



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)



Année Universitaire 2020 - 2021.

Mémoire N° :/...../

Mémoire

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC DE
L'ASSOCIATION FIBROME UTERIN ET GROSSESSE DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIEOBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE**

Soutenu publiquement le/...../2022 devant le jury de la FMOS

Par

Dr Malado GAMBY

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Gynécologie - Obstétrique

JURY

Président du jury : Pr TRAORE Youssouf

Membre du jury : Pr KANTE Ibrahim

Co-Directeur de mémoire : Pr FANE Seydou

Directeur de mémoire : Pr KOUMA Aminata:

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau I : Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation. | 32 |
| Tableau II : Répartition des patientes selon l'interprétation de l'indice de masse corporelles. | 33 |
| Tableau II : Répartition des patientes selon le motif d'admission | 33 |
| Tableau IV : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux. | 34 |
| Tableau XII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux. | 34 |
| Tableau VII : Répartition des patientes selon la gestité. | 35 |
| Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité. | 35 |
| Tableau XI : Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement. | 35 |
| Tableau XVI : Répartition des patientes selon la consultation prénatale (CPN). | 36 |
| Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'auteur de la consultation prénatale (CPN). .. | 36 |
| Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la tranche de l'âge gestationnel. | 36 |
| Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la circonstance de découverte de la tumeur. | 37 |
| Tableau XIX : Répartition des patientes selon le nombre et la taille des fibromes. | 37 |
| Tableau XX : Répartition des patientes selon les variétés du fibrome par rapport aux différentes tuniques de l'utérus. | 37 |
| Tableau XXI : Répartition des patientes selon les variétés du fibrome par rapport l'utérus. .. | 38 |
| Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'influence de la grossesse sur le fibrome. | 38 |
| Tableau XLIII : Répartition des patientes selon l'influence du fibrome sur la grossesse. | 38 |
| Tableau XXIV : Répartition des patientes selon les pathologies au cours de la grossesse. | 39 |
| Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la voie accouchement. | 39 |
| Tableau XXX : Répartition des patientes selon les indications de la césarienne. | 39 |
| Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les complications des suites de couches. | 40 |
| Tableau XXXIII : Répartition des nouveaux nés selon le poids du nouveau-né | 40 |
| Tableau XXXIV : Répartition des nouveaux nés selon les pathologies. | 40 |
| Tableau XXXV : Répartition des nouveaux nés selon le type de prématurité. | 41 |
| Tableau XXXVIII : Répartition des nouveaux nés selon la réanimation. | 41 |
| Tableau XL : Répartition des nouveaux nés selon l'Apgar à la 1 minute. | 41 |
| Tableau XLI : Répartition des nouveaux nés selon l'Apgar à la 10 minute. | 42 |
| Tableau XLII : Répartition des nouveaux nés selon leur état. | 42 |
| Tableau XLVI : Répartition des patientes selon le type de traitement. | 42 |
| Tableau XLVI : Répartition des patientes selon la cause d'abstention thérapeutique | 43 |
| Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon les moyens chirurgicaux. | 43 |
| Tableau XLIX : Répartition des patientes selon le traitement médical. | 44 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1: Dimension utérus à terme | 4 |
| Figure 2 : Utérus gravide (coupe sagittale) | 8 |
| Figure 3 : Image macroscopique d'un utérus polymyomateux. | 13 |
| Figure 4: pièces de myomectomie..... | 14 |
| Figure 5: Schéma illustrant les différents sièges d'un fibrome utérin | 15 |
| Figure 6: Aspect histologique d'un léiomyome | 16 |
| Figure 1 : Répartition des patientes selon les variables en année. | 31 |
| Figure 2 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge..... | 32 |
| Figure 3 : Répartition des patientes selon la myomectomie..... | 43 |
| Figure 4 : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine..... | 44 |
| Figure 5 : Répartition des patientes selon le traitement martial. | 45 |
| Figure 6 : Répartition des patientes selon l'utilisation des prostaglandines. | 45 |
| Figure 7 : Répartition des patientes selon l'utilisation de l'ocytocine. | 46 |

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| OBJECTIFS | 3 |
| Objectif général | 3 |
| Objectifs spécifiques..... | 3 |
| I. GENERALITES | 4 |
| 1.1. Définition | 4 |
| 1.2. Epidémiologie | 16 |
| 1.3. Etude clinique | 19 |
| 1.4. Association fibrome et grossesse | 20 |
| 1.5. Prise en charge de l'association fibrome et grossesse..... | 25 |
| II. METHODOLOGIE | 28 |
| 2.1. Cadre d'étude | 28 |
| 2.2. Type et Période d'étude | 28 |
| 2.3. Population d'étude | 29 |
| 2.4. Echantillonnage..... | 29 |
| 2.5. Collecte des données..... | 29 |
| 2.6. Saisie et analyse des données..... | 30 |
| 2.7. Variables étudiées | 30 |
| III. RESULTATS | 31 |
| IV. DISCUSSIONS | 47 |
| CONCLUSION | 51 |
| RECOMMANDATIONS..... | 52 |
| REFERENCES..... | 53 |
| ANNEXES | 56 |

INTRODUCTION

Le fibrome utérin appelé aussi myome ou fibromyome est formé par une prolifération de cellules conjonctives nommées fibroblastes auxquelles s'adjoignent des fibres collagènes qui sont des protéines complexes. Il présente des variances cliniques, évolutives et thérapeutiques. Les fibromyomes sont des tumeurs bénignes dont la seule présence ne justifie pas un traitement surtout si celui-ci doit être agressif et mutilant.

La prévalence des fibromes utérins augmente à partir de 30 ans, elle est d'environ 25% chez les femmes entre 40 et 50 ans et peut atteindre 50% des femmes âgées de plus de 50 ans, il s'agit donc de la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer [1].

L'association fibrome utérin et grossesse est la survenue d'une grossesse chez une patiente porteuse de myomes.

Une augmentation de l'âge de la première grossesse de 24 ans en 1978 à 30 ans en 2012 a entraîné une augmentation de la survenue de fibromes utérins pendant la grossesse [2,3]

La probabilité de rencontrer l'interaction du fibrome avec la grossesse est donc forte. Et cette probabilité ne va cesser de croître compte tenu de la survenue plus tardive des grossesses, sachant que l'incidence des myomes s'élève progressivement avec l'âge.

On observe donc une fréquence en Europe de l'ordre de 20 à 25 % des femmes à partir de 30 ans et 40% des femmes à 40ans.

En Afrique la fréquence de l'association fibrome utérin et grossesse varie de 0,1 à 3,87 %.

Une étude réalisée en 2020 au CHU GT retrouvait une prévalence de 11,8% de l'association fibrome utérin et grossesse.

Les femmes enceintes atteintes de fibromes utérins courent un risque accru de complications telles que : fausses couches, travail prématuré, présentation anormale, dystocie du travail, césarienne et hémorragie post-partum [4].

Compte tenu de la fréquence élevée de cette affection et les complications qu'elle peut engendrer au cours de la gestation, il nous a semblé intéressant de consacrer une étude Épidémiologique, clinique et thérapeutique sur les cas de grossesse sur fibrome observés dans la période de janvier 2012 à décembre 2021 dans le service de gynécologie - obstétrique du CHU Gabriel Touré.

Dans ce travail qui est une étude rétrospective, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémio-cliniques, thérapeutique et pronostic de l'association fibrome utérin et grossesse au CHU GABRIEL TOURE du District de Bamako.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence de l'association fibrome utérin et grossesse dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU Gabriel Touré ;
2. Identifier les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
3. Décrire les influences réciproques.
4. Décrire la Prise en charge des patientes présentant une grossesse sur fibrome utérin ;
5. Etablir le pronostic fœtal.

I. GENERALITES

1.1. Définition

Le myome utérin est une tumeur bénigne monoclonale des cellules musculaires lisses du myomètre. Ils sont composés de grandes quantités de matrice extracellulaire contenant du collagène, de la fibronectine et du protéoglycane.[5]

Rappel anatomique de l'utérus gravide[6]

1.1.1. Corps utérin

L'utérus est l'organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe-moteur dont la force des contractions utérines intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

✓ La situation du fond utérin, la taille de l'utérus

Le fond utérin déborde le bord supérieur du pubis à la fin de la 10^{ème} SA, (2^{ème} mois). Il est ensuite mesuré à 8 cm environ, soit 3 travers de doigts au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne, à la fin de la 12^{ème} SA, il devient alors palpable. À 4 mois et demi, il est à l'ombilic. À terme, il mesure 32 cm.

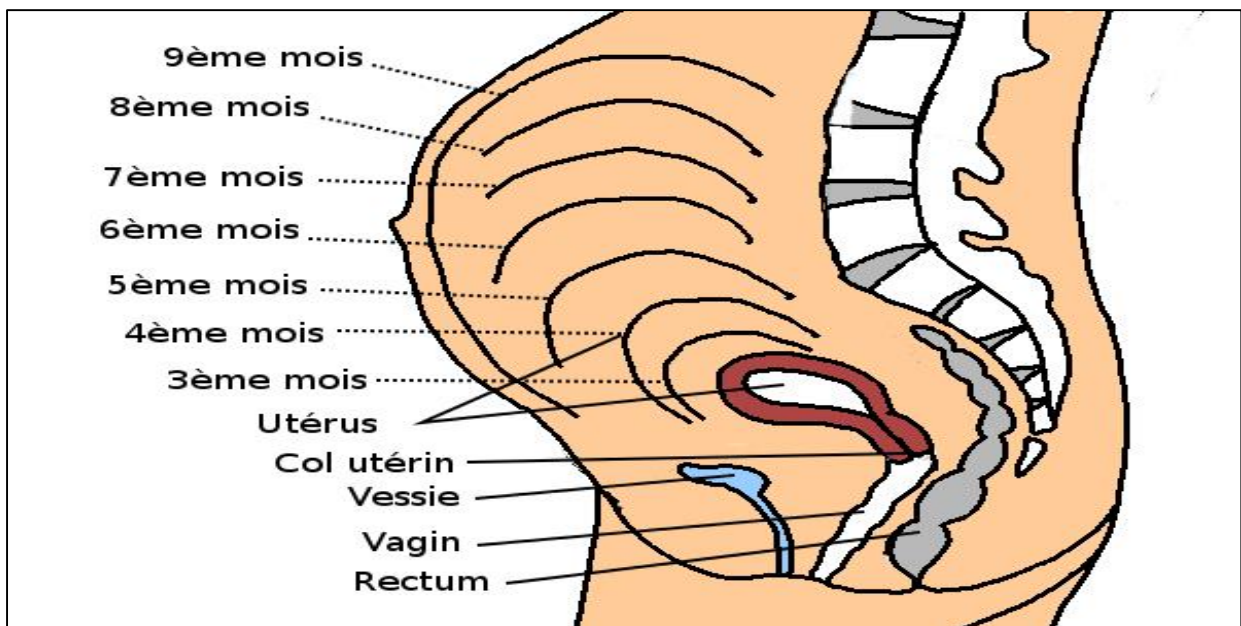


Figure 1: Dimension utérus à terme

✓ Valeurs normales de la hauteur utérine en fonction du terme de la grossesse

| Mois de grossesse | Semaines d'Aménorrhée | Valeur moyenne de la Hauteur Utérine (HU) en cm |
|-------------------|-----------------------|---|
| 4 mois | 20 SA | 16 cm |
| 4 mois et demi | 22 SA | Repère : à l'ombilic |
| 5 mois | 24 SA | 20 cm |
| 6 mois | 28 SA | 24 cm |
| 7 mois | 32 SA | 28 cm |
| 8 mois | 36 SA | 30 cm |
| 9 mois | 40 SA | 32 cm |

✓ **Forme de l'utérus**

Au 1^{er} trimestre, le développement de l'utérus se fait dans les deux sens (longueur 10-13 cm, largeur 8-10 cm). À la fin du 6^{ème} mois, l'utérus se développe davantage en largeur (longueur 17-18 cm, largeur 18 cm). À terme, l'utérus se développe plus en longueur (longueur 32 cm, largeur 23 cm).

