hospital, trouvent entre 1915 et 1947, 270 tumeurs malignes consécutives à l'irradiation après un temps de latence de 8 à 19 ans.

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;

En somme depuis 20 ans la radiothérapie dans le traitement du fibrome de l'utérus ne survit que des contre-indications opératoires malgré Ducuing qui nie formellement la nocivité des rayons X et affirme que s'il y a dégénérescence, c'est parce qu'on irradie au départ des fibromes déjà cancérisés.

Donc depuis 2 à 3 décennies, nous pouvons parler d'un certain renouveau pour la chirurgie ; d'un certain rayonnement comme celui qu'elle a connu lors du congrès de chirurgie de 1924.

GENERALITES

I. Définition : [4, 22]

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

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

II. Embryologie [17, 44]

L'utérus se forme au cours du développement de l'oeuf humain dans les premiers stades de la vie.

La fécondation est réalisée par la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des deux gamètes qui donne un oeuf diploïde. Elle est suivie immédiatement par les phénomènes de la segmentation se poursuivant pendant la migration de l'oeuf dans la trompe vers l'utérus (2, 4, puis 8 blastomères).

A partir de ce stade la division cellulaire devient inégale, on observe de petites cellules claires (les micromères) et les grosses cellules sombres (les macromères).

Les micromères se multiplient plus rapidement que les macromères et les enveloppent d'une couche périphérique ou trophoblaste qui formera les annexes de l'oeuf.

Les macromères constitueront l'embryon proprement dit.

A la fin de la première semaine l'oeuf commence son implantation dans la muqueuse utérine et est au stade de blastocyte et mesure 150 microns. A la périphérie du blastocyte la couche superficielle se différencie en trophoblaste, futur placenta.

A l'intérieur un amas cellulaire forme le bouton embryonnaire qui va se répartir en 3 feuillets: l'ectoblaste, l'entoblaste, le mésoblaste.

Au cours de la 2ème semaine tandis que s'achève la nidation, les cellules du bouton embryonnaire se différencient en 2 couches distinctes: disque didermique

- une profonde l'entoblaste

- une superficielle située au contact du trophoblaste l'ectoblaste.

L'espace compris entre le trophoblaste et le bouton embryonnaire est occupé par un tissu mesenchymateux appelé mésenchyme extra embryonnaire.

Au sein de ce mésenchyme se creuse une cavité le coelome externe ou extra-embryonnaire qui entoure le bouton embryonnaire à l'endroit où il se rattache au trophoblaste appelé pédicule embryonnaire.

L'ébauche du canal de Müller apparait peu de temps après la formation du canal de Wolff (5ème semaine) sous l'aspect d'une invagination de l'épithélium coelomique de la paroi antéro latérale de la crête urogénitale. Puis enroulé en cornet il se sépare de l'épithélium original. Le canal de Müller est formé lorsque les lèvres de cette gouttière se soudent.

La progression des phénomènes décrits se fait dans le sens cranio-caudal. L'extrémité craniale s'ouvre donc dans la cavité coelomique (futur orifice abdominal de la trompe)

Les extrémités caudales des 2 canaux de Müller s'ouvrent sur les parois latérales du sinus urogénital (stade de 28 mm). Peu de temps après (fin de la 6ème semaine) les canaux de Wolff commencent à dégénérer.

Tout le long du corps de Wolff, le canal de Müller est en avant et en dehors du canal de Wolff.

Arrivée à l'extrémité inférieure du corps de Wolff, le canal de Müller se place en dedans du canal de Wolff et longe son côté médian jusqu'à sa terminaison.

On sait que le méso du corps de Wolff se prolonge vers le haut par le ligament diaphragmatique, et vers le bas (future région inguinale) par le ligament inguinal.

Le ligament inguinal ou gubernaculum de Hunter est croisé superficiellement par les canaux génitaux. Au point de croisement le gubernaculum adhère au canal de Müller et se trouve divisé en deux segments : l'un proximal donnera le ligament utéro-ovarien, l'autre distal, le ligament rond.

Par ailleurs à l'extrémité distale du ligament inguinal, le péritoine émet à travers la paroi abdominale un diverticule appelé canal vaginal de Nüeck qui s'oblitère normalement vers le quatrième mois de la vie intra-utérine dont la persistance après la naissance donne lieu à des kystes.

1) Formation du canal tubo-utéro-vaginal :

Le canal de Müller présente 2 segments séparés par l'insertion du ligament inguinal sur ce dernier; l'un supérieur ou cranial, l'autre inférieur ou caudal.

a) Segment supérieur ou cranial : donne uniquement les trompes. Son extrémité supérieure (portion pronéphretique) située au dessus du corps de Wolff donne le pavillon tubaire.

La différenciation du conduit tubaire en ses tuniques constituantes se fait progressivement de haut en bas.

- la musculuse dérive du mésoblaste ambiant de la région caudale

- la muqueuse provient du canal de Müller, c'est à dire de l'épithélium coelomique.

- la muqueuse tubaire commence à se plisser vers le quatrième mois de la vie foetale.

Quant aux franges, les premières n'apparaissent guère que vers le 4ème mois et ne prennent leurs caractères qu'après la naissance.

b) Segment Inférieur ou Caudal :

Les canaux de Müller s'adosent sur la ligne médiane qui se fusionnent en un canal unique ; le canal utéro vaginal de Leuckart. La soudure des deux canaux se fait dans le sens caudo-cranial, de l'extrémité Inférieure du vagin au fond de l'utérus, à partir du troisième mois.

Mais la fusion se ferait dans la région moyenne et s'étendrait vers le haut et le bas, si bien qu'il persiste temporairement deux septa, supérieur et Inférieur. Le canal utéro-vaginal soulève la paroi dorsale du sinus urogénital et donne ainsi naissance au tubercule de Müller.. En regard du tubercule de Müller une prolifération intense de direction caudale, les bulbes sino-vaginaux éloignent temporairement la cavité utéro-vaginale du sinus urogénital. Dans les absences du vagin, la persistance de cette zone entraîne une nouvelle poussée épithéliale. Le canal utéro-vaginal s'allonge et s'aplatit ensuite dans le sens dorso-ventral et se dilate latéralement.

Dans le segment Inférieur de ce canal, les parois antérieures et postérieures venues au contact l'une de l'autre se soudent vers le quatrième mois et forment la lame épithéliale du vagin. Cette lame forme à la limite de l'utérus et du vagin une cupule épithéliale à cavité supérieure qui s'enfonce dans l'épaisseur du mésenchyme entourant le canal utéro-vaginal, en y découpant un mamelon hémisphérique correspondant au col utérin intra-vaginal.

Secondairement la lame épithéliale du vagin se désagrège dans sa partie moyenne et ainsi se rétablissent les parois ventrale et dorsale. Le même processus s'étendant à la cupule épithéliale qui limite le col utérin, entraîne la formation des culs de sacs vaginaux.

En s'étendant vers les bulbes sino-vaginaux, le phénomène atteint la lame sino-vaginale, hymen primitif qui devient alors perméable. Cette description du développement vaginal est loin de faire l'unanimité.

En effet si de nombreux auteurs pensent que l'épithélium vaginal est exclusivement d'origine müllerienne, c'est à dire mésodermique, d'autres, en particulier Koff, pensent que seuls les 4/5 supérieurs du vagin sont d'origine müllerienne, et que 1/5 Inférieur dériverait de "bulbes sino-vaginaux" d'origine sinusaire, c'est à dire endodermique.

Figure 1 Disposition schematique des canaux uro-genitaux chez

l'embryon

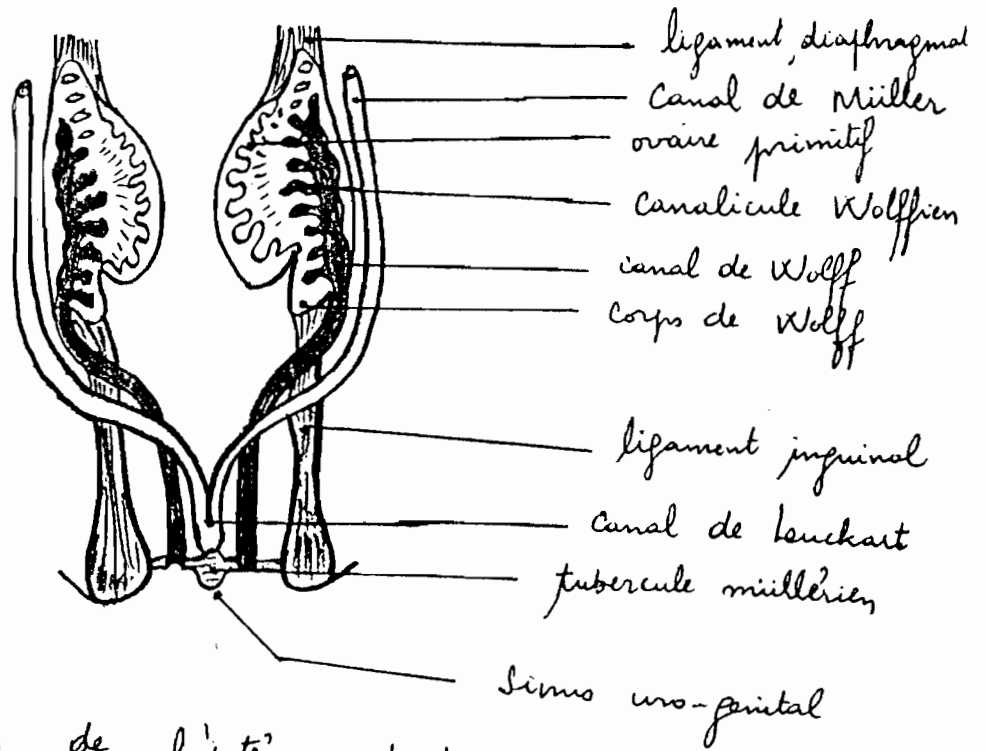
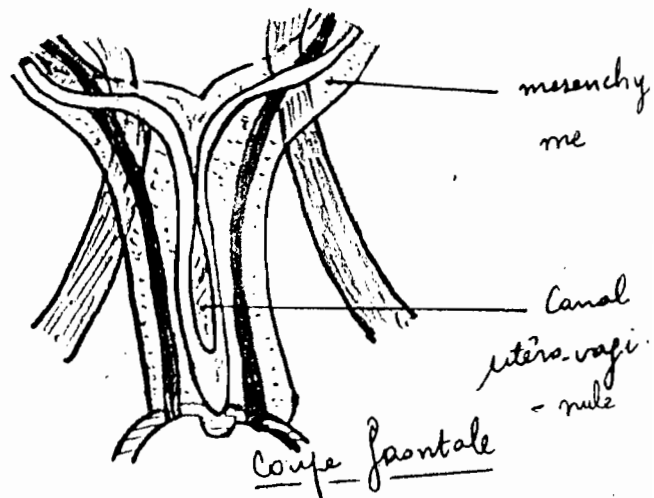
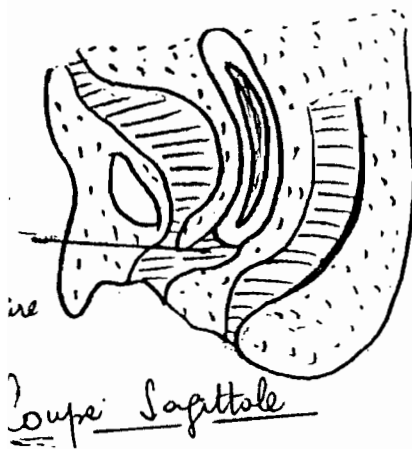
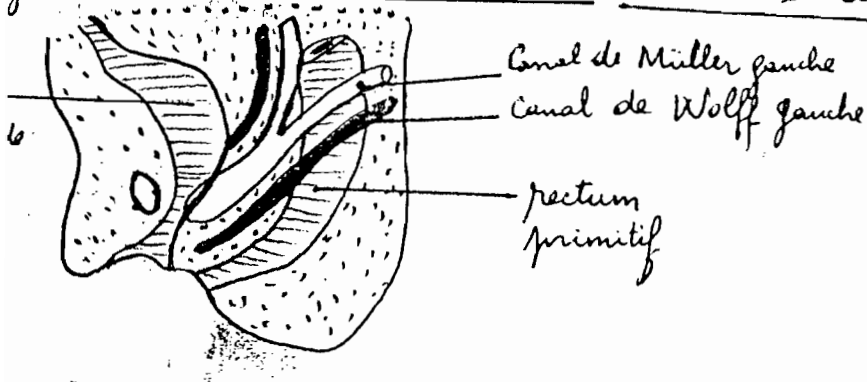


Figure 2 Formation de l'utérus et du vagin



2) Développement histologique [17, 22, 44]

Les canaux de Müller sont primitivement de simples tubes épithéliaux entourés d'éléments mésenchymateux.

Secondairement, l'épithélium polyédrique stratifié utéro-vaginal se transforme dans la moitié supérieure en épithélium prismatique (utérus) et dans la moitié inférieure en épithélium polyédrique stratifié (vagin).

L'épaisse couche musculo-conjonctive de la paroi utérine se différencie à partir du mésenchyme environnant. La première couche musculaire différenciée du mésenchyme périmüllerin constituera ce que nous désignons sous le terme d'archéomyomètre.

Puis, aux environs du terme, apparaît et se développe, pour des raisons fonctionnelles de statique viscérale, le néomyomètre, couche périphérique de l'utérus.

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

Quant aux plis de la muqueuse vaginale et du col utérin, ils apparaissent vers la vingtième semaine de la période foetale. Mais ce n'est qu'à partir de la sixième année que la muqueuse cervicale se plisse franchement, réalisant des plis nommés "arbre de vie"

3) Développement macroscopique de l'utérus [17, 22, 44]

A partir de la vingt huitième semaine, la croissance utérine est subitement accélérée, pour atteindre 35 mm de longueur totale chez le fœtus à terme.

Dès le quatrième mois la zone isthmique est reconnaissable, le développement de l'utérus est harmonieux et conserve un rapport

ensiblement constant entre les trois portions de l'utérus. Le col représente 56 % de la longueur totale utérine, l'isthme 13 % et le corps 31 % (Bouton et Maillet).

Puis il se produirait, dans les deux semaines qui suivent la naissance, une involution utérine qui ramènerait sa longueur à 23-24 mm, soit une diminution de près d'un tiers (JEFFCOATE)

Chez la fillette, la croissance utérine est très lente jusqu'à la puberté ; celle-ci entraîne une poussée de croissance qui atteindra son maximum vers la dix huitième année (en dehors de tout état de gestation).

Notons par ailleurs qu'au cours de la naissance les ligaments utéro-sacrés ne contiennent aucune fibre musculaire lisse, ce n'est que quelques semaines plus tard qu'apparaissent dans la partie antérieure des ligaments et des faces latérales de l'utérus des fibres musculaires lisses (J.H. SOUTOUL)

II. ANATOMIE [44]

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

Organe impair l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière, il est recouvert par les anses intestinales et il est en majeure partie au-dessus du vagin dans lequel il fait saillie.

La consistance est ferme mais élastique sur la femme vivante ; son poids chez la nullipare est de 40 à 50 g environ et de 50 à 70 g chez la multipare.

L'utérus a la forme d'un cône à sommet tronqué inférieur, s'engageant plus ou moins dans le dôme vaginal.

On note chez la nullipare, à peu près à égale distance de la base et du sommet, un léger étranglement, plus marqué en avant et sur les côtés :

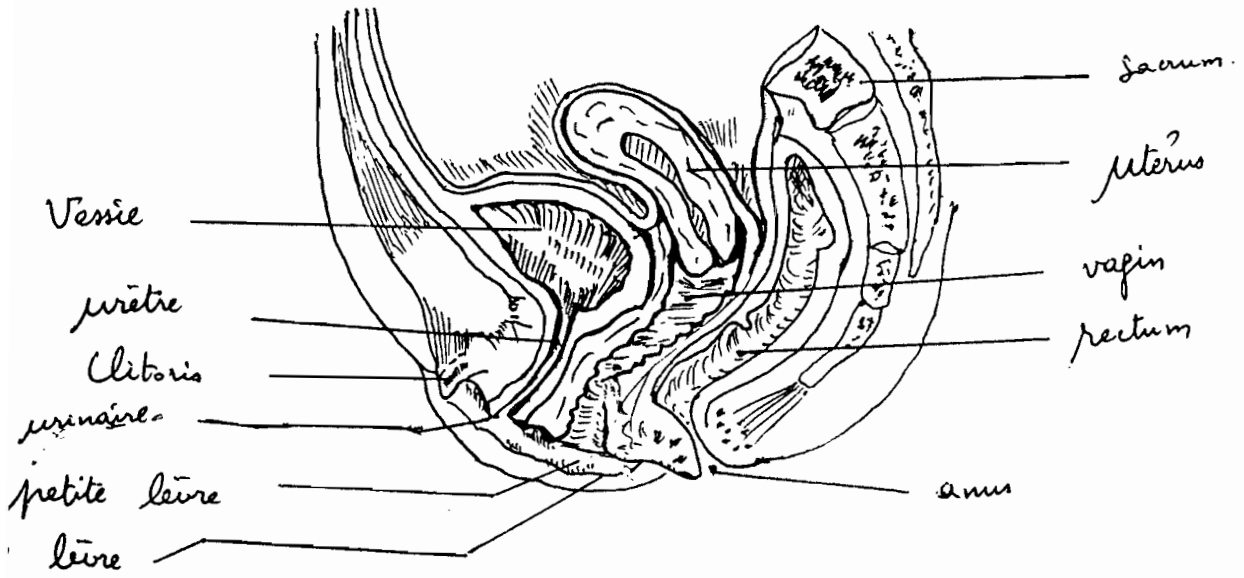


Figure 3 . Coupe sagittale du pelvis de la femme

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

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

1) Configuration externe :

a) Le corps : présente à décrire,

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

b) Le Col :

Le vagin s'insère sur le col et le divise en deux parties : supra-vaginale et vaginale.

L'insertion vaginale est représentée par une ligne de 1/2 cm environ de largeur, très oblique en bas et en avant. Cette zone est située en arrière environ à l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs. Tandis qu'en avant elle s'insère à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 Inférieur du col. Le col n'est donc pas inséré sur le fond du vagin, mais plutôt sur le segment supérieur de la face antérieure.

La partie supra-vaginale du col qui se continue avec le corps.

La portion vaginale visible au spéculum est accessible au doigt par le toucher vaginal. La hauteur est plus grande en arrière (18 mm) qu'en avant (6 mm). Elle forme un cône tronqué, percé à son sommet d'un orifice: l'orifice externe du col qui donne accès à la cavité utérine.

et orifice s'ouvre vers le milieu du cycle, à la période d'ovulation et laisse alors passer une glaire claire, limpide et filante.

l'aspect en est variable :

- chez la nullipare : l'orifice est petit, circulaire de 3 à 4 mm de diamètre ; il est bordé par un bourrelet périphérique lisse, uni, de fermeté élastique, qui donne au toucher la sensation d'appuyer de la pulpe du doigt le lobule du nez (DUBOIS). Avec la parité la portion intra-vaginale du col se raccourcit de plus en plus et s'aplatit, et mérite le nom de "museau de tanche" qu'on lui donne en clinique.

- chez la primipare, l'orifice s'allonge transversalement et prend l'aspect d'une "bouche qui sourit" (GUYON) avec une lèvre antérieure, une lèvre postérieure et deux incisures latérales profondes. Sa consistance est moins ferme.

- Chez la grande multipare, "il semble que le col soit absorbé par le corps ; il est remplacé par un large orifice, entouré de tubercules et de dépressions de toutes dimensions (DE SINETY). Sa consistance assez dure par endroit, signe la fibrose cicatricielle.

l'aspect colposcopique normal (col idéal de nullipare) se présente ainsi:

sans préparation, la muqueuse de l'exocol est rose pâle et lisse uniformément parfois plus foncée à l'approche des règles.

sous la solution d'acide acétique, la couleur rose pâlit le lugol (test de Schiller) lui donne une couleur brune.

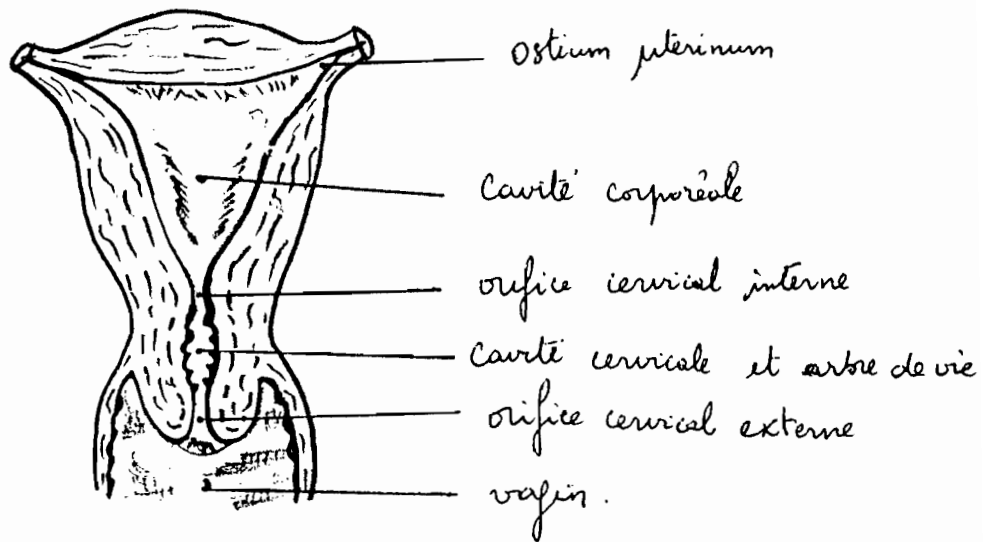
) Les dimensions extérieures

Chez la nullipare, les dimensions sont en moyenne :

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

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

Figure 4 . Configuration interne de l'utérus .



2) Configuration interne :

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

a) Cavité du corps : elle est de forme triangulaire et virtuelle, les parois antérieure et postérieure ne sont séparées que par un peu de mucus.

La base supérieure est convexe chez la nullipare, rectiligne ou concave chez la multipare. Les angles supéro-externes se continuent avec les canaux tubaires par l'ostium uterinum.

b) La cavité du col : C'est une cavité réelle fusiforme, un peu aplatie d'avant en arrière et souvent remplie par un bouchon muqueux. Les parois antérieure et postérieure sont occupées dans leur tiers moyen par 2 saillies longitudinales ou colonnes principales. Ces colonnes ne sont pas exactement médianes : celle de la paroi postérieure se porte un peu à gauche, celle de la paroi antérieure, en général plus marquée, légèrement à droite.

Des colonnes principales partent, à droite et à gauche, des plis palmés, obliquement ascendants, curvilignes, ramifiés et entre lesquels on aperçoit de nombreux orifices glandulaires.

Colonnes principales et plis palmés constituent l'arbre de vie, relief qui peut gêner l'introduction d'un hystéromètre. Chez la multipare les arbres de vie sont moins saillants et moins réguliers.

L'extrémité supérieure se confond avec l'isthme et porte le nom d'orifice interne du col, l'extrémité inférieure répond à l'orifice externe.

c) Capacités et dimensions internes :

La capacité est d'environ 3 à 4 cm chez la nullipare, 5 à 6 cm chez la multipare.

Les dimensions de la cavité utérine sont respectivement :

- chez la nullipare de 55 mm en moyenne dont 25 pour le corps et 25 pour l'isthme 5 pour le col. L'isthme peut être considéré comme un véritable canal chez la nullipare.

- chez la multipare, l'augmentation de la cavité est nette au niveau du corps qui atteint 35mm.

B. Anatomie Fonctionnelle : [44]

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

1) **Direction** : La femme est considérée dans la station debout, bassin et périnée normaux, vessie et rectum peu distendus.

2) Point central de l'utérus :

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

Pour Allen et Masters, l'isthme représente de ce fait le véritable pivot autour duquel s'oriente en tous sens le corps et le col mutuellement indépendants. D'où le nom de "universal joint cervix" qu'ils donnent à l'isthme. C'est le siège de prédilection des déchirures du ligament large.

Le point central est normalement placé à peu près :

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

Lorsque ce point central est situé en avant, en arrière ou latéralement par rapport à sa situation habituelle, on dit qu'il y a antéposition, retroposition ou latéroposition de l'utérus.

Lorsque le corps et le col basculent simultanément en sens inverse autour d'un axe transversal passant par le point central de l'utérus,

on dit qu'il y a

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

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

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

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

3) Les systèmes de maintien de l'utérus :

a) Système de soutènement :

Dans sa position normale, le corps utérin repose sur la vessie dont la base est soutenue par le vagin. Par ailleurs, le col utérin prend appui sur la paroi dorsale du vagin soutenue par le centre tendineux du périnée.

Le vagin doublé du fascia vaginal représente un hamac presque horizontal qui soutient le système uro-génital pelvien. Ce hamac est maintenu par des haubans musculaires et fibro-conjonctifs qui se fixent sur la paroi pelvienne.

b) Système de suspension :

- les ligaments utéro sacrés: s'attachent en arrière sur la face antérieure du sacrum en dedans des deuxième, troisième et quatrième trous sacrés. Parfois, ces insertions se prolongent vers le promontoire, déterminant une saillie péritonéale peu accusée, connue sous le nom de ligament utéro-lombaire.

Ils se dirigent obliquement en avant, en bas et légèrement en dedans après avoir contournés les faces latérales du rectum. Ils sont presque verticaux. Leurs bords supérieurs soulèvent le péritoine formant le pli recto-utérin. Leurs bords inférieurs confinent au fascia pelvien.

En avant, ils s'insèrent près des bords latéraux de la face postérieure du col et par une expansion sur le fornix vaginal (ligament vagino-sacral). Ils semblent parfois s'unir sur la face postérieure du col en formant un bourrelet peu saillant "le torus utérinus"

Respectés dans l'hystérectomie subtotal, ils sont désinsérés et liés lors de l'hystérectomie totale car ils sont bien vascularisés.

- En avant les ligaments pubo-vesico-utérins (de Faraboeuf) séparent le cul de sac vésico-utérin, des fosses paravésicales. On peut en isoler 2 faisceaux :

* le faisceau pubo-utérin ; c'est une lame conjonctivo-musculaire organisée autour des plexus veineux latéro-vésicaux

* le faisceau vésico-utérin ; il est constitué par des fibres musculaires lisses émanant des couches les plus superficielles de la musculature vésicale et tendue entre vessie et isthme utérin. Ils n'ont pas de rôle sustentateur important, mais leur contenu vasculaire justifie parfois leur ligature lors du décollement inter-vésico-utérin.

- Latéralement, la base du ligament large constituée du paramètre et du paracervix est étendue du tractus génital à la parois pelvienne et individualise un véritable ligament.

c) Système d'orientation

- Ligaments ronds : ce sont des cordes fibro-musculaires, qui s'étendent de la partie antéro-latérale de la corne utérine au-dessous et en avant de la trompe de Fallope jusqu'à la région prépubienne (grandes lèvres et Mont du pubis), qu'ils atteignent en traversant le canal inguinal. Sa portion pelvienne oblique en avant, en dehors et un peu en haut, soulève le feuillet antérieur du ligament large auquel il adhère fortement (pli antérieur).

Ils forment des cordons cylindriques, uniquement dans la partie moyenne de leur trajet, de 2 à 6 mm de calibre suivant l'imprégnation hormonale. Ils sont plus importants chez la multipare que chez la nullipare. Ils sont grêles avant la puberté et après la ménopause.

Le ligament rond est accompagné de vaisseaux (artères, veines et lymphatiques) qui font de sa ligature un temps nécessaire de l'hystérectomie. C'est sur lui qu'on intervient pour ramener en position normale l'utérus rétroversé.

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

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

1) Les rapports :

Le péritoine après avoir tapissé la face supérieure de la vessie se replie en un cul de sac vésico-utérin et recouvre ensuite la face antérieure du corps utérin.

L'incision de ce repli péritonéal ouvre l'espace vésico-utérin.

Le fond, recouvert de péritoine très adhérent, répond aux anses grêles et souvent à l'épiploon.

La face supéro-postérieure ou intestinale est entièrement recouverte par le péritoine qui descend jusque sur la face postérieure du vagin (1 à 2 cm) que se réfléchit sur le rectum en formant un recessus péritonéal.

A la laparo, on constate que ce recessus utéro-vaginal-rectal est divisé par les plis recto-utérins soulevés par les ligaments utéro-sacraux en 2 étages :

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

4) Vascularisation et Innervation :

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

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

Trajet et direction : Elle s'écarte assez rapidement de la direction de la honteuse interne et se dirige:

- d'abord presque verticalement contre la paroi pelvienne en bas, en avant et en dedans, jusqu'au niveau de l'épine ischiatique : c'est le segment pariétal ou retroligamentaire, long de 6 cm environ.
- puis elle quitte cette paroi pour se diriger transversalement en dedans vers le col utérin ; c'est le segment pariéto-vésical ou infra-ligamentaire (3 cm),
- parvenue assez près de la portion supra-vaginale du col utérin, elle

e coude pour décrire une crosse. Puis elle remonte le long du bord correspondant de l'utérus : c'est le segment viscéral ou intraligamentaire (4 cm).

enfin, arrivée au niveau de l'angle salpingo-utérin elle s'incline et se dirige transversalement en dehors.

classiquement avec Fredet, Rieffel, l'artère se termine au niveau de la corne utérine en un bouquet de trois branches : artère rétrograde du fond, tubaire médiale et ovarique médiale. Pour d'autres (Testut, Regoïre), l'artère utérine se divise au niveau de la corne utérine en deux branches ; l'une utérine l'autre annexielle. Pour certains enfin (Poirier, Rouvière) l'utérine se termine en s'anastomosant avec l'artère ovarique, sous l'ovaire.

Les artères accessoires

Artère ovarique : elle dérive d'une artère segmentaire Wolffienne, naît souvent de la face antérieure de l'aorte, arrivée au pôle supérieur de l'ovaire, elle se divise en 2 branches annexielles (tubaire et ovarienne) qui s'anastomosent le plus souvent avec les branches homonymes de l'utérine.

Artère du ligament rond : c'est une branche de l'épigastrique inférieure, elle peut naître de la circonflexe iliaque (Fredet), parcourt le ligament rond et s'anastomose au niveau de la corne utérine avec un rameau de l'artère utérine.

La micro-vascularisation de la portion abdominale du ligament rond, présente une angio-architectomie spécifique des organes dérivés du canal de Müller, c'est à dire une disposition spiralée du réseau artériel.

Les Veines :

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

* Les lymphatiques :

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

a) le réseau d'origine : comprennent

- le réseau muqueux,
- le réseau musculaire,
- le réseau séreux.

b) le réseau collecteur péri-utérin : collecte la lymphe provenant de trois réseaux d'origine. On divise artificiellement ce réseau en 2 parties richement anastomosées entre elles : le réseau corporel, autour du corps et le réseau cervical, entourant le col.

c) Les troncs efférents : le réseau péri-utérin se draine dans les collecteurs supérieurs et inférieurs.

* Innervation de l'Utérus

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

IV. FREQUENCE [48]

Robbins estime que 4 à 25 % des femmes en âge de procréer sont porteuses d'un fibromyome et que passé 35 ans, 20 % des femmes seraient porteuses de fibromyome.

V. ETIOLOGIE

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

- Il n'y a pas de myome avant la puberté,

- Les myomes se stabilisent ou peuvent régresser après la ménopause ou après castration,
- Les myomes s'accroissent brusquement pendant la grossesse pour régresser ensuite,
- Les myomes régressent sous traitement^o progestatif,
- les myomes augmentent sous traitement oestrogenique après la ménopause,
- L'endomètre des femmes porteuses de fibrome témoigne d'une hyperoestrogénie : il existe habituellement une hyperplasie de l'endomètre, source de saignement.

Cependant la preuve de l'augmentation des récepteurs à oestrogènes de la fibre musculaire lisse n'a pas été montrée.

VI. ANATOMIE PATHOLOGIE

A. Etude macroscopique

1°) Aspect : l'utérus myomateux apparait le plus souvent déformé, bosselé par plusieurs formations tumorales constituant chacune un noyau myomateux.

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

Habituellement sur les coupes on observe une structure tourbillonnaire de couleur rosée, tranchant sur des zones de teinte blanc nacré.

Cependant des zones ramollies de nécrobiose aseptique ou même des points de calcification ont été rencontrés.

2°) Nombre : est variable

3°) Taille : varie de la tête d'une épingle à celle d'un adulte.

Le myome se prête à toutes les descriptions maraîchères : citron, mandarine, orange, pamplemousse, etc...

4°) Le poids : va de quelques grammes à plusieurs kilogrammes.

Figure: 5 Siège du fibrome en fonction des différentes parties de l'utérus

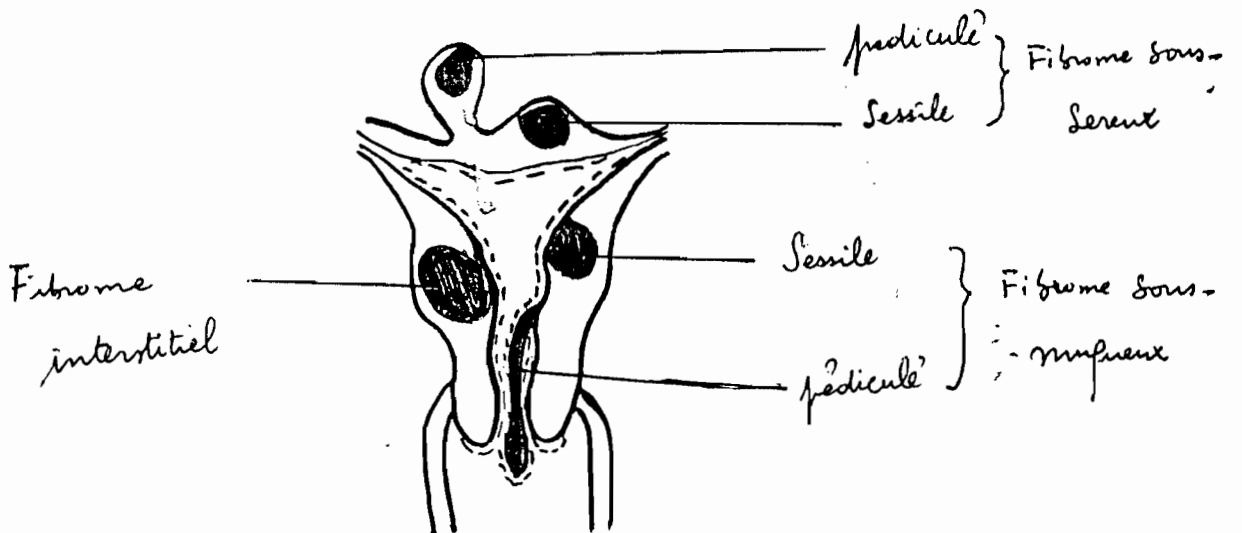
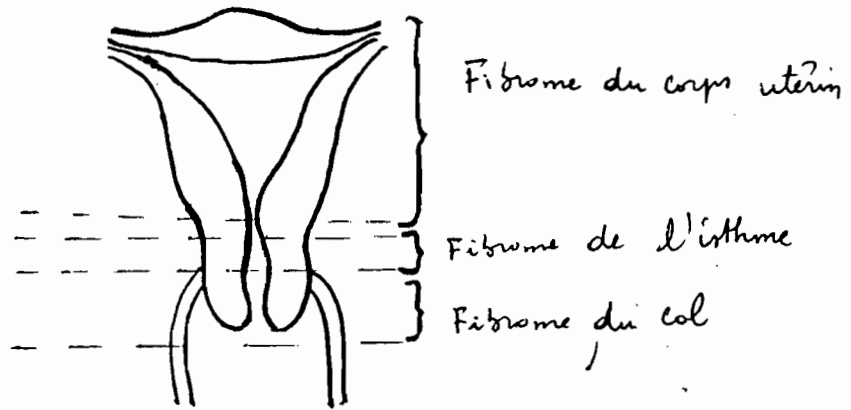


Figure 6 Différents types de fibrome

1°) **Le siège :**

1) **Siège par rapport à l'utérus**

* **Myome du corps**

Face Antérieure : la vessie supporte bien en règle générale ces variétés en s'étalant à leur surface.