La forme de l'utérus peut varier en fonction de :

- La parité
- Du type de présentation fœtale
- De l'épaisseur du myomètre
- De la tension de la paroi utérine
- De la pression amniotique et
- Du rayon de la cavité utérine (loi de Laplace).

✓ **Direction de l'utérus**

Au début de la grossesse, l'utérus est habituellement antéversé, moins fréquemment rétroversé. Mais il se redresse longitudinalement dès la fin du premier trimestre. À terme, sa direction sagittale dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale. Dans le plan frontal, l'utérus s'incline légèrement vers la droite et présente un mouvement de torsion vers la droite, appelé dextrorotation

✓ **Epaisseur de la paroi**

La paroi de l'utérus s'hypertrophie et son épaisseur est de 3 cm vers le 4^{ème} mois. Puis la paroi utérine s'amincit progressivement en raison de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité utérine s'accroît. Proche du terme de l'accouchement, son épaisseur est d'environ 10 mm sur les faces latérales et de 4 mm au niveau du fundus. Dans les suites immédiates de l'accouchement, la rétraction utérine entraîne une augmentation de l'épaisseur de la paroi soit 3 cm.

✓ **Sa consistance :**

Elle est élastique et souple. Au cours du palper, l'utérus devient dur sous l'apparition d'une contraction.

✓ **Le poids de l'utérus :**

L'utérus gravide pèse :

- Environ 200 g à 10 SA,
- Environ 700 g à 24 SA,
- Entre 800 g et 1200 g à terme.

Le sang contenu dans l'utérus représente environ 10 % du poids total (Hyttén et Leith).

✓ **Les rapports**

Dans le premier trimestre de la grossesse, les rapports restent pelviens, puis ils deviennent abdominaux. À terme, l'utérus est en rapport avec :

En avant : La paroi abdominale antérieure ; parfois le grand omentum (épiploon) et plus rarement des anses grêles s'interposent. Cette paroi s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale.

En arrière :

En partie médiane, l'utérus est en contact avec la colonne rachidienne, la veine cave inférieure, l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3^{ème} vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales.

La compression de la veine cave inférieure par l'utérus relâché provoque parfois un syndrome hypotensif grave : *le choc postural ou syndrome de la veine cave.*

Latéralement, l'utérus est en rapport avec les muscles grand psoas, croisés par les uretères.

En haut

L'utérus est contact avec le grand omentum et le côlon transverse.

Le refoule plus ou moins en arrière l'estomac.

- À droite il affleure le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire.
- Les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire se trouvent reportés plus sur les bords latéraux.

Latéralement

À droite : Le côlon ascendant, le caecum et l'appendice vermiforme.

À gauche : Les anses grêles et le côlon sigmoïde qui recouvrent les annexes gauches.

✓ **Ligaments utérins**

Ligaments ronds

Ils s'hypertrophient dès la 20 SA et multiplient par 3 ou 4 leur épaisseur et leur longueur. Ils mesurent environ 11 cm et leur résistance à la traction peut atteindre 40 kg.

À leur origine, ils restent collés à l'utérus sur une longueur de 4 à 6 cm avant de s'éloigner en direction de l'anneau inguinal profond. Dans l'utérus à terme, les ligaments ronds se détachent de 3 à 4 cm au-dessous et en avant de l'origine de la trompe. Presque verticaux, les ligaments ronds, surtout le gauche, peuvent être perçus par la palpation à travers la paroi abdominale, surtout pendant les contractions intenses.

Ligaments utéro-sacrés

Plus saillants, ils ascensionnent et rendent de ce fait plus profond le cul-de-sac recto-utérin. À leur origine, ils restent collés à l'utérus sur une longueur de 4 à 6 cm avant de s'éloigner en direction de l'anneau inguinal profond. Ils s'épaississent et les feuillets péritonéaux s'étalent au fur et à mesure du développement de l'utérus.

1.1.2. Segment Inférieur (SI)

Le Segment Inférieur (**SI**) est la partie basse, amincie de l'utérus gravide à terme. Il est situé entre le corps et le col de l'utérus. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle.

Remarque : L'ampliation du segment inférieur dépend de l'appui de la présentation fœtale. Sa minceur, sa faible vascularisation, en font un lieu de choix pour l'hystérotomie des césariennes.

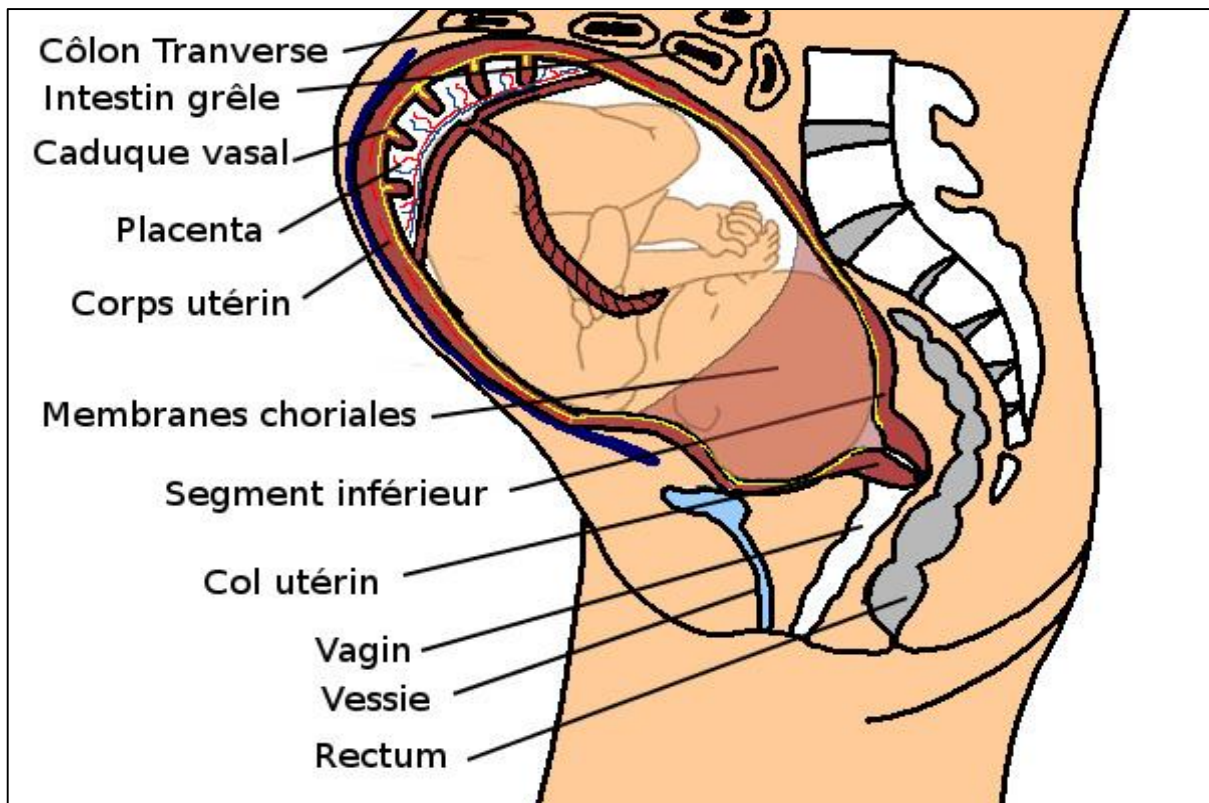


Figure 2: Utérus gravide (coupe sagittale)

✓ **Sa forme**

Le SI est une calotte évasée ouverte en haut. La paroi antérieure est plus longue et plus bombée.

✓ **Les limites**

- La limite inférieure correspond, avant le travail, à l'orifice interne du col.
- La limite supérieure, moins nette, correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2 cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine. Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale, la veine coronaire de l'utérus.

✓ **Les dimensions**

Il mesure environ 7 à 10 cm de hauteur, 9 à 12 cm de largeur et 3 mm d'épaisseur. Les dimensions varient selon la présentation, et le degré d'engagement de celle-ci. Sa minceur permet parfois de percevoir la présentation fœtale lors de la réalisation du toucher vaginal, au troisième trimestre de la grossesse.

✓ **Les rapports**

En avant

La vessie est le rapport essentiel. Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient suprapubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césarienne favorisent ou non l'ascension de la vessie.

En arrière

La face postérieure est recouverte du péritoine, elle répond au rectum, par l'intermédiaire du cul-de-sac recto-utérin devenu plus profond.

Latéralement

Elles sont en rapport avec les paramètres élargis contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien. L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du fornix. La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis.

1.1.3. Col de l'utérus

Organe de la parturition, le col utérin se modifie, s'ouvre et se dilate essentiellement pendant le travail.

▪ **Situation et direction**

À partir de 12 SA, le col se porte progressivement en haut et en arrière.

▪ **Aspect et dimensions**

Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé.

Le bouchon muqueux dense obture l'endocol. Pendant le travail, sous l'effet des contractions utérines, il va successivement s'effacer, puis se dilater :

Par le phénomène d'effacement, l'orifice interne perd de sa tonicité et le canal cervical s'évase progressivement et s'incorpore à la cavité utérine.

La dilatation se caractérise par l'ouverture de l'orifice externe

▪ **Consistance du col utérin**

En début de grossesse le col est tonique, sa consistance se rapproche de celle du nez. Il se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre. En fin de grossesse, le col devient très mou sur toute sa longueur.

1.1.4. Vascularisation de l'utérus

- **Artères**

- **L'artère utérine**

Elle s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu.

Après la délivrance, la rétraction de l'artère utérine entraîne une augmentation de son diamètre. L'expansion de l'utérus tend à s'accoler à l'artère utérine et ses branches. Plus le segment inférieur s'étire, plus l'artère tend à s'éloigner de l'uretère et du fornix vaginal. Lorsque le segment inférieur est bien formé, la crosse de l'artère utérine se trouve à 2,5 cm du fornix vaginal.

Les branches externes conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire.

- **L'artère ovarique**

Le calibre de l'artère ovarique ou artère ovarienne va en augmentant de son origine à la terminaison pour atteindre dans la région sous-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine avec laquelle elle s'anastomose à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

- **L'artère funiculaire**

L'artère funiculaire est pour l'utérus gravide peu importante sur le plan fonctionnel.

- **Débit utérin**

L'étude du débit utérin donne une image indirecte de la circulation fœto-maternelle.

En valeur absolue, le débit utérin augmente au cours de la grossesse.

Il passe de 50 à 100 ml/mn au début de la grossesse pour atteindre 500 à 800 ml/mn au terme de la grossesse.

En valeur relative, soit par rapport au myomètre, le débit utérin décroît à partir du 5^{ème} mois au cours de la grossesse. Sa mesure moyenne par minute serait de :

- 32 ml / 100 g de myomètre à 28 SA,
- 14 ml / 100 g de myomètre à 32 SA,
- 10 ml / 100 g de myomètre à terme, soit un débit identique à celui d'un utérus non gravide.

Au total, le débit myométrial augmente progressivement jusqu'à la 28 SA, puis diminue jusqu'au terme. Le débit de l'artère utérine à terme est multiplié par 10 alors que la masse myométriale est multipliée par 30.