Face Postérieure : peuvent entraîner l'utérus en rétroversion fixé et douloureux, faisant basculer en avant le col utérin qui comprime.

* **Myomes sous séreux**

- Sessiles : font hernie à la surface de l'utérus
- Pédiculés : sont exposés à la torsion et à la gangrène, peuvent même se détacher dans la cavité abdominale.

* **Myomes mixtes** : associent plusieurs types anatomiques.

2) **Etude microscopique**

1°) **Rappels histologiques de l'utérus :**

L'utérus comprend 3 tuniques :

a) **Tunique externe ou séreuse** : faite de tissu conjonctivo-élastique et revêtue de l'épithélium péritonéal.

b) **Tunique interne ou muqueuse** : variable selon que l'on se trouve au niveau du corps, de l'isthme ou du col. Elle est tapissée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Sous l'épithélium se trouvent les vaisseaux, des nerfs et de nombreuses glandes.

La muqueuse utérine est lisse et forme dans le canal cervical des plis palmés.

Au niveau du corps utérin la muqueuse forme 2 couches faiblement délimitées.

- la couche superficielle tournée vers la cavité utérine est soumise à des modifications rythmiques en rapport avec le cycle menstruel : couche fonctionnelle.

- la couche basale qui adhère à la musculuse.

c) Tunique moyenne ou musculieuse

Constituée d'un enchevêtrement épais de faisceaux de fibres lisses entre lesquels se trouvent des plaques de tissus conjonctifs richement pourvues de vaisseaux sanguins.

Composée de 3 plans musculaires

- couche externe (sous séreuse) longitudinale.
- couche moyenne plexiforme composée de fibres circulaires et obliques
- couche interne (submuqueuse) longitudinale.

Cette couche musculieuse plus importante est le siège de processus hyperplasiques aboutissant aux myomes.

2°) Structure histologique du myome :

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

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

Le myome peut aussi être le siège d'une imprégnation calcaire et parfois même d'une métaplasie osseuse (Sinè BAYO)

3) Fibromes par rapport à la structure anatomique de l'utérus

* Fibromes du fond utérin : sont en général mieux tolérés, le plus souvent silencieux, émergeant progressivement de l'escavation pelvienne dans l'abdomen.

* Fibromes Anquulaires : au niveau des cornes utérines, cause parfois de stérilité pour compression.

* Fibromes de l'isthme : Rare dans leur variété pure. Peuvent s'inclure dans le ligament large entraînant la compression urétérale et la blessure chirurgicale.

* Fibromes du col : sont exceptionnels

4) Fibromes selon les différentes tuniques de l'utérus

Classiquement on distingue :

- les myomes sous muqueux,
- les myomes intra muraux,
- les myomes sous séreux,
- les myomes mixtes.

Les myomes peuvent être sessiles ou pédiculés.

* Fibromes sous muqueux

- Sessiles : ils sont généralement de volume réduit, font saillie sous la muqueuse qu'ils déforment, sont parfois responsables d'avortements répétés par trouble de la nidation ; enfin sont prédisposés à l'infection et à la nécrobiose.
- Pédiculés : sont selon la longueur du pédicule soient "inclus en battant de cloche" dans la cavité interne qu'ils dilatent, soit accouchés par le col.

* Fibromes Intramuraux ou interstitiels :

Sont surtout ceux qui retentissent le plus souvent sur la taille et la forme de l'utérus.

VII. ETUDE CLINIQUE :

Il faut signaler la variabilité symptomatique.

A) Symptomatologie

a) Ménorragie : est le signe le plus classique, son apparition lentement progressive est assez caractéristique. Les règles sont plus abondantes et plus prolongées pouvant durer de 10 à 15 jours.

Il peut s'agir d'un simple prolongement des règles sans augmentation d'abondance.

b) Métrorragies : sont des pertes survenant en dehors de la période des règles normales.

c) Menométrorragies : c'est l'intrication des 2 signes précédents. Elles se caractérisent par un retard de quelques semaines suivi d'une période prolongée d'hémorragie.

Le retentissement général de l'hémorragie est variable, mais il peut entraîner une anémie chronique (surveiller l'hématocrite). Ces hémorragies se voient dans les myomes sous séreux, plus fréquentes dans les variétés sous muqueux et surtout en cas de polype fibreux intracavitaire. Ce sont essentiellement des hémorragies fonctionnelles de l'endomètre par hyperplasie, soit par aplasie entraînant la fragilité des vaisseaux ; soit l'association des 2 troubles.

Elles peuvent être dues à un facteur mécanique (polype fibreux, ulcération en cocarde de l'endomètre au pôle d'un fibrome sous muqueux).

d) Douleurs pelviennes : sont très difficiles à interpréter, car trop banales en gynécologie. On peut admettre que les douleurs ne font pas partie du tableau habituel des fibromes, mais quand elles existent elles sont hypogastriques sourdes, rarement violentes, continues ou intermittentes, parfois rythmées par les règles (leur maximum se situant au moment des règles) à type de torsion, de brûlure, de picotement irradiant vers la racine des membres inférieurs et des lombes et sont liées aux phénomènes de compression, aux phénomènes inflammatoires et surtout aux lésions associées comme les salpingites, les ovarites et même parfois la bilharziose génitale ou une endométriose.

e) Leucorrhées : sont banales en pathologie gynécologique. Ce sont des pertes blanchâtres généralement plus abondantes avant les périodes menstruelles de consistance glaireuse et filante.

Cependant les pertes peuvent devenir importante et revêtir l'aspect d'une hydorrhée importante par sténose de l'isthme ou par polype formant clapet, se voient également dans les fibromes en dégénérescence kystique.

f) Pyorrhée : est plus rare témoin le plus souvent de la présence d'un polype sphacélé, mais il faut toujours penser à une possibilité d'associer à un cancer du corps utérin.

g) Troubles urinaires :

Pollakiurie : c'est le trouble le plus fréquent 40 % selon les statistiques. Elle est diurne, il s'agit de miction un peu plus fréquente ou de miction véritablement impérieuse. On peut évoquer soit une compression vesicale, soit une irritation du trigone (fibrome de l'isthme et des fibromes postérieurs).

Trouble d'évacuation vesicale :

L'incontinence urinaire n'est pas rare, mais sans rapport avec le fibrome. Elle risque d'apparaître après hystérectomie.

a) Troubles digestifs :

- Constipation : signe absolument sans valeur. Des tableaux de syndrome occlusif et d'hémorroïdes externes ont été constatés.
- Augmentation du volume de l'abdomen sans aucun autre trouble.

i) Troubles de la gestation

Dûs à un obstacle mécanique ou par lésion concomitante de l'endomètre.

B) EXAMEN CLINIQUE

a) Condition : s'effectue sur table gynécologique avec rectum et vessie préalablement vidés.

Préparation psychologique de la patiente.

b) Signes physiques :

* Inspection : Elle se fait attentivement. Elle est le plus souvent négative, mais quelquefois on perçoit une voussure sus pubienne.

* Palpation : se fait avec douceur à partir des zones indolores en finissant par les zones douloureuses.

Elle permet de déceler la tumeur. On sent le fond utérin soit lisse et régulier, soit déformé par des bosselures arrondies.

La tumeur est perçue élastique légèrement mobilisable latéralement, elle s'enfonce dans le petit bassin si on la palpe en Tredelenburg.

Elle peut déceler les douleurs.

* Percussion : peut montrer une matité du Pelvis et les limites de la masse pelvienne.

c) Examen au spéculum :

Il se fait à l'aide de l'index et du pouce d'une main, on écarte les vulves, puis avec l'autre main on introduit avec douceur le spéculum fermé parallèlement à la fente vulvaire suivi d'une rotation de 90°.

Il permet d'observer une vaginite, une exocervicite, érosion, kyste de Naboth...

d) Le toucher vaginal :

On se met à droite de la patiente et entre les cuisses, l'index et le médius dans un doigtier stérile. On demande la patiente de se relâcher la bouche ouverte.

Le toucher se fait en 2 temps :

- 1er temps : les 2 doigts intra-vaginaux doivent percevoir le vagin le col et les culs de sacs vaginaux latéraux et le Douglas.

- 2ème temps : les doigts intra-vaginaux, aidés par la main gauche qui déprime la paroi abdominale : c'est le toucher vaginal. Il permet de percevoir l'utérus et de reconnaître les caractères de la tumeur.

Combiné au palpé abdominal qui reconnaît une masse plus ou moins régulière arrondie oblongue, tantôt lisse, tantôt bosselée de volume variable.

La masse tumorale se retrouve dans un cul de sac ou les 2 avec les mêmes caractères : consistance ferme non élastique parfois dure voire pierreuse.

En l'absence de complication elle est indolore Elle est habituellement mobile et cette mobilisation aussi est indolore.

Le fait fondamental et classique est la solidité de la tumeur avec le col de l'utérus. Les mouvements que l'on imprime à la masse sont retransmis au col et inversement. Le col peut être cependant confondu à un fibrome.

La situation exacte du corps utérin peut être difficile à déterminer, masquée par le développement du myome.

e) Toucher rectal :

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

f) Examen du Périnée : à la recherche de prolapsus génital.

g) Examen du sein : à la recherche de galactorrhée, de mastose.

h) Examen général : consiste à rechercher des adénopathies, à la palpation de la glande thyroïde, à la prise de la tension artérielle et de la température et à la recherche de cardiopathie éventuelle.

VIII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A) ECHOTOMOGRAPHIE PELVIENNE :

Elle utilise des ultrasons, la femme en décubitus dorsal la vessie pleine. Elle permet de confirmer dans la plupart des cas le diagnostic de fibrome utérin.

Dans la forme classique non compliquée, le fibrome est une tumeur solide échogène dont l'échogenicité est voisine de celle du myomètre. Les échos sont repartis régulièrement au sein de la tumeur, mais leur intensité est décroissante de la superficie vers la profondeur.

Elle permet d'objectiver la situation anatomique des fibromyomes d'où son efficacité dans le traitement médical.

Le fibrome sous séreux pédiculé est difficile à objectiver.

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

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

L'échographie fait évoquer la calcification du fibrome, des modifications histologiques (oedèmes, nécrobiose ischémique)

Elle permet enfin de vérifier l'absence de retentissement sur les organes de voisinage ; par contre elle peut être hésitante devant une tumeur ovarienne solide adhérente au corps utérin, utérus malformatif, rein pelvien, tumeur digestive.

B) HYSTEOSALPINGOGRAPHIE :

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

Conditions techniques :

- Désinfection du col utérin sous spéculum.
- S'assurer de la perméabilité de l'orifice cervical.
- Mesurer la profondeur de la cavité utérine avec l'hystéromètre.
- On adapte sur le col soit une tulipe qui fait ventouse (ventouse suédoise V.U.C ou Canule de Bommelaer), soit la canule de Donay adapté sur le col par l'intermédiaire d'une ou de deux pinces de POZZI.

- On emploie des produits organoiodés hydrosolubles.

Radioselectan 76 R

Telebrix 38 R

Hexabrix R

Le lipiodol est encore de temps en temps utilisé. Il est fondamental de purger simultanément la seringue de toute bulle d'air qui pourrait stimuler les polypes endocavitaires. On prendra les clichés en série sous différentes incidences à plusieurs stades de la réplétion et après évacuation.

Elle peut être normale dans le cas de fibrome sous séreux.

Elle peut montrer une lacune signe essentiel, il s'agit de lacune homogène régulière à bords arrondis nets pouvant occuper la cavité utérine ou tout un bord ou une corne.

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

- Fibromes interstitiels : entraînent un agrandissement, une déformation et souvent une asymétrie de la cavité utérine.

- Fibromes sous muqueux et intracavitaires : ils sont bien visibles sur les clichés en début de remplissage et en début d'évacuation lorsque le produit de contraste tapisse finement la cavité utérine. Ils se traduisent par l'existence d'une lacune à contours nets. Ils entraînent une soufflure des bords utérins par déformation mécanique.

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

L'hystérosalpingographie découvre des lésions associées ; tubercules, endométriose, polype muqueux, synéchies, lésions annexielles (hydrosalpinx).

Fibromes sous séreux sont difficiles à diagnostiquer car ils ne modifient pas la cavité utérine.

Fibromes multiples : il est possible de visualiser sur les différents clichés des aspects en faveur des noyaux sous muqueux intra cavitaires ou interstitiels.

Contre Indications :

- Grossesse : devant toute tumeur pelvienne douteuse, il faut demander une échographie et faire les tests immunologiques de la grossesse.

- Infections génitales : il faut traiter l'infection d'abord.

Hémorragies : Elles gênent l'interprétation si elles sont abondantes avec présence de caillots.

Intolérance à l'iode : faire un test à l'iode.

) COELIOSCOPIE

La coelioscopie transparietale a été décrite dès 1902 par Kelling (de Dresde) sur le chien, mais n'a été utilisée sur une large échelle sur l'homme que vers 1912 par Jacobens (de Stockholm). Son application en gynécologie est plus récente (Ruddock et Hope, 1939), elle n'est devenue complète que par l'utilisation d'une canule permettant de mobiliser les ovaires (Sjovall, 1959).

La coelioscopie transvaginale a été mise au point par Decker (de New-York, 1944) grâce à la position genu pectorale qui ouvre l'espace ecto-utérin et refoule l'air dans la cavité péritonéale.

La coelioscopie est l'endoscopie de la cavité péritonéale préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel (gaz carbonique ou oxygène) réalisée en salle d'opération avec toutes les précautions d'asepsie, les examens et préparatifs doivent être ceux d'une laparotomie qui peut d'ailleurs s'avérer subitement nécessaire.

La coelioscopie permet de poser un diagnostic précis pour le fibrome sous séreux et interstitiel et d'apprécier exactement les indications respectives et les modalités du traitement.

Accidents possibles :

- Emphysème : par injection de gaz dans le tissu sous péritonéal de résorption rapide.
- Blessure vasculaire : il faut vérifier avant l'insufflation s'il y a pas de sang dans l'aiguille.
- Compression nerveuse par parésie du plexus brachial.
- Douleur scapulaire tardive.
- Accidents infectieux dans les cas d'hydrotubation dans un hydrosalpinx.

Contre indications :

Éritonite généralisée avec état de choc septique.

Émopéritoïne avec choc hémodynamique.

Abdomen multicicatriciel.

Mauvais état général, obésité excessive, troubles respiratoires, Hernie diaphragmatique qui sont des contre indications pour l'anesthésie.

D) CLICHE SANS PREPARATION

Nécessaire pour rechercher l'opacité propre d'un fibrome, les déplacements éventuels des organes de voisinage, des calcifications, des ossifications des structures dentaires ou de la graine caractéristique du kyste dermoïde de l'ovaire.

E) L'UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE :

A la veille, on injectera l'ampoule test pour connaître la tolérance à l'iode ou s'assurer que l'azotémie est inférieure à 0,80 g. Il faut faire un cliché d'abdomen sans préparation puis on injecte en IV 40 ml de produit de contraste.

A partir de la 3^e - 5^e minute, faire des clichés.

Le 2^e cliché à la 10^e 15^e minute.

Faire des clichés en déplétion.

L'UIV renseigne sur la valeur fonctionnelle du parenchyme rénal, la morphologie uretéro pyelocalicielle surtout quand il y a compression des uretères par la tumeur, et permet de poser le diagnostic différentiel entre tumeur rénale et fibrome ou toute autre tumeur pelvienne.

F) TOMODENSITOMETRIE :Artériographie pelvienne ou de la phlébographie pelvienne :

En association avec l'UIV les explorations peuvent contribuer au diagnostic différentiel entre ce qui appartient aux reins ou à la surrénale pour préciser la topographie exacte des tumeurs lombaires.

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

G) FROTTIS CERVICO-VAGINAL DE DEPISTAGE :

Sont systématiques chez toute nouvelle consultante et se font en dehors des règles et de toute infection.

Après introduction du spéculum on fait d'abord un prélèvement vaginal dans le cul de sac vaginal postérieur avec la spatule d'Ayre. Au niveau du col avec l'extrémité échancrée de la spatule, la partie la plus large étant appliquée dans l'orifice utérin on fait un mouvement de rotation en raclant.