- **Veines de l'utérus**

Elles subissent une augmentation en nombre et en volume plus importante que celle des artères.

Dans le corps utérin gravide, il n'y a pas de zone de vascularisation veineuse minima.

Dans la paroi du segment inférieur et dans le col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps.

- **Lymphatiques**

Les lymphatiques s'hypertrophient peu pendant la grossesse.

- **Innervation de l'utérus**

Du point de vue macroscopique, l'innervation est identique à celle de l'utérus non gravide.

1.1.5. Rappel Histologique de l'utérus[7,8]

La paroi du corps utérin se divise en 3 tuniques qui sont de dedans en dehors :

- **L'endomètre**

Composé d'un épithélium prismatique simple de type müllerien fait de cellules ciliées et de cellules glandulaires, l'épithélium et la membrane basale s'enfoncent dans le chorion sous-jacent formant ainsi des glandes tubuleuses simples traversant toute la hauteur de la muqueuse.

Le stroma endométrial (chorion cytogène) est un tissu conjonctif de type mésenchymateux dans lequel les glandes sont enrobées.

On distingue à l'endomètre deux couches en fonction de leur comportement pendant le cycle utérin :

La couche fonctionnelle: D'une épaisseur variable allant jusqu'à 5mm.

Elle subit des modifications cycliques en réponse aux concentrations sanguines d'hormones ovariennes; c'est elle qui se desquame au cours de la menstruation.

La couche basale: Plus mince (1mm) et plus profonde n'est que peu influencée par le cycle et n'est donc pas éliminée par desquamation. C'est à partir d'elle que la couche fonctionnelle se reconstruit.

– **Le myomètre**

Est formé d'un assemblage complexe de faisceaux longitudinaux circulaires et obliques de myocytes lisses qui présentent entre eux des jonctions ouvertes permettant une contraction synchronisée de l'ensemble du muscle.

Il contient aussi du tissu conjonctif dans les gaines vasculaires.

Le myomètre s'atrophie également pendant la ménopause et la taille de l'utérus est réduite de moitié.

– **La séreuse**

Formée par le péritoine doublé d'une mince couche de tissu conjonctif.

1.1.6. Histologie du myome (léiomyome) [9].

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.

 **Macroscopie**

L'aspect: l'utérus myomateux apparaît le plus souvent déformé, bosselé par une ou plusieurs formation (s) tumorale (s) constituant chacune un nodule myomateux.

Le nodule myomateux est une formation plus ou moins arrondie de coloration blanche ou rose, lisse, limitée, de consistance ferme pierreuse.

Une pseudo capsule formée par la condensation du tissu conjonctif constitue un excellent plan de clivage et en permet l'énucléation.

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

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

LeNombre: est variable d'un nodule à plusieurs nodules

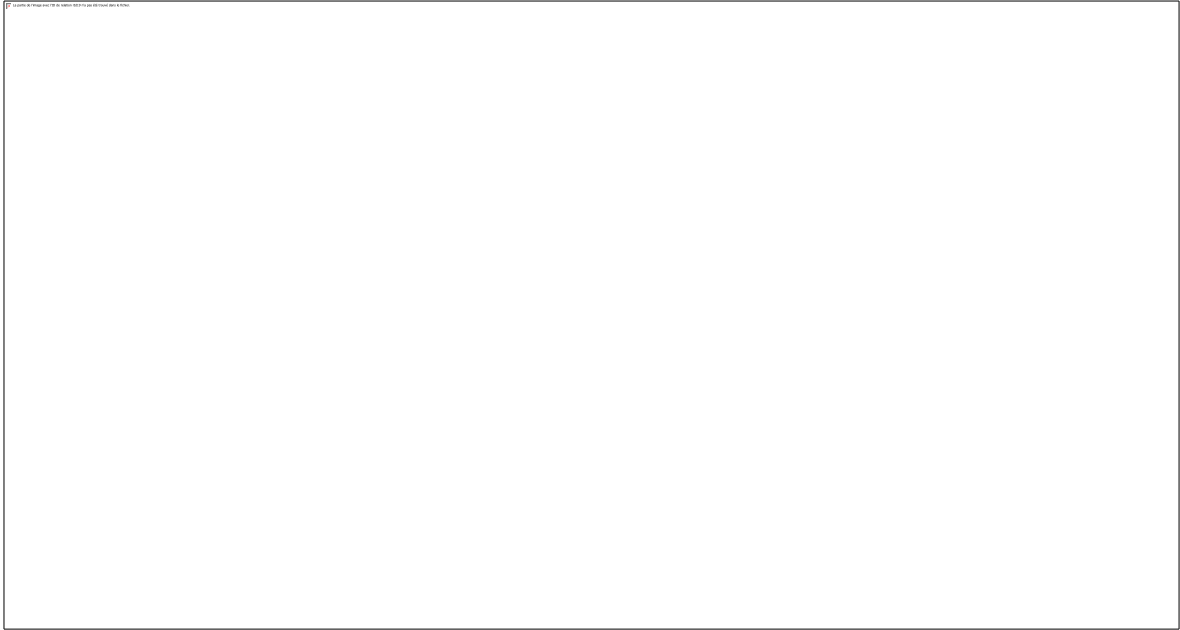


Figure 3 : Image macroscopique d'un utérus polomyomateux.

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

Lepoids : va de quelques grammes à plusieurs kilogrammes.



Figure 4: pièces de myomectomie

Lesiège: les nodules myomateux peuvent siéger sur tous les segments (le corps, l'isthme et le col), et les tuniques utérines (la muqueuse, la musculuse et la séreuse). Ils peuvent siéger sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus.

Ils sont sessiles ou pédiculés quand ils sont de siège sous séreux, interstitiels ou sous muqueux.

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

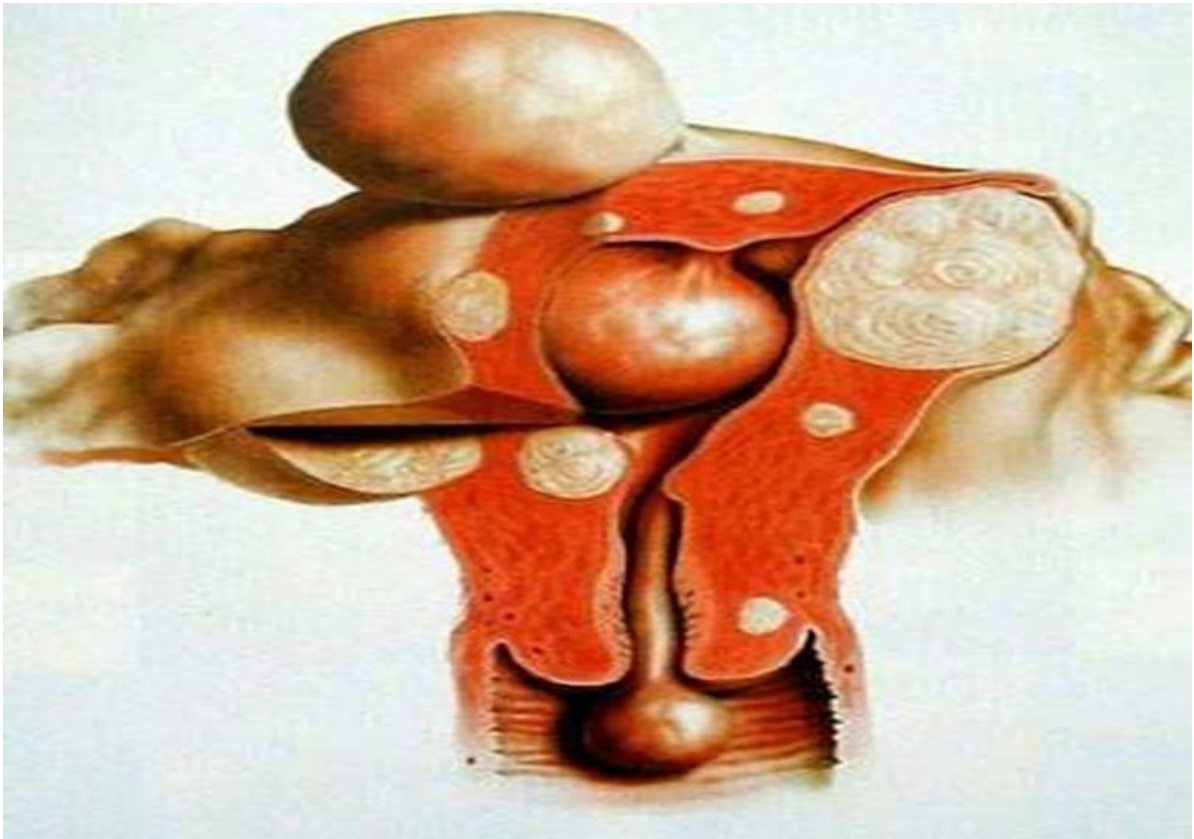


Figure 5: Schéma illustrant les différents sièges d'un fibrome utérin [10]

✚ Microscopie

Le tissu myomateux est fait de cellules musculaires lisses au cytoplasme peu abondant finement rayé ou homogène, au noyau allongé; serrées les unes contre les autres et regroupées en faisceaux qui se ramifient, s'anastomosent et s'enchevêtrent dans tous les sens donnant une véritable image tourbillonnaire. Certains myomes très évolués sont fortement scléreux avec des plages collagéniques ou hyalines presque vasculaires, rencontrées souvent au centre du nodule tumoral.

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

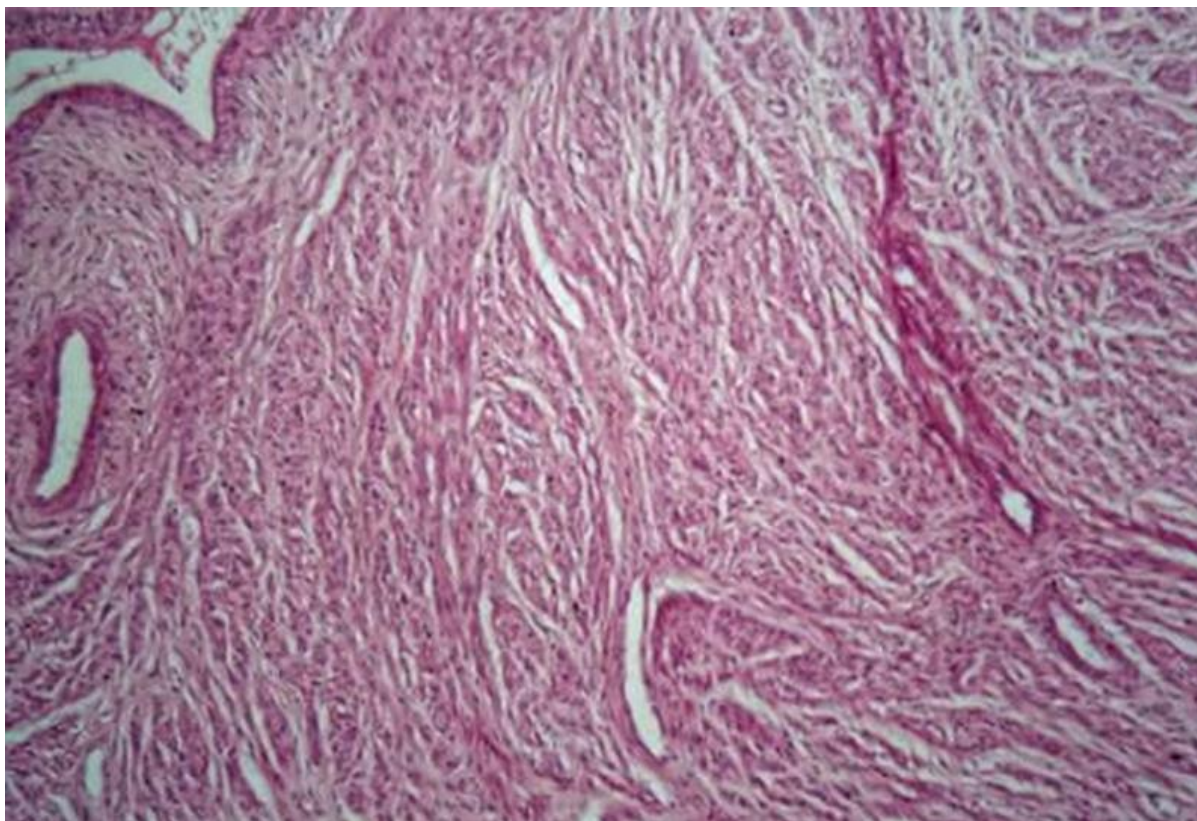


Figure 6: Aspect histologique d'un léiomyome [1].

– **Fibromes par rapport à la structure anatomique de l'utérus**

Les fibromes du fond utérin sont en général mieux tolérés, le plus souvent silencieux, émergeant progressivement de l'excavation pelvienne vers l'abdomen.

Les Fibromes angulaires au niveau des cornes utérines, sont causes parfois de stérilité par compression.

Les Fibromes de l'isthme sont rares dans leur variété pure. Ils peuvent s'inclure dans le ligament large entraînant la compression urétérale.

Les Fibromes du col utérin sont exceptionnels

1.2. Epidémiologie

1.2.1. Fréquence

Elle est fréquente chez les femmes reproductives entre 30 et 50 ans.

Les statistiques cliniques montrent que la prévalence du fibrome utérin est d'environ 20 à 40 % chez les femmes en âge de procréer et de 51 à 60 % chez les femmes âgées de 40 à 50 ans, et son incidence a tendance à augmenter d'année en année[11].

Un échantillon aléatoire de femmes âgées de 35 à 49 ans qui ont été dépistées par auto-évaluation, examen des dossiers médicaux et échographie a révélé qu'à 35 ans, l'incidence des léiomyomes était de 60 % chez les femmes afro-américaines; l'incidence est passée à plus de 80 % à l'âge de 50 ans. [12]

La plupart des patientes atteintes de fibromes utérins ne présentent aucun symptôme clinique évident et on les trouve souvent occasionnellement lors d'examens échographiques pelviens, de sorte qu'aucun traitement n'est généralement nécessaire.

Environ 20 à 50 % seulement des patientes peuvent avoir des changements menstruels, des douleurs pelviennes chroniques, des masses dans le bas-ventre, un gonflement de la taille et des symptômes de compression.

Le fibrome utérin est actuellement l'une des causes les plus courantes d'hystérectomie chez les femmes ménopausées.

La fréquence de l'association fibrome et grossesse varie de 0.1 à 3.87 % selon Lopes et al. [13]

1.2.2. Facteurs de risque

– L'âge de la patiente

L'épidémiologie des fibromes est parallèle aux changements hormonaux survenant au cours de la vie. C'est ainsi que l'on peut constater une absence de cas décrit avant la puberté, puis une augmentation de son incidence avec l'âge chez la femme en période d'activité génitale.

On observe donc une fréquence en Europe de l'ordre de 20 à 25 % des femmes à partir de 30 ans et 40 % des femmes à 40 ans et jusqu'à 50 % des femmes au-delà de 50 ans. En revanche, ces fibromes régressent à la ménopause, si elle n'est pas traitée. [14,15]

– Les variations ethniques

C'est le deuxième facteur de risque. On a retrouvé chez les femmes d'origine africaine, de plus volumineux fibromes, en plus grand nombre, à un âge de diagnostic plus précoce, et avec une symptomatologie plus sévère que chez les femmes d'origine caucasienne. En effet, à 30 ans, 9 à 25 % des femmes blanches présentent des fibromes, contre plus de 50 % des femmes noires. [14]

Il n'y a pas d'explication à cet excès de fibrome chez les femmes noires.

– L'histoire familiale

Il existe incontestablement une prédisposition familiale.

Plus de 40 % des parentes au premier degré des femmes ayant des fibromes développeront la même pathologie au cours de leur vie.[10]

– **Le poids**

Il existe une association positivement significative entre l'obésité et la croissance des fibromes, probablement par le biais d'une hyperœstrogénie.

Des dépôts de graisse excessifs s'accompagneront également de changements évidents dans la fonction du système nerveux ou endocrinien. Ces dernières années, des études ont montré que l'obésité peut augmenter le risque de fibromes utérins. L'obésité peut affecter le développement des fibromes utérins en modifiant le niveau de métabolisme des œstrogènes chez les femmes[16,17].

– **La vie génitale et fertilité**

La nulliparité volontaire, l'infertilité et l'apparition des premières règles jeunes avant l'âge de 12 ans augmentent le risque de fibrome.

En contrepartie, il existe aussi des facteurs protecteurs vis-à-vis du développement des fibromes [14]:

– **La parité**

La réduction du risque de fibromes y est liée et ce risque diminue avec le nombre de naissances. La grossesse est un facteur protecteur, ainsi que le nombre élevé de grossesses et l'âge tardif de la dernière grossesse.

– **La contraception orale**

Son utilisation est controversée, elle tendrait à diminuer le risque de fibromes en préménopause.

– **Le faible poids**

– **L'âge tardif des premières règles**

– **Le tabagisme** : Il est incontestablement associé à une diminution du risque de fibrome, car il agit comme un anti-œstrogène.

Bien que la cause précise du léiomyome soit inconnue, des progrès ont été réalisés dans la compréhension des facteurs hormonaux, des facteurs génétiques, des facteurs de croissance et de la biologie moléculaire de ces tumeurs bénignes.

1.3. Etude clinique

1.3.1. L'interrogatoire

Il doit être systématique et s'attache à rechercher [13]:

- **Les antécédents de la patiente**

- Familiaux (predisposition familiale)
- Personnels et médicaux (âge, poids, origine ethnique, etc.)
- Gynécologiques (infertilité, contraception hormonale)
- Chirurgicaux (myomectomie),
- Obstétricaux (fausses couches spontanées à répétition, accouchement prématuré...).

En cas d'antécédents de myomectomie, il est important de récupérer le compte-rendu opératoire, pour avoir de plus amples précisions sur les caractéristiques des myomes réséqués, mais surtout sur le mode opératoire (ouverture ou non de la cavité utérine), afin d'apprécier le pronostic réel de la grossesse.

- **Une symptomatologie en rapport**

- Des ménorragies, qui sont le principal signe révélateur : nombre de changes par jour, présence ou non de caillots.
- Des métrorragies, qui sont rarement isolées. Le plus souvent, il s'agit de ménométrorragies.
- Une pesanteur pelvienne ou des signes de compression des organes de voisinage, responsables de pollakiurie par irritabilité vésicale ou de constipation par compression digestive ;
- Une masse abdominale perçue par la femme ;
- Des dysménorrhées, liées à un fibrome du col ou de l'isthme, gênant l'évacuation des règles ;
- Des signes de nécrobiose aseptique : douleurs pelviennes, pertes noires, nausées, vomissements, hyperthermie, altération de l'état général, etc...
- Des signes cliniques d'anémie : tachycardie, vertiges, pâleur cutanée, etc...

1.3.2. L'examen clinique

- L'inspection peut permettre de voir une augmentation de volume de l'abdomen ou de constater l'existence d'une voussure.
- La palpation peut retrouver une ou plusieurs masses déformant la surface de l'utérus.

- Le toucher vaginal apporte deux renseignements importants :
- Il n'existe pas de sillon entre la masse et l'utérus, ce qui signifie que la lésion est située dans le myomètre.
- Le palper combiné permet de transmettre les mouvements imprimés par la main abdominale au col utérin.
- L'examen au spéculum rend compte de l'état du col, qui est le plus souvent normal.

1.3.3. Les examens complémentaires

- **L'échographie**

Le seul examen recommandé pour apprécier les fibromes au cours de la grossesse est l'échographie.

Le compte-rendu échographique doit le mettre en évidence, en faisant apparaître:

- Le nombre de fibromes
- Leur situation par rapport au myomètre (sous-séreux, interstitiel, sous-muqueux ; et sessile ou pédiculé)
- Leur localisation sur l'utérus (fundique, corporel, isthmique, cervical ; et antérieur ou postérieur), et
- Leurs dimensions.

Au cours de la grossesse, il sera inutile de réaliser des échographies supplémentaires pour seule cause de la présence d'un fibrome, mais il sera par contre judicieux de surveiller l'évolution du fibrome lors des échographies des deuxième et troisième trimestres.

1.4. Association fibrome et grossesse

Il y a une forte probabilité de rencontrer un fibrome au décours d'une grossesse, puisque ceux-ci sont en lien avec l'activité génitale.

La fréquence de l'association fibrome et grossesse varie de 0,1 à 3,87 %, mais cette association est sous-estimée car sont surtout détectés les fibromes symptomatiques. Cependant, parmi les progrès récents, l'échographie avec ses dépistages systématiques en cours de grossesse a permis d'objectiver les fibromes et d'en préciser la prévalence [13].

Cette association fibrome et grossesse ne va cesser de croître compte tenu de la survenue plus tardive des grossesses et du taux d'incidence des myomes qui s'élève progressivement avec l'âge [19]. Elle se rencontre donc surtout chez les femmes de plus de 30 ans, et également chez les primipares.

Les relations qui unissent les fibromes et la grossesse sont triples [13]:

- Les fibromes peuvent empêcher la conception et la nidation et être un facteur d'infécondité.
- Les fibromes peuvent compliquer l'évolution de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.
- L'état de grossesse peut faciliter l'évolution des fibromes vers les complications.

Mais dans la plupart des cas, l'association fibrome et grossesse n'entraîne aucune complication, ni pour l'un, ni pour l'autre [18].

1.4.1. Influence de la grossesse sur l'évolution des fibromes :

La présence de fibromes ne nécessite pas une surveillance accrue de la grossesse.

Le seul examen recommandé pour apprécier la taille, le nombre et la localisation des fibromes au cours de la grossesse est l'échographie.

Elle est également performante pour le diagnostic de complications de ces fibromes [13].

✚ Taille des fibromes

L'idée reçue d'une augmentation de la taille des fibromes induite par l'état de grossesse est aujourd'hui contestée. Celle-ci serait possible au premier trimestre, mais la plupart reste stable, et diminue même au cours de la grossesse (deuxième et troisième trimestre), en particulier les fibromes volumineux [19].

✚ Compressions mécaniques

L'augmentation de volume du myome entraîne l'apparition d'une masse abdomino-pelvienne, comprimant du même fait les organes voisins. Elle peut concerner :

- La vessie avec pollakiurie, dysurie et rétention d'urines.
- Les uretères, avec urétéro-hydronephrose, voire colique néphrétique ou pyélonéphrite.
- Le rectum et le sigmoïde, entraînant la constipation.
- Les veines pelviennes, avec thromboses, œdème des membres inférieurs ou encore phlébites plus rares.
- Les nerfs, avec sciatgie à la face postérieure de la cuisse ou compression obturatrice à la face interne de la cuisse [10,20].

✚ Evolution vers la nécrobiose aseptique

Selon les études, elle s'observe durant la grossesse de manière variable, allant de 1,5 à 28 %, et se manifeste dans les deux tiers des cas durant le deuxième trimestre de la grossesse. Elle est secondaire à des troubles de la vascularisation du fibrome, provoquant une ischémie.