Au niveau de l'endocol avec un bâtonnet ouaté on racle les parois du canal endocervical.

L'étalement doit être immédiatement fait sur lame propre et sèche en parcourant d'un seul mouvement ; la fixation immédiate se fait dans un mélange d'alcool d'éther. Il est à éviter toute dessiccation et souillure.

Les frottis cervico-vaginaux peuvent être précédés par un test de Schiller ou test au lugol qui consiste à badigeonner le col avec une solution de lugol 1 % et le résultat est une coloration brun acajou de l'épithélium pavimenteux (Zones iodo-positives) ; cependant en cas d'ulcération la partie reste claire (zones iodo-négatives) d'où le dépistage des hyperplasies et des cellules cancéreuses. Cette investigation est toujours précisée par une biopsie orientée.

Contre Indications :

- Au cours des règles
- Infections

H. HYSTEROMETRIE :

Elle se fait à l'aide d'un appareil appelé hystéromètre métallique ou en plastique. L'hystéromètre présente une graduation en centimètre sur 15 derniers centimètres et un index coulissant, celui de MEGS présente un curseur à type qui permet la lecture directe sur la partie antérieure du degré de pénétration.

Technique : Une asepsie rigoureuse est exigée dans ce cas éviter tout contact de l'instrument avec la paroi vaginale, vérifier la propriété du col et sa glaire.

On saisit le col avec une pince de POZZI ou une pince à col fine, tirer doucement sur la pince ou diminuer la flexion (on aura vérifié la flexion de l'utérus par le toucher vaginal).

On introduit doucement l'hystéromètre dans la cavité cervicale et par de petits mouvements de reptation on le fait progresser par persuasion vers l'isthme, puis vers le fond utérin en notant toute résistance rencontrée et toute réaction de la femme.

On peut noter :

- un agrandissement de la cavité utérine, signe de fibrome,
- une déviation de la cavité qui peut indiquer que la tumeur est régulièrement développée dans l'axe utérin,

- une irrégularité de la cavité utérine qui peut renseigner sur la présence d'un fibrome sous muqueux et même un polype intra-utérin.

La constatation d'un allongement indiscutable de 10 - 12 cm sera un gros argument pour le diagnostic de fibrome. Seule la grossesse pourrait être une cause d'erreur.

I) BIOPSIE DE L'ENDOMETRE A LA CANULE DE NOVAK :

Elle se fait du 25^e au 26^e jour du cycle. En cas de suspicion de tumeur en vue d'une étude histologique on doit s'assurer de l'absence de grossesse ou d'infection.

Technique : On désinfecte le col. On introduit l'hystéromètre pour évaluer la profondeur de la cavité utérine qui est de 7 à 8 cm et son orientation. L'instrument de choix est habituellement la canule de Novak dont le diamètre extérieur est de 4 mm, son bout recourbé présente à 5 mm de l'extrémité du côté concave une fenêtre de 1 cm de long à bords dentés. Cette canule est utilisée avec aspiration soit par une trompe à vide, soit par une seringue métallique vissée à son extrémité.

Après avoir désinfecté le col et par traction avec une pince pour diminuer la flexion utérine, on pousse doucement la canule jusqu'au fond

Une des cornes utérines, puis appuyant sa fenêtre contre le bord télerin, on racle la cavité sur ses faces en évitant de racler la région de l'isthme. La canule est ensuite sortie avec douceur et son contenu refoulé à l'aide d'une poire en caoutchouc sur une lame de verre pour débarrasser la bandelette d'endomètre du sang et du mucus qui gêneraient la fixation.

Le prélèvement est ainsi fixé dans le formol ou dans le liquide DUBOSQ

- Alcool à 95° picriqué à saturation 10 ml
- Formol à 40 % = 4 ml
- Acide acétique glacial 1 ml.

La biopsie de l'endomètre donne la certitude anatomopathologique.

F. CURETAGE BIOPSIQUE :

Il permet de faire le diagnostic entre un avortement et un fibrome hémorragique.

G. HYSTEROSCOPIE :

Elle permet de visualiser la cavité utérine préalablement distendue par un liquide ou un gaz approprié. Elle affirme la présence ou l'absence de lésions intracavitaires ou sous muqueuses ; et ceci à l'aide d'un appareil appelé hystéroscope. Elle peut montrer des polypes muqueux.

H. EVOLUTION : Est variable.

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

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

Il peut par contre se compliquer.

I. COMPLICATIONS :

1°) **Locales** : Constituées par l'exagération des signes habituels

a) Complications hémorragiques : l'hémorragie par son abondance et sa répétition peut entraîner une spoliation sanguine avec anémie, asthénie, lipothymie, vertiges, acouphènes, dyspnée, hémopéritoine par rupture d'une veine superficielle.

Sont rencontrées surtout dans les fibromes sous muqueux.

b) Complications mécaniques : sont liées au développement de la tumeur. La douleur est le maître symptôme pouvant s'accompagner de signes de compression rectale à type de trouble de la défécation (ténésme, épreinte), de signes de compression de la vessie à type de pollakiurie, dysurie et rarement rétention d'urine, ou de signes de compression urétérale entraînant une hydronéphrose ou une sclérose atrophique du rein.

Le fibrome peut entraîner également une compression veineuse responsable de phlébite, ou exceptionnellement des compressions nerveuses à type de paresthésie, de névralgie, de sciatalgie.

Les torsions : sont rares. On rencontre 3 types de torsions.

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

La torsion subaiguë marquée par des douleurs, coliques accompagnées de lipothymie.

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

c) Complications infectieuses : se manifestent par la fièvre, une altération de l'état général une hyperleucocytose, une leucorrhée mal odorante, une douleur expulsive. Se rencontrent dans les cas suivants:

- Fibromes sous muqueux ou polypes fibreux accouchés par le col et ischémiés.
- Nécrobiose aseptique d'un fibrome intra-mural ou sous séreux.
- Gangrène utérine par prolifération de germes anaérobies,

- Endométrites dues aux staphylocoques, streptocoques, colibacilles, clamidia d'origine exogène ou endogène.
- n peut rencontrer une pyométrie.
- Salpingites.

) Transformations histologiques

Transformation oedémateuse :

Nécrobiose aseptique : due à une malvascularisation du fibrome par schémie favorisée par la grossesse. Se manifeste par une douleur pelvienne interne, un syndrome toxi-infectieux, une fièvre élevée, une pâleur et un subictère. Le myome augmente de volume, se ramollit et devient douloureux. L'échographie montre une image en cible ou en cocarde.

Calcification : de découverte radiologique sous forme d'une opacité arrondie fréquemment ordonnée en couches concentriques. S'observe souvent après la ménopause.

Dégénérescence maligne : est à soupçonner devant un fibrome qui croît rapidement après la ménopause. Elle est estimée à 0,5 % selon les statistiques. L'échographie peut montrer des métastases hépatiques.

. Complications Générales :

) Anémie : le plus souvent d'anémie hypochrome, quelques rares fois hémolytique.

) La polyglobulie : [22, 48]

son association avec le fibrome a été décrite en 1953 par Thomas et Larson, depuis plusieurs observations ont été publiées dont celle de Gilles Stenkistes en 1978.

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

2) La thrombopénie : [48]

Duporieux C. Hopfmer C, Duhamel en 1984 ont publié 2 cas de thrombopénie associés à un fibrome utérin. Selon ces auteurs la thrombopénie a disparu après l'hystérectomie.

3°) Complications vasculaires :

Thrombophlébites pelviennes ou des membres inférieurs : qui sont définies par l'apparition d'un caillot de sang adhérent plus ou moins à la paroi veineuse favorisée par la compression veineuse.

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

par un fourmillement, des douleurs de tension dans la jambe

par une élévation thermique modérée associée à une accélération du pouls surtout si elle précède la fièvre.

Troubles de la crase sanguine : dûs aux hémorragies.

4°) Complications Obstétricales :

a) Infécondité : Caractérisée par l'impossibilité d'une gestante de mener à terme une grossesse.

b) Fibrome et Grossesse [19, 22] : Il est maintenant prouvé que la grossesse modifie la texture et le volume de l'utérus qui augmente se ramollit changeant parfois de forme et pouvant entraîner une expulsion prématurée de l'oeuf : avortement ou accouchement prématuré.

Le risque d'hypotrophie foetale est élevé.

Selon HENRION 10 à 20 % des présentations seraient anormales : il s'agit des présentations de siège, transverse, qui sont en rapport avec le taux de césarienne rencontré 50 % .

La grossesse entraîne la nécrobiose aseptique et la torsion du fibrome.

Le pourcentage de métrorragie du 2^e au 3^e trimestre est augmenté par suite d'anomalie d'insertion placentaire ou par infection d'un fibromyome sous muqueux.

Au cours de l'accouchement le fibrome peut constituer un obstacle praevia entraînant une dystocie d'expulsion, il peut entraîner une dystocie dynamique par défaut de contractions utérines.

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

Dans le post partum le fibrome entraîne une inertie utérine ; l'endométrite et les phlébites sont fréquentes, la mortalité foetale varie de 6 à 12 % .

XI TRAITEMENT MEDICAL [33]

1) L'étiologie du fibrome étant mal connue, il n'y a pas de traitement étiologique, cependant l'hypothèse d'une origine oestrogenique des fibromes étant posée, les drogues ayant un effet "anti oestrogène" sont utilisées et les oestrogènes seront contre indiqués.

Les Associations d'Oestroprogestatifs : sont à proscrire, car elles augmentent le volume du fibrome et favorisent la nécrobiose aseptique.

Les Androgènes : sont contre indiqués du fait de leur action virilisante et leur transformation métabolique en oestrogènes.

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 il agit sur l'endomètre qui est le siège d'une hyperplasie.

Les produits à utiliser sont les suivants :

- Demegestone : Lutonex^R comprimés à 0,5 mg
- Norethisterone : Norluten^R comprimés à 5 mg
- Diacétate d'ethynodiol : lutometrodiol^R comprimés à 2 mg
- Lynestrénol : Orgametril^R comprimé à 5 mg
- Acétate de Norethisterone : Primolut Nor^R Comprimés à 10 mg.

2) Indications du traitement médical :

Le traitement médical étant essentiellement un traitement symptomatique des ménorragies, il sera réservé aux myomes :

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

3) Modalités :

* Dans les ménorragies d'importance variable

- si la femme n'a pas de problème contraceptif, un traitement de 2 comprimés de progestatif du 15^e au 25^e jour du cycle peut être suffisant,

- si la femme saigne en milieu du cycle ou si les règles reviennent avant le 20^e jour, il faut accroître la prise, du 10^e au 25^e jour du cycle.

- si la femme souhaite une contraception on précisera le traitement du 5^e au 25^e jour du cycle.

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

Il faudra arrêter le traitement.

- si la femme est en période préménopausique 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 des progestatifs des utérotoniques dérivés de l'ergot de seigle, des agrégats plaquetaires et bien sûr des transfusions.

Les Analogues de la LH RH (Decapeptyl) sont utilisées.

III. TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Deux grands types d'intervention sont possibles :

1) La myomectomie : Elle permet de conserver l'utérus et la fonction reproductrice, mais elle comporte un risque d'hémorragie per opératoire ainsi que la possibilité de récurrence tardive du myome. Elle se fait par voie abdominale et nécessite une hystérotomie pour contrôler l'absence de myome intra-cavitaire.

2) Les hystérectomies : Elles posent trois problèmes.

- le choix entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale, qui dépend de l'état du col, de la topographie du fibrome et de l'état du périnée. Il faut préférer l'hystérectomie totale à l'hystérectomie subtotale :

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

- le problème de la conservation ovarienne : les ovaires doivent être conservés si les annexes sont saines et si la malade a moins de 50 ans.

Indications du Traitement chirurgical :

a) Les fibromes à opérer sont :

- les fibromes compliqués : hémorragiques, rebelles au traitement médical, compressifs, nécrosés ou tordus, entraînant une stérilité.

- les fibromes associés à une lésion génitale patente : prolapsus, kyste de l'ovaire, séquelle de salpingite, dysplasie du col et à plus forte raison, un cancer du col ou une tumeur de l'ovaire, le traitement carcinologique prenant le pas sur le traitement du fibrome.

- les fibromes de gros volume ou augmentant de volume ;

- les fibromes déformant la cavité utérine à l'hystérogographie (fibromes sous muqueux qui saigneront ou s'infecteront).

o) Le moment et le type de l'intervention dépendent :

- de l'âge

. Avant 35 ans, on s'abstiendra si le fibrome est petit et bien toléré. En cas d'intervention impérative, on préférera la myomectomie si elle est possible.

. Aux alentours de la ménopause : la recrudescence de la symptomatologie ne doit pas forcément faire indiquer l'intervention. Le traitement progestatif peut permettre de contrôler les hémorragies et d'attendre la ménopause. Il faut se méfier des lésions associées et en cas d'intervention, choisir l'hystérectomie avec conservation ovarienne.

. Après la ménopause : la moindre modification du fibrome impose l'intervention en règle générale une hystérectomie totale sans conservation des ovaires ;

- de la topographie du fibrome

. les polypes fibreux ou accouchés par le col, qu'ils soient simples ou compliqués, doivent faire l'objet d'une ablation par voie basse.

. Les fibromes inclus dans le ligament large ou de gros volume, imposent la voie haute.

- d'une complication associée

. L'infection et la nécrobiose aseptique imposent un traitement préopératoire associant antibiotiques, glace sur le ventre et repos.

. L'hémorragie grave nécessite : l'arrêt de l'hémorragie par traitement progestatif, hémostatiques, curetage ; la réparation de la spoliation sanguine par des transfusions ; l'hystérectomie d'hémostase ne se concevant qu'en cas d'échec.

- d'une grossesse

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

Pendant le travail, l'indication d'une césarienne doit être large, portée à la moindre anomalie du travail. La myomectomie associée à la césarienne ne doit être faite que si elle s'annonce d'exécution facile. Si le fibrome a une large d'implantation ou si l'utérus est polymyomateux, mieux vaut attendre quelques mois et n'envisager le traitement du fibrome qu'après involution utérine.

Après l'accouchement, il faut faire une révision utérine explorer l'utérus et faire le bilan du nombre et de la topographie des myomes. Dans les suites de couches l'infection et les phlébites doivent être prévenues par un traitement antibiotique et anti-coagulant systématique.

KIII. AUTRES TRAITEMENTS

1) Traitement par les agents physiques : Ces méthodes sont actuellement abandonnées.

2) Radiothérapie [31] :

Agit sur le fibrome par castration sèche entraînant une ménopause précoce, cytolysse associée à un processus de sclérose et d'oblitération vasculaire.

3) Curithérapie [31] :

souvent utilisée en cas d'échec de la radiothérapie.

TECHNIQUES CHIRURGICALES

A) Myomectomie : 2 voies sont utilisées

- voie abdominale
- voie vaginale

1) Myomectomie abdominale :

- Voie d'abord : comprend l'incision médiane sous ombilicale et le Pfannenstiel. La préférence va au Pfannenstiel pour des raisons esthétiques sauf dans le cas de fibromes très développés volumineux.

- Exérèse : diffère selon que le myome soit sous séreux, interstitiel sous muqueux intra-cavitaire.

* Les myomes pédiculés : sont facilement extirpés soit par simple ligature du pédicule, soit par incision circulaire à quelques centimètres au dessus de la base, ce qui permet une réfection facile par suture au catgut chromé des berges de la plaie.

* Les myomes intramuraux : sont entourés d'une capsule qui permet leur énucléation. Si le myome est unique, l'incision du muscle utérin sera

à l'aplomb, linéaire à l'exclusion des incisions elliptiques, et profonde poussée au coeur de la masse tumorale. La capsule devient alors bien visible et la dissection se fait aux ciseaux mousses au plus près du myome. Certains fibromes très volumineux après dissection du pôle supérieur seront morcelés progressivement en quartiers d'orange, ce qui permet de conserver le bon plan de clivage.

Ce geste est un peu hémorragique et l'hémostase se fera par capitonnage de la loge par 2 à 3 plans superposés au catgut chromé serti, chargeant largement le myomètre et en évitant de trop serrer la ligature, source de nécrose et d'oedème. Louros propose une suture en paletot des parois de la coque fibromateuse.

Des procédés hémostatiques ont été décrits : Funck-Bruntano injectait dans le muscle utérin 5 cc de post hypophyse ; Rubin employait le tourniquet pericervical ; Bonney faisait le clamp.

* Les myomes multiples : doivent être extirpés par le minimum d'incision pour ne pas transformer l'utérus en loge uniforme. L'incision sera le plus près possible de la ligne médiane et le plus loin possible de la portion interstitielle des trompes pour ne pas compromettre les grossesses et permettre après l'énucléation du plus gros des noyaux celle de plusieurs petits.

Si les myomes sont trop dispersés, on est autorisé à faire plusieurs incisions plutôt que d'effondrer d'épaisses couches de tissu sain séparant les différentes loges, mais le plus souvent une incision médiane antérieure ou postérieure suffit.

Il faut capitonner les différentes poches en apportant un soin particulier à celles situées au voisinage des cornes, car une prise trop large pourrait comprimer la portion interstitielle.

* Les myomes intraligamentaires : l'énucléation est rendue plus complexe par la présence d'éléments nobles : uretère, vessie, pédicule utérin. Il faut ouvrir le ligament large et inciser la coque dans une zone avasculaire. Parfois il faut sacrifier le pédicule utérin, mais la modification des rapports anatomiques normaux dans le croisement uretère-artère utérine par cette masse tumorale qui soulève la base du ligament large doit conduire à des précautions particulières ; la meilleure façon d'éviter un traumatisme urétéral est de poser la ligature au pôle supéro-interne de la tumeur.

* Les myomes sous muqueux : il faut ouvrir la cavité utérine et c'est la pierre d'achoppement de la méthode. Beaucoup de chirurgiens craignent ainsi l'infection d'origine ascendante ou encore la formation d'une cicatrice fragile pouvant se rompre au cours du travail, ou enfin la formation de synéchies utérines.

Cotte et Pollosson ont bien montré l'innocuité de cette manoeuvre si l'on respecte certaines conditions. [25]

- Antibiothérapie

- Ne pas dilater l'isthme à titre de drainage, ce qui ouvre la porte à l'infection.

- Bien respecter la muqueuse lors du capitonnage de la poche par un plan sous muqueux.

Ainsi ils préconisent même d'agrandir l'hystérotomie pour vérifier l'ensemble de la cavité, ce qui permet de déceler et d'énucléer sous le contrôle de la vue d'autres myomes sous muqueux.

- La Péritonisation : C'est un temps important car si les surfaces cruentées de la myomectomie sont laissées à nu, grandes sont les possibilités d'adhérences épiploïques et intestinales secondaires avec son risque d'occlusion par bride.

2) La myomectomie vaginale :

* Est réservée à des formes anatomiques particulières.

- Polype fibreux de petit volume accouché par le col : découvert dès la mise en place du spéculum, le polype est saisi par une pince à laquelle on imprime des mouvements de torsion 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 énucléés et la poche capitonnée.

- Le polype de gros volume emplissant la cavité vaginale en le sectionnant longitudinalement depuis son pôle inférieur libre jusqu'au pédicule, mais le plus souvent la voie abdominale est d'une sécurité supérieure.

- les fibromes associés à un prolapsus.

3) 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 : [25, 38]

En moyenne est de 0,80 % et ce taux reste à peu près identique de 1945 à nos jours.

En 1945, Cotte et Pollosson donnent le pourcentage de 0,79 avec 2 morts pour 251 myomectomies dont l'une par péritonite, l'autre par occlusion.

En 1960, Harold Lardaro en s'intéressant qu'aux myomectomies larges pour atteinte et complète du muscle utérin donne 0,70 % pour 157 cas.

En 1962 Mathieu et Mousselon ne déplorent sur 94 myomectomies qu'un décès par choc non hémorragique chez une endocrinienne et regrettent plus le geste opératoire que le choix entre myomectomie et hystérectomie.

Roman perd une malade sur 146 pour septicémie à partir d'un hématome suppuré profond.

En 1964, Lauret perd deux malades sur 300 cas, soit 0,66 % l'une par embolie et l'autre par septicémie.

En 1966 Briggs atteint le taux de 0,90 % sur 206 cas avec 2 décès par péritonite l'un au cours d'une épidémie chirurgicale, l'autre par pelvipéritonite à partir d'un hématome suppuré post opératoire.

* La morbidité :

L'hémorragie intrapéritonéale après capitonnage soigneux de la loge est aussi exceptionnelle que le lâchage d'une artère utérine après hystérectomie. Le risque thrombo-embolique 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, et Funck-Bruntano au congrès de Paris en 1959 avait dénoncé la fréquence de ces complications comme une des failles de cette chirurgie.

En fait le taux des thromboses n'est pas supérieur à celui des hystérectomies comme l'ont affirmé Cotte, Pollosson et Merger.

Sur 251 myomectomies, 3 phlébites soit 1,59 % pour Cotte en 1943.

Sur 545 myomectomies, 1,55 % pour Louros en 1961

Sur 146 myomectomies, 3,42 % pour Roman en 1963

Sur 300 myomectomies, 0,66 % pour Lauret en 1964

Ce qui donne un pourcentage global de 1,8 ; et cela grâce à une action conjuguée de la technique et de la surveillance post opératoire. En effet :

- le mode de restauration utérine après myomectomie conduit à "comblé les cavités cruentées et ainsi à exprimer par compression les sinus pariétaux, évitant donc stagnation et thrombose".

- le lever précoce, les anticoagulants prescrits au 3^e jour, 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 bride existent, constituées au contact de la cicatrice suintante et déclive de la myomectomie sont bien un des dangers propres de ce type d'intervention, mais rare.

Roman sur 146 cas rapporte 1,37 %, mais le soin apporté à une péritonisation correcte évite le plus souvent cet incident.

Mathieu et Mousselon sur 94 myomectomies n'ont enregistré aucune occlusion post-opératoire.

Lauret en 1964, n'a retenu qu'un cas d'occlusion sur 300 myomectomies soit 0,33 %.

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 un peu l'hospitalisation par rapport à l'hystérectomie. Parfois ces hématomes profonds s'infectent et conduisent à une réintervention de drainage.

L'antibiothérapie et le drainage sous péritonéal en cas de suintement serohématique doivent prémunir le plus souvent contre ce désagrément.

4) Résultats :

* Myomectomie et stérilité :

Le "Rajeunissement" du fibrome, expression de Funck-Bruntano a donné au problème de la stérilité d'origine fibromateuse un regain d'actualité. Si le fibrome coexiste souvent avec la grossesse, faisant d'ailleurs bon ménage avec elle, il peut cependant être responsable de stérilité par divers mécanismes.

Dans la stérilité initiale il serait responsable de 40 % de stérilité primaire, 18 % de stérilité secondaire. Donc il peut nuire :

- à la fécondation par compression extrinsèque au niveau des cornes utérines formant obstacle à l'union de l'ovule et du spermatozoïde. Signalons que par le même mécanisme ils peuvent être responsables de certaines GEU ;

- à la nidation par modification des constantes cytologiques de la muqueuse endométriale, le myome interstitiel s'accompagne souvent d'une hyperplasie endométriale.

- . Le myome sous muqueux peut entraîner dans le cadre d'une hypertrophie de voisinage une atrophie muqueuse.

- . Le polype fibreux intra-cavitaire peut être responsable d'un processus d'ulcération muqueuse, d'endométrite ou encore de contractions utérines incessantes.

Le fibromyome peut être impliqué dans les syndromes d'avortement à répétition.

Selon des études pour le quart des gestantes fibromateuses la grossesse ne peut atteindre son terme :

- soit par irritation contractile du myomètre,
- soit par trouble de la vascularisation du placenta,
- soit par troubles hormonaux,
- soit par malposition utérine (myome du fond, gros fibromes intra-utérinaux).

ainsi, après bilan complet du partenaire et de la malade permettant d'éliminer toute autre cause de la stérilité : spermogramme, hystérogographie précisant la localisation tumorale et la perméabilité tubaire, l'exploration hormonale, la coelioscopie si le fibrome est de petite taille affirmant l'intégrité des ovaires et des pavillons ; alors se pose la question de la myomectomie. Bien posée, après essai honnête d'un traitement médical bien conduit, cette indication donne des résultats très optimistes pour les stérilités :

1946	Brindeau	donne	30 %
1956	Brown		52,3 % sur 21 cas
1943	Cotte et Magnin		30 % sur 188 cas
1964	Lauret		35,4 %

In cas d'avortement à répétition en relation directe avec un fibrome, toute autre cause étant éliminée, les chiffres donnés par Brown et W.B. Stromme (1961) dépassent 80 % .

Myomectomie et grossesse :

Alors que les statistiques françaises sont relativement pauvres, hormis celle de Mathieu et Mousselon de 1962, l'école américaine a consacré de nombreux articles à ce problème sur des séries importantes suivies régulièrement sur plusieurs années.

M. Brown, G.D Malkasian et R.E. Symmonds en Septembre 1967, dans le "American Journal of Obstetric and Gynecology" donne une statistique de la Mayo Clinic portant sur 131 femmes de moins de 36 ans suivies de 5 à 20 ans. [27]

1946	Ahltorp H.		31 % de grossesse
1937	Bonney V.		38 % -''-
1946	Brindeau A.		30 % -''-
1956	Brown A.B.		
	Chamberlain R		
	Telinde R.W		42,5 % -''-

1967	Brow J.M		
	Malkasian G.P		
	Symmonds R.E.	63 %	de grossesse
1943	Chabaud-Sassoulas	30 %	-''-
1937	Counsellor V.S.	35 %	-''-
1933	Cotte G. et Magnin P.	30 %	-''-
1959	Davids A.M. au Mount Sinai Hospital of New-York	46,5 %	-''-
1950	Finn W.F. et Muller P.F au New-York Lying in Hospital	25 %	-''-
1910	Gouilloud	27 %	de grossesse
1960	Lardaro H.H.	63,5 %	-''-
1962	Mathieu J. Mousselon J.	51,8 %	-''-
1933	Müller H.E.	36 %	-''-
1951	Munnell E.W. et Martin F.W au Sloan Hospital New-York	25 %	-''-
1961	Rickford B	40 %	-''-
	Wiheberg	27 %	-''-

Ainsi 37,7 % des femmes harmonieusement conformées et qui veulent un enfant deviennent enceintes dans les 2 à 3 ans qui suivent la myomectomie.

L'accouchement est spontané et la rupture utérine que l'on pourrait penser menaçante surtout après polomyomectomie est exceptionnelle, beaucoup moins fréquente qu'après césarienne.

Cependant, la prudence commande l'hospitalisation en milieu chirurgical, une surveillance étroite du travail par l'accoucheur.

5) Les Récidives : Le taux se situe globalement à 16,1 % . Plus la femme est jeune, plus le risque est grand, mais les quelques années qui séparent la myomectomie de la récurrence peuvent permettre le développement d'une grossesse.

En effet parmi ces 16,1 % selon les statistiques 8,5 % devront être opérées.

6) Le Curetage : il est indiqué dans le cas de :

- myome sous muqueux pédiculé de taille petite ;
- hémorragies rebelles au traitement médical.

Enfin les progrès de l'hystéroscopie permettent l'exérèse des polypes fibreux plus gros.

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

B) Chirurgie radicale :

I. Hystérectomie : peut être totale ou subtotale.

1°) Hystérectomie totale : elle consiste à enlever tout l'utérus, la conservation des annexes dépend de leur état anatomique.

Le choix de la voie d'abord dépend le plus souvent du volume du fibrome.

a) Technique d'hystérectomie totale par voie abdominale :

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 un hysterolabe 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 mésocolon 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'aux ligaments ronds.

- 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 lisse n°2 au catgut chromé qui étire le ligament rond, la trompe et le ligament utéro-ovarien.

- section de l'annexe : ce gros moignon doit être taillé curviligne aux dépens de la corne utérine.

Section du péritoine vesico-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 vesico-utérin. Il faut se méfier. Le péritoine adhère à l'utérus et ne doit être élevé que dans la zone décollable.

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

Répétition des mêmes manoeuvres de l'autre côté : 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.

Incision du fascia périvaginal : 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 davantage sur le col le tissu cellulaire condensé sur une épaisseur de 2 millimètres.

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 poussé fermement ressort près de la face postérieure du col et ramène le fil qui peut être un lien solide ou du catgut chromé n°2. Il est préférable d'utiliser le lien solide. On ligature solidement l'artère utérine.

On pratique une section franche de toute l'épaisseur du tissu au-dessus de la ligature, jusqu'au bord latéral du col.

Le fascia ouvert a maintenant la forme d'une ogive à sommet vaginal et dont chacun se termine au pédicule utérin lié.

La ligature des vaisseaux cervicaux et cervico-vaginaux :

On passera les ligatures au dissecteur coudé sans force pressure préalable. Le dissecteur s'engage sous le fascia, isole un petit pédicule 6 à 8 mm d'épaisseur de tissus en contournant le col, ressort en arrière, ramène le fil qui est très serré solidement. La section du pédicule doit se faire au bistouri. La même manoeuvre est faite de l'autre côté au même niveau. Il faut que l'utérus monte bien symétriquement à mesure que soient sectionnés les vaisseaux.

La ligature et la section de l'utéro-sacré : au bistouri on le sectionne en ménageant la ligature.

On répète la même manoeuvre de l'autre côté.

La section du péritoine recto-vaginal : on la complète si c'était nécessaire, après la section des utéro-sacrés. On clive les adhérences du rectum et on ouvre l'espace cellulaire recto-vaginal.

La suite de la ligature des vaisseaux latéraux : après la section des utéro-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.

* 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 sections 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 ligament lombo-ovarien gauche.

2°) L'hystérectomie subtotale ou supra vaginale. :

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

a) Technique de l'hystérectomie supra-vaginale courante 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 2ème temps est constitué par :

1°) Séparation vésico-utérine : l'aide soulevant les 2 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.

2°) 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.

3°) Ligature du pédicule utérin : au droit du niveau de la fusion 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 n°2) qui est serré, lié, coupé à 5 mm du dernier noeud.

4°) 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 aux dépens du col. L'utérus est enlevé, une pince de 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.

5°) Fermeture du col : Nécessité de mettre 3 points : un médian, 2 latéraux au catgut chromé très solide.

Péritonisation : de la même façon que dans l'hystérectomie totale.

Indications des hystérectomies :

- Fibromes volumineux déformant l'abdomen nécessitent une hystérectomie totale inter annexielle avec conservation des ovaires s'ils sont bons.
- Gros fibromes chez les femmes préménopausiques ou en ménopause avec lésion annexielle, l'hystérectomie s'impose surtout quand le col porte une lésion suspecte.
- Fibromes sous muqueux saignants accompagnés d'anémie sévère chez une femme âgée.
- Fibromyomes intra ligamentaires ou enclavés dans le Douglas ou dans les lésions de myomatoses multiples.

Avantages de l'hystérectomie totale :

- Intervention mutilante entraînant une ménopause artificielle
- Evite la survenue de Néo du col ou de l'utérus.
- Evite l'existence d'endo-exo-cervicites, des lésions dystrophiques 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 :

- facilité d'exécution et la rapidité.

Inconvénients de l'hystérectomie subtotale

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

Le problème de la conservation des annexes :

La conservation de l'ovaire a posé beaucoup de problèmes après hystérectomie habituelle. L'ovaire devascularisé privé de la synergie normale avec l'utérus ne recevant plus l'hormone lutéolytique, ou perturbé par l'absence de fixation des oestrogènes par les tissus utérins, risquerait de subir des transformations.

Cette épineuse question de l'ovaire restant a été remise à l'ordre du jour du 18^e Congrès de la Fédération Française de Gynécologie et d'Obstétrique, Paris Juin 1959 (Funk-Bruntano) dont nous résumons les conclusions.

I. Troubles de la castration chirurgicale :

1°) Conséquences trophiques : de la carence hormonale se traduit par une involution de la muqueuse vulvo-vaginale qui s'assèche et s'amincit. Les petites lèvres régressent et se dépigmentent, l'acidité vaginale disparaît.

Les cellules ne comportent plus de cellules basales. Ces troubles risquent de créer une vaginite atrophique et peuvent perturber les relations sexuelles chez les femmes dont la libido peut rester intacte.

2°) Troubles métaboliques :

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

3°) Conséquences hypophysaires :

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

4°) Autres conséquences :

- Obésité - hypertension
- Arthrose et goitre.

II. DANGERS DE LA CASTRATION OVARIENNE :

1°) Kyste de l'ovaire restant : sur 734 cas observés par Funck Bruntano, 10 fois il s'est développé un kyste sur l'ovaire restant soit 13 % .
Desmarais sur 150 hystérectomisées, note 1 kyste.

"

NOS RESULTATS

TABLEAU I.

Les activités du service de Gynéco obstétrique par rapport à l'ensemble de l'Hôpital National du Point G.

	Interventions chirurgicales Hôpital du Point G	Interventions chirurgicales Service Gynéco Obstétrique	Accouchement Service Gynéco obstétrique	Consultations Externes Hôpital Point G	Consultations externes Service Gynéco Obstétrique
1989	1938	560	1052	28390	4327
1990	1901	356	941	29233	4523

N.B. : * Nous avons choisi les 2 dernières années statistiquement complètes.

- * Capacité d'hospitalisation du service de Gynéco obstétrique en 1991 :
- . 28 lits
 - . 3 tables d'accouchement
 - . 2 lits d'attente pour les accouchées.

TABLEAU II.**Repartition du type d'intervention chirurgicale dans le Service de Gynéco obstétrique**

	Interventions chirurgicales Gynécologiques		Interventions chirurgicales obstétricales		Autres interventions chirurgicales	
	Effectif	Fréquence relative	Effectif	Fréquence relative	Effectif	Fréquence relative
1990	228	63,2 %	91	25,2 %	37	11,6 %
1991	306	70 %	91	21,5	26	8,5 %

N.B : * Les autres interventions chirurgicales comportent :
Cure de Hernie, Occlusion, Appendicectomie.

* Il faut noter l'autonomie du Service de Gynéco-obstétrique le 1er décembre 1992 se limitant strictement aux interventions chirurgicales typiquement gynéco-obstétricales.

* 99 myomectomies au cours de la période de notre étude ont été effectuées.