- Le diagnostic est posé devant des signes cliniques, en général évocateurs, associant :
 - Une douleur abdomino-pelvienne localisée, intense et de survenue brutale, qui peut s'accompagner
 - D'une hyperthermie inférieure à 38,5°C
 - De nausées et d'un iléus.
- Sur le plan biologique, on peut retrouver une hyperleucocytose et une augmentation de la PCR.
- L'échographie peut contribuer au diagnostic en objectivant l'ischémie du myome par le doppler couleur [13], et en retrouvant également une hétérogénéité au sein du fibrome avec alternance de zones kystiques et de zones échogènes, témoins de la dégénérescence et de l'infarctus.

Aucun traitement préventif n'est validé jusqu'à présent pour prévenir la nécrobiose durant la grossesse.

Les traitements symptomatiques sont les seuls indiqués :

- Repos
- Glace sur le ventre et
- Antalgiques (les AINS sont tolérés en cure courte avant 24 SA).[14]

Ces traitements permettent de soulager la femme durant la période d'ischémie aigüe.

Torsion d'un myome sous-séreux pédiculé

Elle est rare, et provoque des douleurs locales brutales plus ou moins permanentes ou un état de choc. Le diagnostic différentiel sera à faire avec la nécrobiose aseptique et la torsion d'annexes.[15]

Fibrome accouché par le col

Les myomes sous-muqueux pédiculés peuvent parfois s'accoucher par le col. Le tableau clinique est caractérisé par des métrorragies et des coliques expulsives.

Le diagnostic est posé par l'examen au spéculum. Il faut rester vigilant car la surinfection est fréquente.

1.4.2. Influence des fibromes sur l'évolution de la grossesse

L'évolution de la grossesse est en général assez simple, mais les fibromes peuvent avoir des conséquences probables sur toutes les étapes du développement fœtal.

On suggère que la présence de fibrome durant la grossesse est associée à des complications anténatales dans 10 à 40 % des cas.

De plus, les pathologies associées aux fibromes sont plus fréquentes (endométriose, adénomyose) et contribuent à compliquer l'évolution de la grossesse [13].

Dans l'ensemble, les données de la littérature sont assez contradictoires sur l'influence des fibromes sur la grossesse. Une chose est certaine, la localisation du myome peut être très importante pour les effets sur la grossesse.

- **Fausses couches spontanées précoces**

Les fibromes augmentent le risque de fausse couche spontanée en début de grossesse.[19]

Cela concerne uniquement les femmes ayant de volumineux fibromes sous-muqueux qui déforment la cavité utérine, ou lors de la croissance rapide du volume du myome.[21]

Cependant, le taux retrouvé dans les études est celui du risque de fausse couche au cours d'une grossesse normale [10].

- **Menace d'accouchement prématuré et accouchements prématurés**

Ceci est particulièrement vrai si les myomes sont multiples ou si la placentation se fait à proximité voire en regard du myome [21]. Encore une fois, les taux retrouvés sont variables selon les études.

Ce phénomène serait dû à différents mécanismes :

- Les déformations de la cavité utérine
- Le défaut de compliance de l'utérus, entraînant une surdistension
- L'augmentation de la contractilité utérine
- La rupture prématurée des membranes, liée à leur fragilité par compression irrégulière de la poche des eaux pendant la contraction utérine.[13]

- **Retard de croissance intra-utérin**

Les fibromes pourraient détourner le flux sanguin destiné au placenta pour alimenter les fibromes volumineux.

Les fibromes sous-muqueux ou intra-muraux pourraient être responsables de troubles de la placentation, qui augmenterait le risque de RCIU.[22]

Mais encore une fois, les récentes littératures montrent qu'il n'y a pas d'association entre RCIU et fibrome.[18,21]

- **Anomalie de la présentation**

Elle est due à un défaut d'accommodation de la présentation et d'ampliation du segment inférieur, qui peuvent être gênés par les fibromes cervicaux, isthmiques ou encore volumineux déformant la cavité utérine.

On observe une fréquence plus importante de présentation du siège ou en transverse.[21,23]

Ainsi, les présentations du siège passent de 4 à 11 % et les présentations transverses de 3 à 6 %, en cas d'association fibrome et grossesse.[15]

- **Dystocie mécanique**

Celle-ci est retrouvée de manière exceptionnelle, et est alors due à des myomes isthmiques ou cervicaux, qui sont dits *prævia*, gênant ainsi l'accommodation de la tête fœtale, avec une présentation défléchie par exemple.[23]

Cependant, il est possible de voir des myomes initialement bas insérés et faisant potentiellement obstacle à la présentation, s'ascensionner du fait du développement du segment inférieur.

Le pronostic de l'accouchement ne pourra donc être donné qu'en début de travail.

- **Dystocie dynamique**

Elle est controversée. En effet, aucun argument scientifique ne permet d'élaborer un lien de causalité entre fibrome et dystocie dynamique.[13]

- **Hémorragies de la délivrance**

Elles s'expliquent par des difficultés de rétraction et d'involution utérine liées aux fibromes, pouvant même aller jusqu'à l'atonie utérine[13,23]. C'est pour cela qu'on insiste sur le fait que les femmes doivent toujours être informées des risques d'hystérectomie d'hémostase au décours de l'accouchement, qu'il soit voie basse ou haute.[23]

- **Risques infectieux du post-partum**

Ils sont classiquement augmentés.

Les infections du post-partum comme l'endométrite doivent faire craindre une nécrobiose septique, quand le myome, au contact de la cavité utérine, se scaphèle.[13,23]

- **Risques thromboemboliques du post-partum**

Ils sont classiquement augmentés et sont favorisés par :

- L'âge maternel
- L'anémie
- L'infection
- Les manœuvres obstétricales et les interventions éventuelles.[15]

1.5. Prise en charge de l'association fibrome et grossesse

1.5.1. Avant la grossesse

Le traitement chirurgical s'impose en cas de myome sous-muqueux.

Pour les myomes interstitiels, la conduite à tenir varie d'un praticien à un autre. Une myomectomie semble recommandée en cas de volumineux fibrome interstitiel, surtout s'il déforme la cavité utérine. Les myomes sous-séreux ne nécessitent pas de prise en charge dans la majorité des cas.

Cependant, la pratique d'une **myomectomie** comme prévention pré gravidique, doit prendre en compte le risque chirurgical et les complications de celle-ci.[13]

Elle peut :

- Réduire l'index de fécondabilité
- Favoriser une stérilité (adhérences, synéchies responsables d'infertilité et de fausses couches spontanées à répétition)
- Fragiliser l'utérus et être responsable de rupture utérine par fragilité de la cicatrice utérine (1 à 3 %).

Elle ne protège pas contre les récidives.

1.5.2. Au cours de la grossesse

L'échographie de début de grossesse est souvent l'occasion de découverte d'un fibrome asymptomatique, il faut savoir rassurer la patiente.

Le seul examen recommandé pour apprécier la taille, le nombre et la localisation des fibromes au cours de la grossesse est l'échographie. Cependant, cela ne justifie pas la réalisation d'échographies supplémentaires sauf si la position de ce fibrome est prævia ou implantée en

regard ou près du placenta. Dans ce cas une surveillance fœtale accrue sera recommandée. [13,14]

En cas de douleur, le diagnostic de nécrobiose aseptique doit être systématiquement évoqué.

Le repos est une mesure de bon sens qui doit être facilement proposée pour prévenir l'hypercontractilité.

Toute myomectomie est contre-indiquée pendant la grossesse, des indications opératoires exceptionnelles sont parfois réservées aux fibromes sous-séreux pédiculés en nécrobiose résistant au traitement médical. [13,18]

La voie d'accouchement est décidée en fonction des conditions obstétricales mais rien ne doit faire privilégier une césarienne si la présentation est céphalique et le fibrome non prævia.

1.5.3. Au cours de l'accouchement

Il ne diffère pas d'un accouchement normal.

Il faut être attentif à l'accommodation fœtale et à la dynamique utérine.

1.5.4. En cours de césarienne

Il est contre-indiqué de réaliser une myomectomie durant la césarienne en raison du risque hémorragique lorsqu'elle est réalisée sur utérus gravide. Les myomectomies réalisées doivent être de nécessité :

- Quand le siège du fibrome se trouve sur le segment inférieur
- S'il se trouve en position sous-séreuse et risque d'entraîner une torsion.

La femme doit être informée des possibilités d'hystérectomie en cas d'hémorragie avec mauvaise rétraction utérine. [13,18]

1.5.5. Après l'accouchement

Le risque d'hémorragie de la délivrance et du post-partum est corrélé à la taille des fibromes. Il faut inciter fortement à l'allaitement et à la prescription d'utéro-tonique afin d'améliorer la contraction utérine et la rétraction hémostatique de celui-ci. La survenue de douleur ou d'une légère fièvre doit faire évoquer une nécrobiose aseptique.

En cas de fièvre prolongée ou importante, une nécrobiose septique est à craindre, justifiant une réanimation lourde et pouvant conduire à une hystérectomie. La prévention du risque thromboembolique est conseillée. [13]

Nous avons pu voir comment les fibromes utérins pouvaient avoir une incidence sur les différentes étapes de la grossesse. Cependant, dans l'ensemble, les données de la littérature à ce sujet restent assez contradictoires. Observons les résultats que nous retrouvons au travers de l'étude qui suit.

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré du District de Bamako.

Ce service contient 44 lits répartis entre 7 salles d'hospitalisation.

Organisation du service de Gynéco-Obstétrique Gabriel Touré

- 8 Gynécologues obstétriciens dont 3 Professeurs, 2 maitres assistants et 3 attachés de recherche
- 30 Sages – femmes
- 3 Assistants médicaux
- 12 Infirmiers
- 6 Manceuvres
- 59 personnes au Total.

Organisation des tâches du service de gynécologie obstétrique

- Un bloc à froid qui fonctionne deux jours par semaine pour les interventions programmées.
- Un bloc pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales.
- Une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre heures.
- La consultation externe est assurée par les gynécologues, du lundi au vendredi.
- L'unité de dépistage des dysplasies cervicales et du cancer du col de l'utérus est fonctionnels cinq jours par semaine.
- Un staff se tient tous les jours du lundi au jeudi à huit heures pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués.
- Une visite quotidienne des malades hospitalisées est effectuée par les DES de gynécologie obstétriques sous la supervision d'un spécialiste.
- Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec un maitre-assistant gynécologue –obstétricien comme chef d'équipe.

2.2. Type et Période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive avec collecte rétrospective des données allant du 01 Janvier 2012 au 31 Décembre 2021 soit une période de 10 ans.

2.3. Population d'étude

Elle est constituée par les patientes venant pour une consultation Gynécologique ou obstétricale dans le service (consultation externe et en urgence).

2.4. Echantillonnage

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

Tous les cas de fibrome utérin associé à une grossesse pendant la période d'étude, ont été répertoriés.

2.4.1. Critères d'inclusion

Les patientes chez lesquelles le diagnostic du fibrome utérin associé à la grossesse a été posé, et ayant été prise en charge dans le service.

2.4.2. Critères de non-inclusion

- Les patientes n'ayant pas de grossesse sur fibrome utérin.
- Les patientes ayant l'association fibrome utérin et grossesse et qui n'ont pas été prise en charge dans le service.

2.5. Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir :

- Des registres de consultations
- Des dossiers des patientes
- Des comptes-rendus opératoires, en recherchant tous les cas de fibromes associés à la grossesse, l'accouchement ou le post-partum ;
- Du registre des soins après avortement.
- Du registre des urgences gynécologiques.