TABLEAU III : Repartition du fibrome selon l'âge :

	20 - 29	30 - 39	40 -49	50 - 59	Total
Effectif	13	58	23	6	100
Fréquence relative	13 %	58 %	23 %	6 %	100 %

Age de la plus jeune : 23 ans

Age de la plus âgée : 55 ans

Age moyen : 36,13 \approx 36 ans

TABLEAU IV. Repartition du fibrome selon l'Etat matrimonial

	Mariée	Célibataire	Veuve	Total
Effectif	87	12	1	100
Fréquence relative	87 %	12 %	1 %	100 %

Tableau V : Repartition du fibrome selon l'Ethnie

	Effectif	Fréquence relative
Bambara	24	24 %
Malinké	20	20 %
Sarakolé	12	12 %
Senoufo	7	7 %
Peulh	10	10 %
Sonraï	6	6 %
Autres	21	21 %
Total	100	100 %

TABLEAU VI. Repartition du fibrome selon la profession

	Effectif	Fréquence relative
Menagère	76	76 %
Fonctionnaire	23	23 %
Autres	1	1 %
Total	100	100 %

Tableau VII : Repartition des Antécédents médicaux

	Effectif	Fréquence relative
HTA	3	27 %
Diabète	0	0 %
Obésité	8	73 %
Autres	0	0 %
Total	11	100 %

Tableau VIII : Repartition des Antécédents chirurgicaux

	Effectif	Fréquence relative
GEU	7	22 %
Myomectomie	4	13 %
Plastie Tubaire	3	9 %
Césarienne	5	16 %
Coelioscopie	2	6 %
Cerclage	1	3 %
Autres	10	31 %
Total	32	100 %

IX. Autres Antécédents chirurgicaux

Ont été rencontrés : 1 Appendicectomie
1 Appendicectomie + Plastie tubaire
1 Kystectomie ovarienne
1 Kystectomie vaginale
1 Amputation des orteils
1 Fracture du bassin
1 Césarienne + Myomectomie

TABLEAU X. Etude de la paritéMoyenne = 2,72 \approx 3

Nombre de grossesse varie de 0 à 13

	Paucipare	Unipare	Multipare	Total
Effectif	27	21	52	100
Fréquence relative	27 %	21 %	52 %	100 %

TABLEAU XI. Repartition du nombre d'Accouchement

(Acch : accouchement)

	Effectif	Fréquence relative
Aucun accouchement	47	47 %
1 accouchement	15	15 %
> 1 accouchement	34	34 %
Acch. prématuré	4	4 %
Total	100	100 %

Nombre d'accouchement normal va de 0 à 12

moyenne : 1,92 \approx 2

TABLEAU XII. Repartition du nombre d'avortement

	Effectif	Fréquence relative
1 Avortement	30	65 %
2 avortements	9	20 %
3 avortements	6	13 %
8 avortements	1	2 %
Total	46	100 %

Moyenne : 0,76 \approx 1**XIII. Etude de l'utilisation des oestro-progestatifs**

15 patientes ont subi une contraception aux oestroprogestatifs

TABLEAU XIV.**Etude du cycle**

	Effectif	Fréquence relative
Régulier	72	74 %
Irregulier	20	21 %
Ménopause	5	5 %
Total	97	100 %

Durée du cycle va de 1 à 120 jours

moyenne = 60 jours

TABLEAU XV**Etude de l'abondance des règles**

	Effectif	Fréquence relative
Abondantes	77	93 %
Peu abondantes	5	6 %
Pas abondantes	1	1 %
Total	83	100 %

Durée des règles : 1 à 20 jours avec une moyenne = 5,06

≈ 5 jours

74 femmes ont présenté une durée des règles allant de 1 à 7 jours

11 femmes ont présenté une durée des règles supérieure à 7 jours.

BLEAU XVI. Repartition des motifs de consultations

	Méno- ragie	Métror- ragie	Méno mé- trorragie	Dysme- norhée	Dyspa- reunie	Signes urinaï res	Signes rectaux	Stéri- lité	Infé- con- dité	Tumeur abdomi- nale	Leucor- rhée	Pel- vial- gie	Pru- rit	Masto- dynie	Autres
Effectif	20	12	10	30	35	14	10	39	2	7	55	49	39	5	26
Fréquence relative	6 %	3 %	3 %	9 %	10 %	4 %	3 %	11 %	1 %	2 %	16 %	14 %	11 %	1 %	7 %

Total : 353 dont 100 %

Sur les 55 cas de leucorrhées (16 %) ont été rencontrés :

- 2 cas d'hydrorrhée
- 1 cas de leucorrhée sérohematique
- 1 cas de pertes fétides.

Sur les 39 cas de stérilité :

- 16 patientes ont été consultées pour stérilité primaire soit 41 %
- 23 patientes ont été consultées pour stérilité secondaire soit 59 %

Ont été rencontrés :

- 6 cas de trouble du cycle allant de 30 à 60 jours
- 3 cas de syndrome amenorrhéique allant de 3 à 4 mois

Ont été reçus en urgence 2 cas de GEU rompue

2 patientes ont été consultées pour fausses couches à répétition

Ont été rencontrés :

- 1 cas de maladie mentale
- 1 cas de lèpre.

TABLEAU XVII.**Repartition du volume utérin au cours de l'examen clinique**

	Normal	Mandarine	Orange	Pample mousse	4 mois de grossesse	5 mois de grossesse	6 mois de grossesse	7 mois de grossesse	Grossesse à terme	Autres	Total
Effectif	6	7	8	20	2	2	3	2	2	4	56
Fréquence relative	11 %	12 %	14 %	35 %	4 %	4 %	5	4 %	4 %	7 %	100 %

TABLEAU XVIII**Repartition du contour utérin au cours de l'examen clinique**

	Effectif	Fréquence relative
Régulier	8	13 %
Irregulier	54	87 %
Total	62	100 %

Ont été rencontrés au cours de l'examen clinique

45 cas de mobilité utérine,

10 cas d'utérus fixe,

41 cas d'utérus sensible,

13 cas d'utérus insensible.

TABLEAU XIX.

Repartition des signes associés rencontrés à l'examen clinique

	Effectif	Fréquence relative
Furonculose	4	18 %
Galactorrhée	2	9 %
Masse latero-utérine	2	9 %
Exocervicite	5	23 %
Travail d'accouchement	2	9 %
Atrophie muqueuse vaginale	2	9 %
Autres	5	23 %
Total	22	100 %

EXAMENS COMPLEMENTAIRES**TABLEAU XX.**

Hystérographie : 32 HSG

Etat de la cavité utérine

	Effectif	Fréquence relative
Normale	4	20 %
Déviée	2	10 %
Elargie	9	45 %
Symétrique	3	15 %
Image lacunaire	2	10 %
Total	20	100 %

TABLEAU XXI.**Hystérographie :****Etat des trompes :**

	Effectif	Fréquence relative
Trompes non opacifiées	9	26 %
Hydrosalpinx unilatéral	4	11 %
Hydrosalpinx bilatéral	3	9 %
Obstruction tubaire unilatérale	7	20 %
Obstruction tubaire bilatérale	6	17 %
Phymosis	0	0 %
Trompes normales	6	17 %
Total	35	100 %

TABLEAU XXII.**Hystérographie****Contours de la cavité utérine**

	Effectif	Fréquence relative
Régulier	4	23 %
Irrégulier	12	70 %
Autres	1	6 %
Total	17	100 %

TABLEAU XXIII. ECHOGRAPHIE :

Nombre : 47

Taille de l'utérus : normale 5 cas

supérieure à la normale : 36 cas

Siège myome :

	Effectif	Fréquence relative
Sous séreux	5	16 %
Sous muqueux	9	28 %
Muqueux	0	0 %
Antérieur	8	25 %
Postérieur	7	22 %
Fundique	2	6 %
Isthmique	1	3 %
Total	32	32 %

TABLEAU XXIV.**Coelioscopie**

	Effectif	Fréquence relative
Coelioscopie exclusive	2	25 %
Coelioscopie + laparotomie	6	75 %
Total	8	100 %

TABLEAU XXV.**Bilan préopératoire et Examens complémentaires.**

	Effectif	Fréquence relative
Glycémie-Azotémie NFS.VS TCK	73	70 %
Radiographie pulmonaire	13	12 %
Frottis de dépistage	4	4 %
Cystoscopie	1	1 %
ASP	1	1 %
UIV	2	2 %
Autres	10	10 %
Total	104	100 %

TABLEAU XXVI.**Traitement médical**

	Effectif	Fréquence relative
Antibiotiques	6	18 %
Anti-inflammatoires	2	6 %
Hémostatiques	3	9 %
Progestatifs	17	52 %
Oestroprogestatifs	3	9 %
Autres	2	6 %
Total	33	100 %

TABLEAU XXVII.**Intervention chirurgicale spécifique au fibrome**

	Effectif	Fréquence relative
Myomectomie Polymyomectomie	50	75 %
Hystérectomie totale avec annexectomie	8	12 %
Hystérectomie totale sans annexectomie	8	12 %
Hystérectomie supra isthmique	1	2 %
Total	67	100 %

TABLEAU XXVIII.**Repartition de la taille de l'utérus à l'intervention chirurgicale**

	Effectif	Fréquence relative
Normal	3	8 %
Mandarine	5	13 %
Orange	4	11 %
Pamplemousse	21	55 %
Grossesse de 4 mois	5	13 %
Total	38	100 %

TABLEAU XXIX.

Repartition du siège du myome par rapport à la structure anatomique

	Effectif	Fréquence relative
Corporéaux	147	90 %
Isthmique	10	6 %
Col	0	0 %
Jonction utéro-tubaire	6	4 %
Total	163	100 %

TABLEAU XXX.

Repartition du siège du myome par rapport à la structure histologique de l'utérus :

	Effectif	Fréquence relative
Sous séreux	28	35 %
Interstitiel	37	46 %
Sous muqueux	5	6 %
Intra-cavitaire	2	3 %
Intra-ligamentaire	7	9 %
Sessile	1	1 %
Total	80	100 %

Ont été rencontrés :

- 1 cas de fibrome calcifié
- 1 cas de transformation graisseuse
- 1 cas de nécrobiose aseptique

TABLEAU XXXI.**Repartition de la taille du myome à l'intervention chirurgicale**

	Effectif	Fréquence relative
1 cm	19	25
6 à 10 cm	19	25
4 à 5 cm	17	23
2 cm	7	9
10 à 15 cm	4	5
3 cm	1	1
Autres	8	11
Total	75	100

Nombre de myomes : 1 à 23
 moyenne = 2,82 = 3

TABLEAU XXXII.**Gestes associés :**

	Effectif	Fréquence relative
Neostomie unilatérale	6	21 %
Neostomie bilatérale	3	10 %
Annexectomie totale	8	28 %
Implantation tubaire	3	10 %
Kystectomie	4	14 %
Autres interventions	5	17 %
Total	29	100 %

Ont été rencontrés 9 cas d'Endometriose + Fibrome

TABLEAU XXXIII.**Traitement médical post-opératoire**

	Effectif	Fréquence relative
Progestatifs	8	4 %
LH RH	2	1 %
Antibiotiques	73	36 %
Anti-inflammatoires	72	35 %
Autres	50	24 %
Total	205	100 %

TABLEAU XXXIV.**Suites opératoires immédiates**

	Pel- vial- gie	Hemor- ragie	Galactor- rhée	Amenor- rhée	Lachage parois	Vagi- nite	Toux	Leucor- rhées	Anémie	Decès	RAS	Autres	Total
Effectif	3	1	1	0	1	1	1	0	1	1	58	2	70
Fréquence relative	4 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	86 %	3 %	100 %

TABLEAU XXXV.**Suites opératoires lointaines**

	Pel- vial- gie	Galac- torrhée	Amenor- rhée	Hemor- roides	Douleur Basitho- racique	Even- tra- tion	Hydro- salpinx	Cicatri- ce che- loïde	Bouf- fées chaleur	Decès	RAS	Autres	Total
Effectif	4	0	8	1	1	1	1	1	1	2	56	1	77
Fréquence relative	5 %	0 %	10 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	3 %	73 %	1 %	100 %

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I. Fréquence : [34]

Auteurs	Fréquence	Période d'observation
Cohen (J.) Cochini et Lofredo	107	4 ans
Mussey Randal et Doyle	250	15 ans
Alexander	806	29 ans
Sangaret (A.M.) et Coll	199	3 ans
Sinè Bayo	316 dossiers exploitables	5 ans
Notre étude	196	1 an 6 mois

Notre étude rejoint celles des auteurs africains Sangaret et Coll, Sinè Bayo selon lesquelles il existe une augmentation considérable de la fréquence du fibrome dans la race noire.

II. Age : [4, 34]

La plus jeune patiente de notre série a 23 ans, la plus âgée a 55 ans, l'âge moyen est de 36 ans (58 patientes ont un âge compris entre 30 et 39 ans soit 58 %).

Sinè BAYO dans sa thèse au Sénégal trouve 18 ans pour la plus jeune et 77 ans pour la plus âgée avec une moyenne de 35 ans. Quant à Koutouan Jean Claude dans sa thèse en Côte d'Ivoire le pic de fréquence d'apparition du fibrome se situe entre 35 - 44 ans avec une augmentation croissante jusqu'à la tranche d'âge 35 - 39 ans.

De même Abolo. L au Caméroun et Sangaret M.A à Abidjan trouvent respectivement que 64 %, 75 % des patientes ayant un fibrome ont un âge au dessous de 40 ans.

Tandis que pour les tranches d'âge de 40-50 ans ont obtenu

Ducuing 55,7 %
 DE LA BORDE 56,4 %
 Huguiet et Cerbonnet 59 %

Il existe une différence significative entre les données de notre étude et celles de Ducuing, De La Borde, Huguiet et Cerbonnet.

Ce "rajeunissement" du fibrome dans notre série renforce notre conviction sur la prédisposition de la femme noire à faire le fibrome plus que la femme blanche.

III. PROFESSION ET ETAT MATRIMONIAL

Nous avons dénombré 76 ménagères, 23 fonctionnaires, et 1 sans profession ; parmi lesquelles 87 % sont mariées, 12 % sont célibataires et 1 % de veuve.

Nous avons considéré comme menagère toute femme qui assure uniquement l'administration d'une maison, comme fonctionnaire celle qui remplit une fonction publique et comme sans profession celle qui fait exception à ces deux règles.

IV. TERRAIN : [4, 25] Ducuing sur 1300 cas obtint

3,2 % de goitre avec 1 % Basedow
 7,5 % de dystrophie mammaire

Sinè BAYO au Sénégal trouve 28 % de femmes obèses plus ou moins hypertendues, 1,6 % de goitre, 0,3 % de diabète

Notre série a enregistré 3 cas d'HTA, dont 27 %

8 cas d'obésité 73 %

L'étude du terrain permet ainsi selon Seguy de distinguer le fibrome, "expression locale" d'une maladie générale et le fibrome maladie locale. L'analyse des Antécédents chirurgicaux de nos patientes permet de montrer l'incidence du fibrome sur :

- GEU par compression extrinsèque sur les trompes ou par des localisations au niveau de la jonction utéro-tubaire (6 cas ; 4 %)
- la grossesse au cours de l'accouchement par dystocie dynamique
- la stérilité et l'accouchement prématuré (1 cas de 8 avortements spontanés)
- les possibilités de récidives du fibrome utérin (4 cas

d'antécédents de myomectomie soit 13 %).

V. PARITE : [4] Nous avons dénombré:

11 % de stérile à 27 % pour Ducuing contre 37 % à Sinè BAYO

21 primipares soit 21 % contre 63 % à Sinè BAYO, 72,5 % à Ducuing et 80% à KANTER.

52 multipares soit 52 % contre 43 % à Sinè BAYO.

Cependant il n'existe pas de différence significative entre nos taux et ceux des auteurs ci-dessus.

Le nombre de grossesse de notre série varie de 1 à 13 avec une moyenne égale à 3.

La nature de l'avortement n'ayant pas été précisée dans nos dossiers, nous avons rencontré que :

65 % de nos patientes (30 cas) ont fait un avortement

20 % (9 cas) ont fait 2 avortements

13 % (6 cas) ont fait 3 avortements

2 % (1 cas) de 8 avortements spontanés.

Nous avons recruté 47 patientes qui n'ont jamais fait un accouchement, 15 en ont fait un, 34 ont accouché plus d'une fois, enfin 4 ont fait un accouchement prématuré.

VI. UTILISATION DES OESTROGESTATIFS : [48]

15 % de nos patientes ont subi une contraception orale dans leurs antécédents, tandis que Mahamane TRAORE dans sa thèse obtint 7 % sur 5.779 consultant pour planning.

Il existe une différence significative entre ces deux taux qui pourrait s'expliquer par une amélioration du niveau de sensibilisation des femmes dans la planification familiale.

Cependant ces taux ne permettent pas de lier l'étiologie du fibrome aux seuls oestrogénostatifs.

VII. MOTIFS DE CONSULTATIONS

1°) Pelviaalgies : [4, 34] Elles représentent dans notre série 14 % (49 cas), à 33 % pour Koutouan Jean Claude. Elles varient de 19 % pour Ranney à 21 % pour Huguier. Ce sont des signes d'appel extrêmement fréquents rarement liés au fibrome lui-même.

Elles peuvent être le reflet de :

- Une compression extrinsèque : 35 % de nos patientes (20 cas) avaient un utérus de la taille d'une pamplemousse, 17 % (9 cas) avaient un volume utérin d'une grossesse de 4 à 7 mois à l'examen clinique. Sinè Bayo trouve 171 myomes de taille variant d'une tête d'enfant à celle d'une tête d'adulte soit 54 % .

Ainsi 4 % de nos patientes (14 cas) avaient des troubles urinaires avec 24 % à Sinè BAYO et 27 % à Ducuing.

3 % avaient des troubles rectaux (10 cas) contre 27 % à Sinè BAYO avec essentiellement la constipation, mais son extrême banalité en dehors du fibrome lui enlève toute valeur symptomatique.

- Une inflammation : de nombreuses adhérences furent constatées à l'intervention chirurgicale.