A partir de l'analyse d'une base de données incluant toutes les admissions au cours de la gravido-puerpéralité, dans le service, de la revue des dossiers obstétricaux et des registres de compte rendu opératoire, nous avons recherché tous les cas de fibromes associés à la grossesse, l'accouchement ou au post-partum.

Une proportion importante de fibromes diagnostiqués au cours de la prise en charge de l'avortement a été retrouvée dans le registre des soins après avortement.

2.6. Saisie et analyse des données

Les traitements de textes ont été réalisés sur le logiciel Microsoft Office Word 2007 pour la saisie et sur SPSS.12 pour l'analyse, des données.

2.7. Variables étudiées

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

- Age
- Profession
- Statut matrimonial
- Niveau d'étude
- Motif de consultation
- Antécédents Gynécologiques
- Antécédents Obstétricaux
- Antécédents Chirurgicaux
- Antécédents Médicaux
- Examen clinique
- Les résultats des examens complémentaires
- Le traitement
- Les complications
- Le pronostic.

III. RESULTATS

Pendant les 10 ans de notre étude, nous avons colligé 150 cas de fibrome utérin associé à la grossesse dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré du District de Bamako sur un ensemble desoit une fréquence de ...%

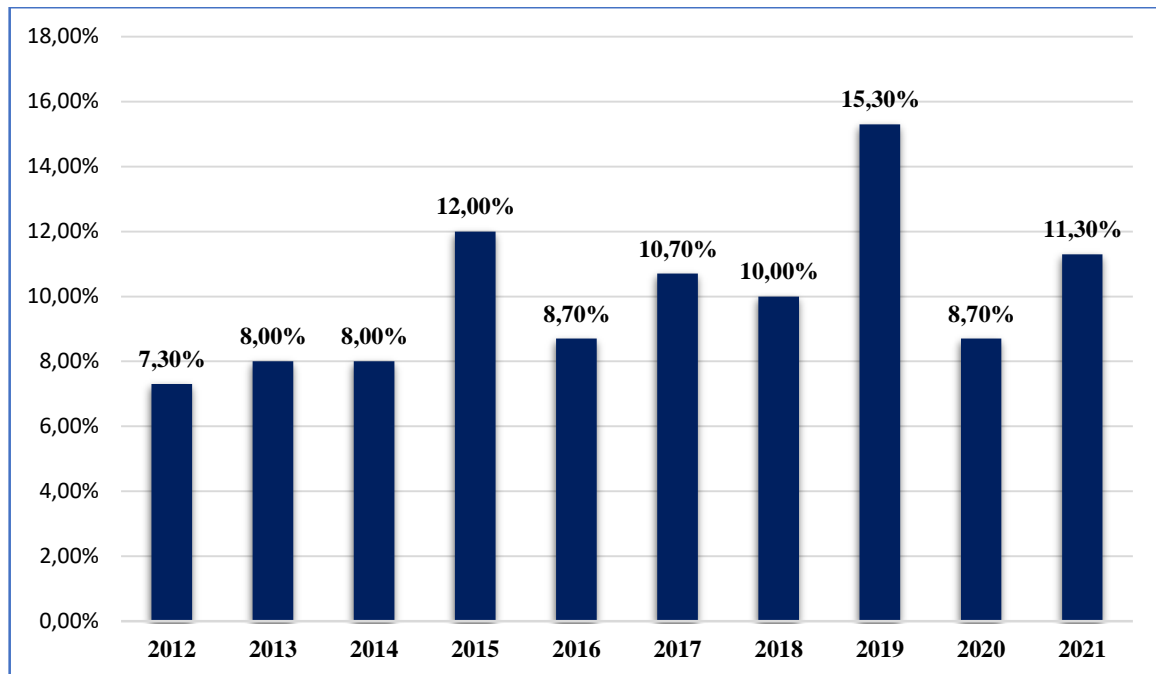


Figure 7 : Répartition des patientes selon les variables en année.

L'année 2019 a été représenté dans 15,3% des cas.

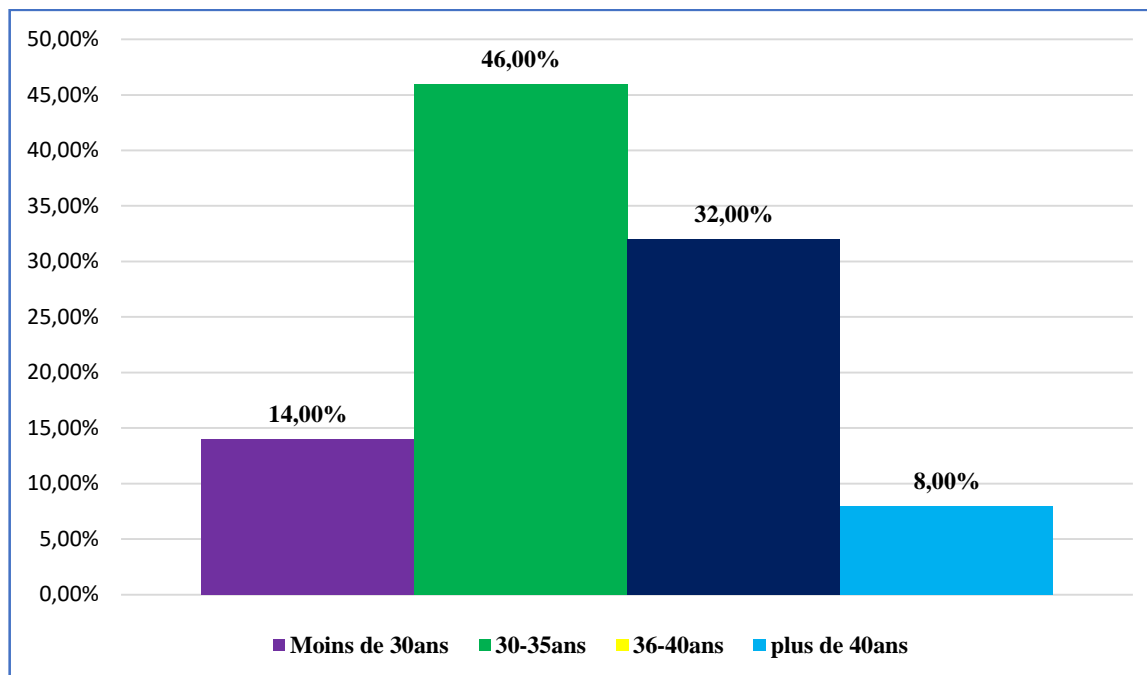


Figure 8 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

La majorité des patientes avait un âge compris entre 30 et 35 ans avec un taux de 46% des cas. L'âge moyen était de 31 ± 6 ans avec des extrêmes 17 ans et 43 ans.

Tableau I : Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation.

| Niveau de scolarisation | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------|------------|--------------|
| Non scolarisés | 57 | 38,00% |
| Primaire | 18 | 12,00% |
| Supérieur | 54 | 36,00% |
| Secondaire | 21 | 14,00% |
| Total | 150 | 100,0 |

La plupart des patientes était non scolarisée soit 38% des cas.

Tableau II : Répartition des patientes selon l'interprétation de l'indice de masse corporelles.

| Indice de masse corporelle (IMC) | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---|------------------|------------------------|
| Poids normal | 62 | 41,3 |
| Surpoids | 52 | 34,7 |
| Obésité | 36 | 24,0 |
| Total | 150 | 100,0 |

Nous avons enregistré 41,3% des cas de l'indice de masse corporelle normale.

Tableau III : Répartition des patientes selon le motif d'admission

| Motif d'admission | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------------|------------------|--------------------|
| Douleur abdominale et ou pelvienne | 57 | 38,0 |
| Douleur lombaire | 8 | 5,3 |
| Hémorragie | 22 | 14,7 |
| HU excessive | 5 | 3,3 |
| SFA | 10 | 6,7 |
| Présentation dystocique | 14 | 9,3 |
| Dystocie dynamique | 12 | 8,0 |
| Autres | 22 | 14,7 |
| Total | 150 | 100,0 |

La douleur abdominale et/ou pelvienne avait été retrouvé chez 38% des cas.

Tableau IV : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

| Antécédents médicaux | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|------------------|------------------------|
| Aucun | 104 | 69,33% |
| HTA | 24 | 16,00% |
| Asthme | 9 | 6,00% |
| Diabète | 8 | 5,33% |
| Drépanocytose | 4 | 2,67% |
| VIH | 1 | 0,67% |
| Total | 150 | 100,0 |

L'antécédent d'hypertension artérielle a été retrouvé dans 16,0% des cas suivi de l'asthme 6% et de diabète 5,3%.

Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

| Antécédents chirurgicaux | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| Aucun | 72 | 48,00% |
| Césarienne | 49 | 32,67% |
| Myomectomie | 21 | 14,00% |
| GEU | 5 | 3,33% |
| Cœlioscopie | 3 | 2,00% |
| Total | 150 | 100,0 |

L'antécédent de césarienne a été retrouvé chez 32,7% des cas suivi de myomectomie dans 14,0% des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la gestité.

| Gestité | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Primigeste | 54 | 36,00% |
| Paucigeste | 37 | 24,67% |
| Multigeste | 91 | 60,67% |
| Grande multigeste | 5 | 3,33% |
| Total | 150 | 100,0 |

Les multigestes ont représenté 60,67% des cas.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la parité.

| Parité | Effectifs | Pourcentage |
|---------------|------------------|--------------------|
| Nullipare | 34 | 22,67% |
| Primipare | 72 | 48,00% |
| Multipare | 44 | 29,33% |
| Total | 150 | 100,0 |

Les primipares ont représenté 48,0% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement.

| Antécédents d'avortement | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| Non | 60 | 40,0% |
| Oui | 90 | 60,0% |
| Total | 150 | 100,0 |

Nous avons noté 60% des cas d'avortements.

Tableau IX : Répartition des patientes selon la consultation prénatale (CPN).

| Nombre de CPN | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------|------------------|--------------------|
| 0 | 11 | 7,33% |
| 1 à 3 | 48 | 32,00% |
| ≥ 4 | 91 | 60,67% |
| Total | 150 | 100,0 |

La majorité des patientes avait fait plus de 4 consultations prénatales (CPN) soit 60,67% des cas.

Tableau X : Répartition des patientes selon l'auteur de la consultation prénatale (CPN).

| Auteur de la CPN | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Médecin généraliste | 50 | 33,3 |
| Obstétricien | 47 | 31,3 |
| Sage-femme | 41 | 27,3 |
| Non suivi | 11 | 7,3 |
| Infirmière | 1 | ,7 |
| Total | 150 | 100,0 |

La majorité des consultations prénatales ont été faites par les médecins généralistes soit 33,3% des cas.

Tableau XI : Répartition des patientes selon la tranche de l'âge gestationnel.

| Tranche de l'âge gestationnel | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------------------|------------------|------------------------|
| ≤ 12 SA | 55 | 36,7 |
| 13 – 27 SA | 4 | 4,2 |
| 28 – 31 SA | 10 | 10,5 |
| 32-33 SA | 1 | 1,1 |
| 34-36 SA | 8 | 8,4 |
| ≥ 37 SA | 72 | 75,8 |
| Total | 150 | 100,0 |

L'âge gestationnel était supérieur ou égal 37 semaines d'aménorrhée dans la majorité des cas soit 75,8%.

Tableau XII : Répartition des patientes selon la circonstance de découverte de la tumeur.

| Circonstance de découverte | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---|------------------|------------------------|
| Echographie du 1 ^{er} trimestre | 87 | 58,0 |
| Echographie du 2 ^{eme} trimestre | 18 | 12,0 |
| Examen obstétrical | 32 | 21,3 |
| Au cours de la césarienne | 13 | 8,7 |
| Total | 150 | 100,0 |

La tumeur était découverte par l'échographie du 1^{er} trimestre dans 58,0% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le nombre et la taille des fibromes.

| Fibromes | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------|------------------|------------------------|
| Nombre | N=150 | |
| Unique | 61 | 40,7 |
| Multiplés | 89 | 59,3 |
| Taille | N=150 | |
| < 6 cm | 67 | 44,7 |
| 6-10 cm | 74 | 49,3 |
| > 10 cm | 9 | 6,0 |

Les fibromes étaient multiples dans 59,3% des cas. La taille était de 7 à 10 cm dans 49,3%

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les variétés du fibrome par rapport aux différentes tuniques de l'utérus.

| Variété du fibrome / tuniques | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------------------|------------------|------------------------|
| Type 0-2 (sous muqueux) | 17 | 11,3 |
| Type 3-4 (interstitiels) | 76 | 50,7 |
| Types 5-7 (sous séreux) | 45 | 30,0 |
| Hybride (type 2-5) | 12 | 8,0 |
| Total | 150 | 100,0 |

Le fibrome de type 3-4 (interstitiels) était représenté dans 50,7% des cas.

Tableau XV : Répartition des patientes selon les variétés du fibrome par rapport l'utérus.

| Variété du fibrome/utérus | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--|------------------|------------------------|
| Fibrome du col | 3 | 2,0 |
| Fibrome de l'isthme | 37 | 24,7 |
| Fibrome du corps utérin | 98 | 65,3 |
| Fibrome de l'isthme et du corps utérin | 12 | 8,0 |
| Total | 150 | 100,0 |

Le fibrome du corps utérin était le fibrome le plus représenté soit 65,3% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'influence de la grossesse sur le fibrome.

| Influence de la grossesse sur le fibrome | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---|------------------|------------------------|
| Aucune | 116 | 77,3 |
| Hypertrophie | 15 | 10,0 |
| Calcification du fibrome | 9 | 6,0 |
| Nécrobiose aseptique | 9 | 6,0 |
| Torsion | 1 | 0,7 |
| Total | 150 | 100,0 |

L'hypertrophie avait été retrouvé chez 10% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'influence du fibrome sur la grossesse.

| Influence du fibrome sur la grossesse | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--|------------------|------------------------|
| Avortement | 55 | 36,7 |
| Aucune | 42 | 28,0 |
| Accouchement prématuré | 17 | 11,3 |
| Anomalies placentaires | 12 | 8,0 |
| Présentations dystociques | 11 | 7,3 |
| RCIU | 7 | 4,7 |
| RPM | 6 | 4,0 |
| Total | 150 | 100,0 |

L'avortement a été retrouvé chez 36,7% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les pathologies au cours de la grossesse.

| Pathologies au cours de la grossesse | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---|------------------|------------------------|
| Aucune | 56 | 37,3 |
| HTA | 30 | 20,0 |
| Anémie | 24 | 16,0 |
| Métrorragies | 19 | 12,7 |
| Infections urinaires | 15 | 10,0 |
| Infections génitales | 6 | 4,0 |
| Total | 150 | 100,0 |

Les pathologies au cours de la grossesse étaient principalement l'hypertension artérielle dans 20,0%, suivi de l'anémie dans 16,0% et de métrorragies chez 12,7% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la voie accouchement.

| Voie accouchement | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------|------------------|------------------------|
| Césarienne | 45 | 30,0 |
| Voie basse | 105 | 70,0 |
| Total | 150 | 100,0 |

La voie basse a été retrouvée dans 70% des cas.

Tableau XX : Répartition des patientes selon les indications de la césarienne.

| Indications de la césarienne | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-------------------------------------|------------------|------------------------|
| Fibrome prævia | 15 | 33,3 |
| Placenta prævia | 10 | 22,2 |
| Dilatation stationnaire | 7 | 15,6 |
| Présentation transverse | 4 | 8,9 |
| Souffrance fœtale aigue | 4 | 8,9 |
| Utérus cicatriciel | 3 | 6,7 |
| Sommet mal fléchi | 2 | 4,4 |
| Total | 45 | 100,0 |

Le fibrome prævia a été retrouvé dans 33,3% des cas.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon les complications des suites de couches.

| Complications des suites de couches | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--|------------------|------------------------|
| Aucune | 106 | 70,7 |
| Anémie | 16 | 10,7 |
| HPPI | 13 | 8,7 |
| Nécrobiose aseptique | 9 | 6,0 |
| Endométrite | 6 | 4,0 |
| Total | 150 | 100,0 |

L'anémie a été signalé dans 10,7% des ca

Nouveau-né

Tableau XXII : Répartition des nouveaux nés selon le poids du nouveau-né

| Tranche du poids | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-------------------------|------------------|------------------------|
| < 1000g | 55 | 36,7 |
| 1000-1500g | 10 | 6,7 |
| 1500-2000g | 14 | 9,3 |
| 2000-2500g | 11 | 7,3 |
| > 2500g | 60 | 40,0 |
| Total | 150 | 100,0 |

La majorité des nouveaux nés avaient plus de 2500g soit 40,0% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des nouveaux nés selon les pathologies.

| Pathologies | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------|------------------|------------------------|
| Prématurité | 17 | 17,9 |
| Hypotrophie | 8 | 8,4 |

La prématurité a été noté dans 17,9% des cas et l'hypotrophie dans 8,4% des cas.

: Pr TRAORE Youssouf

: Pr KANTE Ibrahim

: Pr FANE Seydou

: Pr KOUMA Aminata

Tableau XXIV : Répartition des nouveaux nés selon le type de prématurité.

| Type de prématurité | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|-----------|-----------------|
| Extrême prématurité (28-31) | 12 | 70,6 |
| Moyenne prématurité (34-36) | 4 | 23,5 |
| Grande prématurité (32-33) | 1 | 5,9 |

L'extrême prématurité (28-31) était retrouvée dans 70,6% des cas.

Tableau XXV : Répartition des nouveaux nés selon la réanimation.

| Nouveaux nés réanimés | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------|-----------|-----------------|
| Oui | 14 | 9,33% |
| Non | 81 | 90,67% |
| Total | 95 | 63,3 |

Les nouveaux nés étaient réanimés dans 9,33% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des nouveaux nés selon l'Apgar à la 1 minute.

| Apgar à 1 mn. | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---------------|-----------|-----------------|
| ≤ 7 | 14 | 9,33% |
| > 7 | 81 | 90,67% |
| Total | 95 | 100,0 |

Le score d'Apgar à une (1) minute était coté à plus de 7 dans 90,67% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des nouveaux nés selon l'Apgar à la 10 minute.

| Apgar à 10 mn. | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------|------------------|------------------------|
| ≤ 7 | 5 | 3,33% |
| > 7 | 145 | 96,67% |
| Total | 150 | 100,0 |

Le score d'Apgar à dix (10) minute était à 10 dans 89,5% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des nouveaux nés selon leur état.

| Etat des nouveaux nés | Effectifs | Pourcentage (%) |
|------------------------------|------------------|------------------------|
| Vivant | 136 | 90,7 |
| Décédé | 8 | 5,3 |
| Mort apparente | 4 | 2,7 |
| Mort-né frais | 2 | 1,3 |
| Total | 150 | 100,0 |

Nous avons enregistré 90,7% des cas de nouveau-nés vivants et 5,3% des cas de décès.

Traitement

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

| Type de traitement | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-------------------------------|------------------|------------------------|
| Traitement médical | 55 | 36,7 |
| Traitement médico-chirurgical | 43 | 28,7 |
| Abstention thérapeutique | 31 | 20,7 |
| Traitement chirurgical | 21 | 14,0 |
| Total | 150 | 100,0 |

Le traitement médical a été retrouvé chez 36,7% des cas.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la cause d'abstention thérapeutique

| Cause Abstention thérapeutique | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Absence de trouble fonctionnel | 20 | 64,5 |
| Petit fibrome | 11 | 35,5 |
| Total | 31 | 100,0 |

L'absence de trouble fonctionnel a été trouvé dans 64,5% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les moyens chirurgicaux.

| Moyens chirurgicaux | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---------------------|-----------|-----------------|
| Césarienne | 38 | 57,6% |
| AMIU | 21 | 31,8% |
| Myomectomie | 7 | 10,6% |
| Total | 66 | 100,0 |

La césarienne était le principal moyen chirurgical avec 57,6% des cas.

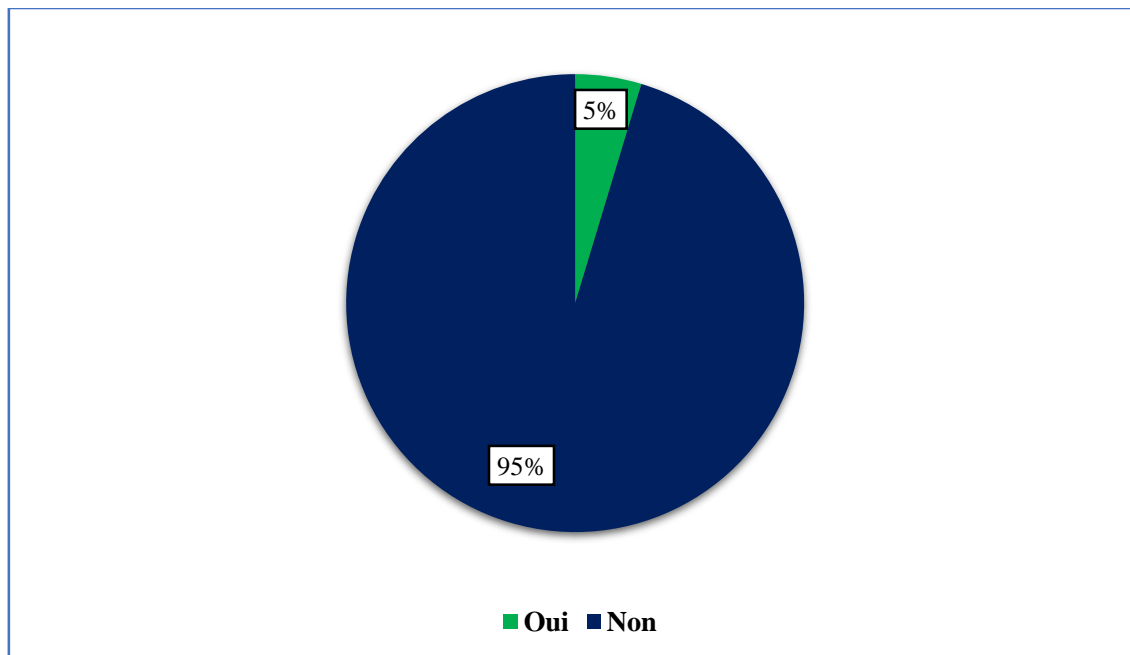


Figure 9 : Répartition des patientes selon la myomectomie

La myomectomie avait été réalisée dans 5% des cas.

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon le traitement médical.

| Traitement médical | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------|-----------|-----------------|
| Antibiotiques | 44 | 29,3 |
| Antalgique | 43 | 28,7 |
| Antispasmodiques | 27 | 18,0 |

L'antibiothérapie a été réalisée dans 29,3% des cas.