- Une endométriose : très fréquente ; nous avons enregistré 9 cas, Abolo. L au Caméroun a observé 1,25 % , Koutouan Jean Claude 1,81 % .

- Lésions associées. En effet ont été rencontrés à l'examen clinique

- 4 cas de Furonculose,
- 5 cas d'exocervicite,
- 2 cas de masse latéro-utérine.

A l'intervention chirurgicale ont été pratiquées 8 annexectomies totales soit 28 % dues à l'état défectueux des trompes et ovaires ; 4 cystectomies soit 14 %.

Koutouan Jean Claude dans sa thèse a rencontré

- 2,42 % de pyosalpinx,
- 18,18 % de salpingite,
- 12,12 % de kyste de l'ovaire,
- 13,33 % d'annexite + kyste de l'ovaire,
- 30,30 % de cervicite.

Abolo au Cameroun

- 11,53 % de pyosalpinx,
- 23,07 % de salpingite,
- 32,60 % de kyste de l'ovaire,
- 5,76 % d'annexite + kyste de l'ovaire.

Certaines associations particulières ont été retrouvées dans les données de la littérature. Association Fibrome et Syndrome de Demongs - Meigs:

- Gavel en 1957 1 cas,
- Giraud en 1969 1 cas,
- Feuilly. C en 1982 20 cas.

Concernant les pelvialgies, hormis l'étude de Koutouan Jean Claude il n'existe pas de différence significative entre nos taux et ceux des auteurs exprimés.

Cette augmentation de la fréquence des pelvialgies dans l'étude de Koutouan Jean Claude pourrait s'expliquer par le lien étroit qui existe dans notre sous région entre douleurs pelviennes ou "maux de ventre" (sans caractères précis et difficile à décrire par les patientes), et désir de grossesse. Il existe aussi une différence significative entre nos taux observés dans les troubles rectaux et urinaires et ceux de Sinè Bayo, ceci peut être lié à son effectif élevé.

2°) Hémorragies génitales : [4, 34] viennent en deuxième position après les pelvialgies 42 cas répartis en :

- 20 cas de ménorragie 6 %
- 12 cas de métrorragie 3 %
- 10 cas de ménométrorragie 3 %

Koutouan Jean Claude trouve 18 % d'hémorragie

andis que pour Boury Heller sur 610 cas, 67 % des malades saignaient
ixier 46 %, Ducuing 71 %, Huguiet 50 %.

ans l'étude du cycle 74 % de nos patientes avaient un cycle régulier
72 cas), 21 % avaient un cycle irrégulier (20 cas) et 5 % ménopausées
5 cas). La durée maximale du cycle est égale à 120 jours avec une
oyenne de 60 jours.

os taux ne diffèrent pas avec ceux des auteurs cités.

•) Stérilité : [4, 25, 34] Frère Marc dans sa thèse a rencontré 5 cas
e stérilité primaire et 3 cas de stérilité secondaire.

inè BAYO observe 35 % de stérilité primaire et 18 % de secondaire.

outouan Jean Claude 15,5 % de stérilité.

otre étude a objectivé 41 % de stérilité primaire et 59 % de stérilité
econdaire.

l n'existe pas de différence significative entre nos taux et ceux des
uteurs cités ci-dessus.

es fibromes sous muqueux seraient pour la majorité des auteurs la cause
e cette stérilité par obstacle mécanique ou par lésions concomitantes
e l'endomètre, ainsi avancent un pourcentage aux environs de 30 % .

otre étude trouve 6 % de fibromes sous muqueux (5 cas), 3 % de myomes
ntra-cavitaires (2 cas).

ependant la responsabilité des trompes et des ovaires n'est pas à
égliger, en effet nous avons réalisé dans les gestes associés à la
yomectomie :

21 % de néostomie unilatérale (6 cas)

10 % de néostomie bilatérale (3 cas)

28 % d'annexectomie totale (8 cas)

10 % d'implantation tubaire (3 cas).

•) Dyspareunie : 35 cas soit 10 % , cette fréquence pourrait être liée
la multiplicité des lésions associées.

rère Marc a observé 5 cas de dyspareunie du fond correspondant à un
ibrome postérieur dans 4 observations et un fibrome du fond sur utérus
etroversé.

ysménorrhée : Peut être en rapport avec l'état congestif de l'utérus
ibromateux 30 cas soit 9 %.

lle a été observée dans le 1/4 des observations de Frère Marc.

Périodes aménorrhéiques : Ont été dénombrés 6 cas de trouble du cycle allant de 30 à 60 jours ; 3 cas de syndrome aménorrhéique allant de 3 à 4 mois.

Sinè Bayo a trouvé 7 cas allant de 1 à 5 mois dont 3 ont présenté un contenu utérin.

5°) Urgences Gynéco-Obstétricales :

a) Grossesse extra-utérine : 2 cas

- 1er cas : il s'agit d'une patiente de 30 ans qui a dans ses antécédents une grossesse, un avortement ; l'intervention chirurgicale montre un utérus de taille subnormale avec 3 myomes sous séreux dont le plus gros a 6 cm sur la face antérieure du fond utérin; un kyste endométriosique sur l'ovaire gauche, une GEU isthmique droite rompue avec avortement tubo-abdominal, un hématosalpinx gauche, des adhérences utéro-annexielles avec un hémopéritoine de 750 cc. Elle a subi une salpingectomie droite, une polomyomectomie, une adhésiolyse.

- 2ème cas : concerne une patiente de 27 ans qui a fait une grossesse, un avortement, chez laquelle l'intervention chirurgicale découvre un myome sous séreux corporéal de 3 cm, une GEU gauche avec un hémopéritoine de 3 l ; où a été effectuée une salpingectomie gauche (pas de myomectomie à cause de l'état de choc)

b) Avortement à répétition : 2 cas.

c) Grossesse à terme : 2 cas qui ont accouché chacune d'un enfant bien portant sans aucune particularité dans les suites.

d) Signes banaux en pathologie Gynéco-obstétricale : n'ont pas été classés.

- Leucorrhées : sur les 55 cas de notre série appartiennent :

- 2 cas d'hydrorrhée,
- 1 cas de leucorrhée sérohematique,
- 1 cas de pertes fétides.

Sinè Bayo obtint 46 % .

- Prurit : 39 cas soit 11 % .

- Mastodynie : 5 cas soit 1 % .

VIII. EXAMEN CLINIQUE

14 cas de fibrome utérin ont été diagnostiqués à l'examen clinique dont 2 accouchés par le col.

Le volume utérin était de :

- Normal dans	6 cas	11 %
- Mandarine	7 cas	12 %
- Orange	8 cas	14 %
- Pamplemousse	20 cas	35 %
- 4 mois de grossesse	2 cas	4 %
- 5 mois de grossesse	2 cas	4 %
- 6 mois de grossesse	3 cas	5 %
- 7 mois de grossesse	2 cas	4 %
- Grossesse à terme	2 cas	4 %

Le contour utérin était régulier dans 8 cas (13 %), irrégulier dans 54 cas (87 %).

Au cours de l'examen clinique ont été rencontrés

- 45 cas de mobilité utérine,
- 10 cas de fixité utérine,
- 41 cas d'utérus sensible,
- 13 cas d'utérus non douloureux à l'examen clinique.

Dans nos dossiers le volume utérin a été comparé soit à des fruits (mandarine, orange, pamplemousse), soit à l'âge d'une grossesse.

IX. HYSTEOSALPINGOGRAPHE : 32 ont été réalisées

1. Cavité utérine : [48] son contour a été décrit dans 17 cas : 4 fois comme régulier (23 %) et 12 fois comme irrégulier (70 %), 1 fois comme plus ou moins régulier.

La forme a été décrite dans 20 cas : 4 fois comme normale (20 %) 2 fois comme déviée (10 %) 9 fois comme élargie (45 %) 3 fois comme symétrique (15 %), 2 fois comme image lacunaire (10%). 10 HSG ont été réalisées dans l'étude de Mahamane TRAORE comportant

- 1 cas d'allongement de la cavité utérine,
- 1 cas de déformation de la cavité utérine,
- 1 cas d'image lacunaire avec allongement et augmentation de la cavité utérine.

2°) Etat des trompes : [48] 13 patientes faisaient des obstructions tubaires dont 6 de bilatérales et 7 d'unilatérales.

7 hydrosalpinx ont été constatés comprenant 4 unilatéraux et 3 bilatéraux.

9 patientes avaient des trompes non opacifiées et 6 avaient des trompes normales.

Le site de l'obstruction sur la trompe n'a pas été toujours mentionné dans nos dossiers.

Mahamane TRAORE trouve 6 cas d'obstruction tubaire bilatérale ou unilatérale, 1 cas d'hydrosalpinx bilatéral.

X. ECHOGRAPHIE : 47 patientes ont bénéficié d'une échographie.

La taille de l'utérus était normale dans 5 cas, supérieure à la normale dans 36 cas.

La répartition du siège du myome par rapport à la structure histologique de l'utérus a montré 16 % soit 5 cas de myomes sous séreux, 28 % de sous muqueux (9 cas) ; quand à la situation anatomique 25 % des myomes sont antérieurs (8 cas) 22 % sont postérieurs (7 cas), 2 fundiques (6 %) et 1 isthmique (3 %).

XI. COELIOSCOPIE :

Dans notre série 8 coelioscopies ont été effectuées. Le diagnostic de fibrome a été posé dans 4 cas dont 2 ont subi une intervention chirurgicale (l'un pour hydrosalpinx bilatéral myomatose et adhérences, l'autre pour polymyomatose), les 2 autres n'ont pas subi d'intervention (petits fibromes sous séreux pédiculés avec trompes et ovaires normaux). Des adhérences ont été observées chez une patiente qui a subi 2 coelioscopies par différents médecins.

Dans 1 cas ont été objectivés un liquide péritonéal abondant et des adhérences.

Enfin une obstruction tubaire bilatérale a été révélée chez une patiente.

Elle a permis de déceler selon Mahamane TRAORE 3 cas de fibrome sous-séreux et 1 cas de fibrome situé au niveau de la corne de l'utérus.

III. FROTTIS DE DEPISTAGE :

Il n'est pratiqué que dans les cas suspects de Néo du col ou de l'endomètre cliniquement, pouvant influencer sur la technique opératoire. 4 frottis ont été demandés, 2 sont de classe II, 1 frottis de classe I, 1 hémangiome péricytaire de l'endomètre.

IIII. RADIOGRAPHIE PULMONAIRE :

Au nombre de 13, toutes normales sauf une dilatation des artères pulmonaires avec absence d'opacité parenchymateuse évolutive, qui d'ailleurs a indiqué une hystérectomie totale chez cette patiente décédée dans les suites opératoires lointaines.

IIV. UIV :

N'a retrouvé aucune anomalie sauf 1 cas d'urétéro hydronéphrose droite en rapport avec une compression extrinsèque. L'intervention chirurgicale a découvert un fibrome de 15 cm pédiculé nécrobiosé sur la face postérieure de l'utérus pesant 1 kg.

Elle a montré dans l'étude de Sinè Bayo :

- 2 dilatations des cavités rénales,
- 4 déviations urétérales,
- 1 fois un rein muet.

IV. Une cystoscopie et un ASP ont été normaux (notre étude).

IVI ANATOMOPATHOLOGIE :

1°) Nombre de myome [4, 25] varie dans notre série de 1 à 23 . Ainsi nous avons noté 16 cas à noyaux solitaires, 34 cas à noyaux multiples. Sinè BAYO a recueilli 151 cas à noyaux multiples, 18 cas à noyaux solitaires.

Boury Heller donne un pourcentage de 35 % de lésion solitaire, Ducuing seulement 12,7 %.

Les chiffres de notre série ne donnent qu'une idée approximative de la réalité étant donné que ce nombre n'a toujours pas été précisé dans le protocole opératoire.

2°) Taille myome : elle a été exprimée dans nos dossiers en centimètre

1 cm	:	19 cas	soit	25 %
2 cm	:	7 cas	soit	9 %
3 cm	:	1 cas	soit	1 %
4 à 5 cm	:	17 cas	soit	23 %
6 à 10 cm	:	19 cas	soit	25 %
10 à 15 cm	:	4 cas	soit	5 %

3°) Poids : varie de quelques grammes à plusieurs kilogrammes ; n'a pas été mentionné dans nos dossiers.

4°) Siège du myome par rapport à la structure anatomique de l'utérus

a) Myomes corporeaux : [4, 34]

De loin les plus fréquents 153 cas soit 94 % de notre série, à 90 % pour Sinè BAYO, 96 % à Charpentier, 67 % à Sangaret et Coll.

Ces taux ne diffèrent pas significativement.

Ces myomes peuvent être responsables de stérilité par compression tubaire.

b) Myomes de l'Isthme : [25]

Nous avons rencontré 10 cas strictement isthmiques soit 6 % , 7 cas de myomes intraligamentaires pouvant menacer l'uretère.

Frère Marc sur 16 cas, 9 sont intraligamentaires.

Les chiffres habituels n'excèdent pas 5 à 6 %

Huguier J 3,3 %

Boury Heller C. 5,5 %

c) Myomes du col : sont rares, aucun cas dans notre série, Sinè BAYO aussi bien que Frère Marc ont enregistré chacun 1 cas.

5°) Siège du myome par rapport à la structure histologique de l'utérus

- a) Sous séreux : nous avons relevé 28 cas soit 35 % à 48 cas pour Sinè BAYO.
- b) Sous muqueux : 48 cas pour Sinè BAYO,
5 cas de notre série.
- c) Interstitiels : 79 cas pour Sinè BAYO,
37 cas de notre effectif.
- d) Mixtes : 87 cas pour Sinè BAYO,
47 cas selon notre étude.

Aussi bien que le nombre de myome les sièges histologique et anatomique n'ont pas toujours été décrits dans nos cahiers de compte rendu opératoire.

6°) Dégénérescence :

- a) Dégénérescence calcaire : nous avons constaté
1 cas de dégénérescence calcaire de même pour Koutouan Jean Claude ;
6 cas pour Sinè BAYO.
- b) Dégénérescence (Graisseeuse) Hyaline : 1 cas observé.

7°) Nécrobiose aseptique : [4, 25, 34]

Elle est rencontrée dans des proportions variant de 1 à 6 %, ainsi elle est relevée dans :

- 1 à 6 % d'après Brindeau,
2,5 % d'après Tixier,
9 cas /316 soit 2 % Sinè BAYO,
6 cas dans notre série, 6 % .

- 8) Dégénérescence sarcomateuse : Nous avons constaté 1 cas d'hémangiome pericytaire de l'endomètre à la limite de la malignité à l'anapath imposant une hystérectomie.

XVIII TRAITEMENT :

1°) Traitement médical exclusif : Au total 33 cas répartis en :

52 % ont suivi un traitement progestatif (17 cas)

9 % ont bénéficié d'un traitement oestro-progestatif (3 cas)

18 % d'antibiothérapie (6 cas)

9 % ont été traités par des hémostatiques (3 cas) et 6 % par des anti-inflammatoires.

6 % ont reçu d'autres traitements : anti-anémiantes, antalgiques...

Il nous a été difficile d'établir le résultat de ce traitement, car la plupart de nos patientes ne reviennent que lorsqu'il y a des complications et qu'aussi la durée de l'enquête courte soit elle ne permet pas une bonne évaluation.

2°) Traitement chirurgical spécifique du fibrome utérin :

Ont été effectuées dans le cadre de notre étude :

50 Myomectomies et Polymyomectomies soit 75 %,

8 Hystérectomies totales avec annexectomie (12 %),

8 Hystérectomies totales sans annexectomie (12 %),

1 Hystérectomie Supra isthmique.

Koutouan Jean Claude à Abidjan a observé

17,5 % de myomectomie,

28 % hystérectomie + annexectomie,

42,5 % hystérectomie totale + conservation des annexes,

12 % hystérectomie subtotalaire.

Quant à Mahamane TRAORE

30 % de myomectomie,

22 % hystérectomie totale,

24 % hystérectomie subtotalaire.

Ingersoll retrouve en 1963, 23 % de myomectomie pour 77 % d'hystérectomie soit une proportion de 1 myomectomie pour 4 hystérectomies [25].

Ranney recense 5 % de myomectomie pour 95 % d'hystérectomie.

Gavel parle de 37 % de myomectomie pour 63 % d'hystérectomie.

Crepin Collige 16 % de myomectomie contre 84 % d'hystérectomie [25].

Au cours de notre étude la myomectomie a concerné surtout les fibromes solitaires chez des patientes qui ont un problème de stérilité.

La polomyomectomie s'est intéressée aux utérus à noyaux multiples avec association le plus souvent à une stérilité.

Les Hystérectomies ont été pratiquées chez des patientes qui ont un âge compris entre 40-55 ans très souvent ménopausées avec un volume utérin important (Pamplemousse, tête d'adulte). Elles ont été effectuées dans les fibromes accouchés par le col (2 cas) dans les cas de dégénérescence maligne (1 cas d'hémangiome péricytaire de l'endomètre a été enregistré). Toujours dans le cadre de notre étude une abstention chirurgicale a été observée à cause de l'impossibilité de décoller les tissus due aux adhérences.

La seule hystérectomie Supra isthmique a été réalisée chez une patiente de 32 ans qui a consulté pour ménométrorragie, dysménorrhée, troubles rectaux (ballonnement et constipation chronique) avec un manque de libido, qui a des antécédents (3) de laparotomie pour follicule ovarien droit hémorragique et appendicite, d'annexite aiguë droite, de plastie tubaire pour hydrosalpinx gauche, qui a fait 2 grossesses et 2 avortements. L'intervention chirurgicale a découvert un utérus volumineux taille d'une pamplemousse endométriosique avec un fibrome de la taille d'une cerise isthmique.

Cependant il existe une différence significative entre notre taux de myomectomie polomyomectomie et ceux de Gavel et Mahamane TRAORE. Nos taux d'hystérectomie et ceux de Koutouan Jean Claude et Mahamane TRAORE diffèrent aussi.

Ces différences pourraient s'expliquer par les différentes indications de ces interventions chirurgicales.

IX SUITES POST OPERATOIRES

°) Suites post opératoires immédiates : Nous nous sommes intéressés aux suites comprises entre l'intervalle de temps allant de la sortie du malade à 1 mois après hospitalisation ou "la patiente bénéficiera de sa première consultation post opératoire.

Elles sont variées, représentent 14 % et se répartissent en :

Pelviaigies	4 %
Hémorragies	1 %
Galactorrhée	1 %
Lachage parois	1 %
Vaginite	1 %
Toux	1 %
Anémie	1 %
Décès	1 % (1 cas par choc hypovolemique).
Autres	3 %

pendant 86 % de nos patientes n'ont été l'objet d'aucune suite opératoire immédiate.

Observation :

Mme K. L.K ... 35 ans, ménagère.

Motifs de consultation : Ménorragie, dysménorrhée, leucorrhées, prurit.

Antécédents médicaux et chirurgicaux : sans particularité.

Antécédents gynécologiques : Cycle régulier.

Règles : abondantes (durée 6 jours).

Antécédents obstétricaux : aucune grossesse.

A l'examen clinique : obésité.

TV : Utérus augmenté de volume aux contours irréguliers.

HSG : Image lacunaire endocavitaire.

Echographie : Utérus augmenté de volume aux contours irréguliers avec présence d'un myome sur le bord antérieur de 49 à 44 mm.

Bilan préopératoire : NFS. VS. TCK. Azotémie. Glycémie : sans particularité.

Frottis de dépistage : classe I

Le traitement chirurgical : sous anesthésie générale incision longitudinale. A l'ouverture de la paroi on découvre un utérus polyfibromateux sous adhérences.

Polymyomectomie de 7 myomes intraligamentaires au niveau des cornes utérines et au niveau du ligament large.

Ovaire droit sans particularité, ovaire gauche porte un corps jaune récent.

Trompes sont de bonne qualité.

Suites post opératoires immédiates : décès le 1er jour par choc hypovolémique.

2°) Suites post opératoires lointaines : elles commencent 1 mois après la sortie de l'Hôpital. Ainsi nous avons rencontré :

10 % d'aménorrhée,

5 % de pelvialgie,

2 % de décès.

Les hémorroïdes, les douleurs basi-thoraciques, l'éventration, l'hydrosalpinx, la cicatrice cheloïde et les bouffées de chaleur représentent 1 % chacun.

Observation n°1 :

Mme C.M.K 33 ans ménagère.

Motifs de consultation : Ménorragie, dysmenorrhée, dyspareunie, douleurs pelviennes, prurit vulvaire.

Antécédents chirurgicaux : Myomectomie en 1990.

Antécédents familiaux et médicaux : Sans particularité.

Antécédents gynécologiques : cycle régulier de 28 jours.
règles abondantes de 4 jours de durée.

Examen médical : utérus fibromateux.

Echographie : utérus augmenté de volume avec un noyau sur le bord postérieur mesurant 4,7 x 3,5cm.

Bilan préopératoire : NFS. VS. Azotémie. Glycémie. TCK : sans particularité.

Traitement chirurgical

Sous anesthésie générale incision longitudinale médiane sous ombilicale. A l'ouverture de la paroi on découvre un utérus globuleux avec présence d'un myome sur le bord postérieur interstitiel de 4 à 5 cm ; un hydrosalpinx bilatéral avec trompes inflammatoires, un appendice inflammatoire.

On effectue : - une myomectomie,
- une résection des trompes,
- une appendicectomie.

Suites opératoires immédiates : fébricule

Traitement reçu : ampicilline - gentamicine - flagyl

Suites opératoires lointaines : fièvre 39 - 40° C malgré l'association antibiotique.

pelvipéritonite.

Reprise de laparotomie entraînant une fistule digestive malencontreuse.

Décès dans un tableau de choc septique.

Observation n°2

Mme B.S.K., 43 ans, Menagère.

Motifs consultation : Ménométrorragie.

Douleurs hypogastrique et épigastrique.

Fébricule + toux sèche.

Antécédents médicaux : sans particularité.

Antécédents chirurgicaux : sans particularité.

Antécédents obstétricaux : Grossesse 13. Accouchement 12. Avortement 1.

Antécédents gynécologiques : Cycle irrégulier.

Règles abondantes, durée non précisée.

Examen médical : Amaigrissement Anorexie, Asthenie fonctionnelle, vertiges. Fièvre 38-39°C.

TV : Utérus augmenté de volume aux contours irréguliers

Pertes de sang au doigtier.

Bilan préopératoire : NFS. VS. Azotémie. Glycémie : sans particularité.

Radiographie : Pneumopathie banale bilatérale aiguë qui a entraîné une hospitalisation en cardiologie avec comme traitement

Ampicilline 2 g matin et soir en IM.

Gentamicine 160 mg en IM par jour.

Primolut Nor Comprimé 1 comprimé matin et soir.

Traitement chirurgical : Hystérectomie vaginale.

Sous anesthésie générale, incision pericervicale à 1 cm au dessus de l'orifice externe. Ouverture du cul de sac antérieur. Ouverture du douglas. Hemopéritoine de 500 CC + caillot.

Ligature section des pédicules vasculaires. Ligature section des cornes utérines.

On découvre un utérus irrégulier de la taille d'une grosse pamplemousse porteur d'un fibrome nécrobiosé à capsule rompue de la taille d'une orange. Péritonisation par 2 hemisurjets. Colpopexie aux ronds solidarissant les utéro-sacrés. Points en x sur le vagin. Colporraphie postérieure à l'ordinaire. Sonde de Foley. Urines claires.

Traitement reçu : Ampicilline 2 mg matin et soir,

Gentamicine injection 160 IM/jour,

Fumafer comprimé 1 comp x 3 fois/jour.

Suites opératoires immédiates : Hemorragies genitales

Suites opératoires lointaines : hémoptysie. Tumeur vulvo-vaginale, de nature maligne après biopsie à l'anapath.

Decédée dans un tableau d'anurie dans le service de néphrologie.

3°) Récidives : la durée de notre étude malheureusement ne nous a pas permis de constater les récidives, cependant dans les antécédents chirurgicaux ont été notés 5 antécédents de myomectomie. Aussi l'abstentionnisme de beaucoup de nos patientes fait que nombre de récidives anatomiques cliniquement silencieuses ne peut être inventoriées. Cependant le recours aux grandes statistiques permet d'affirmer que le taux de récurrence se situe globalement à 16,1 %, plus la femme est jeune, plus le risque est grand.

CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons affirmer ce qui suit :

- Un remarquable rajeunissement du fibrome dans notre série : l'âge de la plus jeune patiente est de 23 ans et qu'aussi 58 % de l'effectif se situe entre 30 - 39 ans.
- La pelvialgie est le symptôme prédominant 14 % des motifs de consultations rarement liée au fibrome, car nous avons observé :
 - * à l'examen clinique que 49 % de nos patientes avaient un volume utérin allant d'une orange à celui d'une pamplemousse pouvant alors être la cause d'une compression extrinsèque.
 - * à l'intervention chirurgicale furent constatés de nombreuses adhérences, des cas d'endométriose et d'autres lésions associées.
- Ensuite viennent les Hémorragies génitales 12 % dominées par les ménorragies, puis les stérilités 11 % des motifs de consultations. L'examen clinique a révélé que plus de 50 % 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 explique le nombre élevé d'intervention chirurgicale (50 % de myomectomie dans notre série).

En effet ces différents facteurs accroissent considérablement les difficultés opératoires et contraignent souvent à l'hystérectomie chez des malades relativement jeunes ; c'est pourquoi le fibrome utérin étant une maladie fréquente dans notre sous-région l'accent doit être mis sur son diagnostic précoce conditionné par :

- la recherche systématique par le médecin de cette pathologie chez toute femme venant consulter.
- Une incitation aux consultations systématiques par une éducation sanitaire appropriée.
- La construction des centres de soins suffisamment équipés en personne et en matériel, et repartis judicieusement sur l'ensemble du territoire, afin de permettre dans l'avenir le dépistage et le traitement à temps des fibromes utérins diagnostiqués.
- La poursuite de recherche fondamentale sur le fibrome afin de mieux préciser la pathogénie de celui ci pour pouvoir faire efficacement la prévention.

ANNEXE

A.S.P.	: Abdomen sans préparation
Cm	: Centimètre
GEU	: Grossesse extra utérine
H.S.G.	: Hystérosalpingographie
LHRH	: Luteinizing Hormone Releasing Factor
NFS	: Numération formule sanguine
RAS	: Absence d'anomalie
TCK	: Temps de cephaline Kaolin.
TV	: Toucher vaginal
UIV	: Urographie intra-veineuse
VS	: Vitesse de sédimentation
[]	: référence bibliographique
≈	: sensiblement égal
>	: supérieur

INDEX STATISTIQUE

Nous avons utilisé la méthode de comparaison des 2 taux en comparant un taux mesuré sur un échantillon soit à :

1°) un taux théorique

2°) un taux mesuré sur un échantillon.

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 se 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 leur père.

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.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABUREL E.

La myomérectomie sagittale dans la fibromatose utérine
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1967, 19, n°3, 229-232

2. ADREAS H.

Coexistence de fibromes et d'affections malignes de l'utérus
Arch. F. Gyn., 1961, 195, 244-247.

3. **BARCIA C. et ALVAREZ E.** - Etude topographique de l'utérus au cours du travail et de la délivrance. Gyn., et Obst., 1952, 25, 102-104.

4. **BAYO (Sinè).** - Contribution à l'étude de fibromyomes utérins à Dakar à propos de 316 observations. - thèse médecine :
DAKAR : 1973 : n° 11

5. BECLERE C.

Précis de Gynécologie médicale (Ed. Masson 1966, Tome I).

6. BECLERE C.

Les Hémorragies des fibromyomes utérins ne sont pas d'origine organique mais purement fonctionnelle et hormonale.
Sem. Hôp. Paris, 1966, 42, 18-24.

7. BECLERE C.

Preuves de l'origine fonctionnelle et hormonale des Hémorragies de fibromyomes utérins.
C.R. Soc. Franç. Gyn., 1961, 31, 215-234.

B. BELHOCINE A.

Contribution à l'étude du traitement des fibromyomes utérins.
Thèse méd. Alger 1965, n°3.

9. BIRIBIS P.

Conception moderne du traitement des fibromes.
Concours méd., 1970, 92, n°12, 2649-2656.

10. BOICK F.

La pathologie du fibrome utérin
Arch. F. Gyn. 1961, 195, 166-177.

11. BOUCCARA L. et GIRAUD B.

Anatomie pathologique des fibromes utérins
Rev. Prat., 1963, 13, n°26, 3105-3109.

12. BOURY-HEYLER CL.

Les indications chirurgicales du fibromyome utérin.
Thèse méd. Paris, 1962, n°913, 55 pages.

13. BOURY-HEYLER CL.

Les indications thérapeutiques du fibromyome utérin.
Gaz. Méd. France, 1963, 70, n°14, 2425-2428.

14. BRET A.J. et LEGROS R.

Aspects radiologiques du fibrome utérin.
Rev. Prat., 1963, 13, n°26, 3129-3136.

15. BRET. A.J.

Hystérogographie dans les fibromes.
Entretiens de Bichat, 1963, Gynécologie.

16. BRIGG. D.W.

Myomectomie abdominale dans le traitement des myomes utérins.
Am. J. Obst. Gyn., 1966, 95, n°6, 769-776.

17. BRUX J. (de) et MARTIN S. - Les vestiges embryonnaires Wolffiens et müllériens du tractus génital féminin. Rev. Franç. Gyn et Obst., 1957, 9, 10, 321-325.

8. CAPLIER P.

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

Rev. Prat., 1963, 13, n°26, 3111-3126.

9. CARVALHO M.A.

Traitement conservateur du fibromyome utérin.

New-York Stat. J. Méd., 1966, 66, n°11, 3110-3114.

10. COHEN A.

Traitement de fibromyomes utérins

Gaz. Hôp. 1963, 135, n° spécial, 867-869.

1. COHEN A.

Complications des fibromes utérins

Gaz. Hôp., 1967, 139, n°2, 79-82.

2. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Gynécologie, Obstétrique, Techniques chirurgicales. Editions Techniques, Paris.

3. FAUVET E.

Fibromyome de l'utérus - Traitement chirurgical

Arch. F. Gyn. 1961, 195, 188-192.

4. FERRARI B.

La dégénérescence calcaire des fibromyomes utérins

Ann. Obst. Gyn., 1962, 64, n°2, 70-80 (résumé français).

5. FRERE M.

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

Thèse méd. Lyon, 1968-1969, 108 pages.

6. GLARICOT T.

Un cas de dégénérescence sarcomateuse d'un nodule fibromateux

Clin. Obst. Gyn., 1961, 63, n°9, 432-435 (résumé français).

- 27. GRANJON A., YANNOTTI S. et CEDARD L.**
Contribution à l'étude hormonale des fibromes : dosage des oestrogènes dans le sang. Les fibromes et les muqueuses utérines.
Presse méd. 1961, 69, n°49, 2191-2193.
- 28. GAUTHIER G. MALINAS Y.** - Chirurgie gynécologique par voie vaginale.
Maloine, Paris 1969.
- 29. H. -G. ROBERT. R. PALMER. C. BOURY-HEYLER J. COHEN.** Précis de Gynécologie. 2ème édition.
Paris. New-York. BARCELONE MILAN. 1979.
- 30. HENRY-SUCHET J.**
Traitement médical des fibromes utérins.
Concours méd., 1960, 20, n°6, P. 745-748.
- 31. HUGUIER J. CERBONNET G.** - Chirurgie de l'utérus - Masson et Cie,
Paris, 1961.
- 32. HUGUIER et SCALI.**
Fibromes utérins.
E.M.C, Gyn. mars 1963, 570A 10-A 30.
- 33. J. LANSAC/P. LECOMTE.** Gynécologie pour le praticien 2ème édition.
Novembre 1988.
- 34. KOUTOUAN (JEAN CLAUDE).** - Contribution à l'étude des fibromes utérins (A propos de 515 cas observés au C.H.U. de Cocody (Abidjan) du 1er janvier au 5 mars 1985). - Thèse médecine : Abidjan : 1980. -120 p : n°662.
- 35. LOCK F.R.**
La myomectomie multiple.
Am. J. Obst. Gyn, 1969, 104, n°5, 642-650.
- 36. LOUROS N.C**
Les interventions conservatrices dans les fibromes.
Arch. F. Gyn. 1961, 195, 205-210.

37. MALONE L.J.

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

Obst and Gyn. 1969, 34, n°9, 77-788.

38. MATHIEU J et MOUSSELON J.

Le traitement chirurgical du fibrome utérin avant 40 ans.
Lyon méd. 1963, n°5, 289.

39. MEYNET J.C.

Fibromes utérins - signes, diagnostic, traitement.

Gaz. méd. France, 1969, 76, n°14, 2947-2958.

40. MOORE J.G. et GREENE R.R.

Transformation sarcomateuse dans un myome.

Am. J. Obst. Gyn. 1962, 84, n°11, 1526-1531.

41. MORIN P. et BOUCCARA L.

Les indications thérapeutiques dans les fibromes utérins.
REV. Prat. 1962, 12, n°27, 2899-2910.

42. NETTER A.

Traitement des fibromes utérins.

Rev. Franç. Gyn. Obst. 1964, 59, n°9, 5711-5716.

43. RISAI T.

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

Mie. Méd. J., 1965, 15, n°2, 129-131.

44. PIERRE KAMINA. Anatomie Gynécologique et obstétricale. 3ème édition.

45. ROBERT H.

Les indications et modalités du traitement chirurgical des fibromes utérins.

Presse méd., 1964, 72, n°47, 2777-2786.

5. **ROBERT H.G. et BOURY-HEYLER CL.**

Traitement des Hémorragies des fibromes.

Rev. Franç. Gyn. Obst., 1964, 59, n°9, 521-526.

7. **SEGUY J.**

Les fibromes qu'il ne faut pas opérer.

Ann. Hôp. Paris, 1960, 36, n°27, 1728-1732.

11. **TRAORE (MAHAMANE).**- A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'Hôpital Gabriel TOURE, l'Hôpital du Point G, à la PMI Centrale et à la maternité d'Hamdallaye.- thèse médecine : Niamey : 1986.- 116 p: n°19.

12. **VERDECT C et RICHARD J.**

Un myome de 9 kilos.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1960, 12, n°4, 404-416.

13. **VIDAKOVICS.**

Expérience acquise dans le traitement conservateur des fibromyomes de l'utérus.

Arch. F. Gyn. 1961, 195, 235-236.

14. **VILLAR J.**

Quels sont les fibromes chirurgicaux ?

Méd. Bordeaux, 1963, 140, n°1, 141-146.

15. **WALCH E.**

ingt cinq ans de traitement des fibromes à la Clinique de Heidelberg.

Arch. F. Gyn. 1961, 195, 210-214.

16. **ZINSOU R.D et C. QUENUM.**

L'association endométriose fibrome en pathologie gynécologique à Niamey.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Franç. 1965, 17, n°5 bis 665-669.