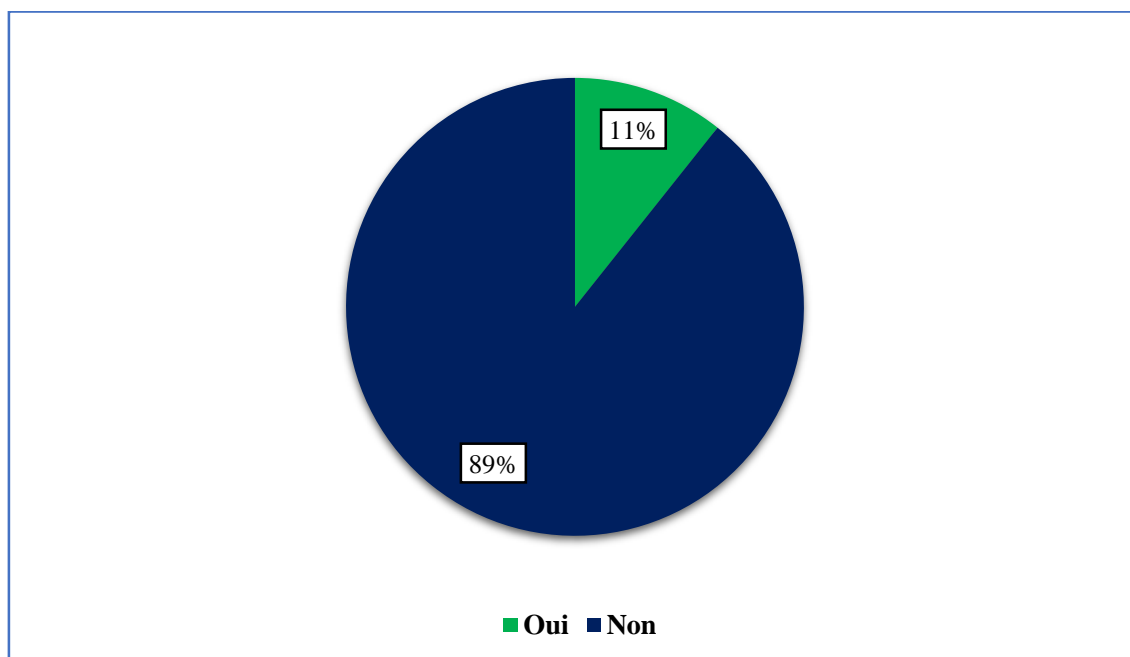


Figure 10 : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine.

La transfusion sanguine a été réalisée chez 11% des patientes.

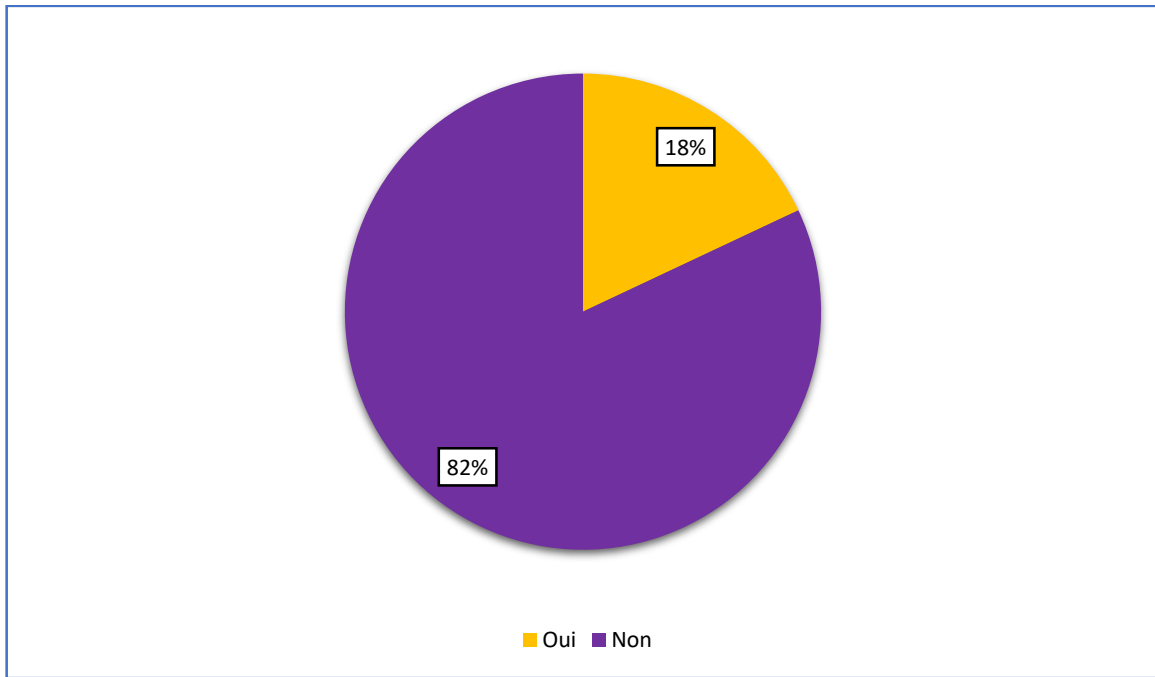


Figure 11 : Répartition des patientes selon le traitement martial.
 Le traitement martial a été effectué dans 18% des cas.

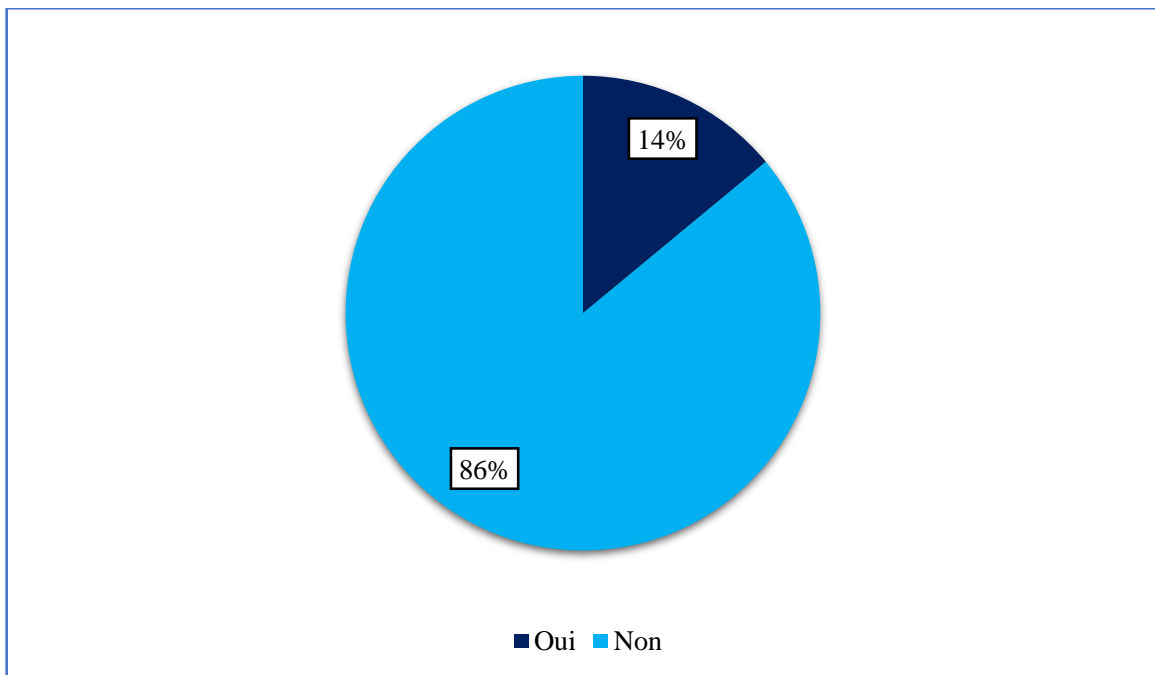


Figure 12 : Répartition des patientes selon l'utilisation des prostaglandines.
 Les prostaglandines ont été utilisées dans 14% des cas.

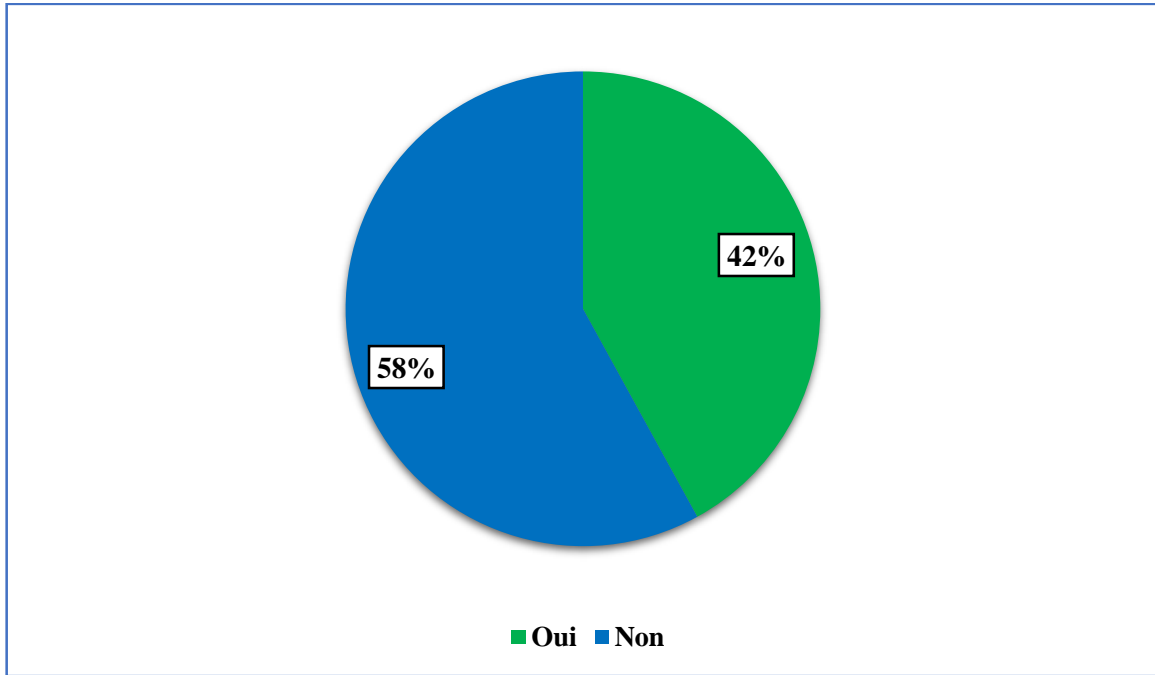


Figure 13 : Répartition des patientes selon l'utilisation de l'ocytocine.
L'ocytocine a été utilisé dans 42% des cas.

IV. DISCUSSIONS

4.1. Méthodologie

Pendant notre période d'étude nous mené une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective sur 150 cas de fibrome utérin associé à la grossesse dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré du District de Bamako. Elle s'est déroulée du 01 Janvier 2012 au 31 Décembre 2021 soit une période de 10 ans.

4.2. Fréquence

Dans notre étude la fréquence de fibrome utérin associé à la grossesse était de 15,3% en 2019. Ce taux est Camélia MT et al [24] qui rapporté une fréquence de 0,75% dans leur étude basée sur les fibromes utérins et grossesse en 2022 en Roumanie. Une prévalence de 0,34% de fibrome associée à une grossesse avait été apporter dans l'étude de Noémie DM.[25] dans son étude portant sur l'association fibrome et grossesse Nancy en 2010. Cette augmentation de fréquence de la coexistence d'un fibrome et d'une grossesse pourrait s'expliqué d'une part par le désir tardif d'enfant chez les femmes et d'autre part par le fait de l'allongement de l'âge à la première grossesse (actuellement proche de 30 ans).

4.3. Age

La majorité des patientes avait un âge compris entre 30 et 35 ans avec un taux de 46% des cas. L'âge moyen était de 31 ± 6 ans avec des extrêmes 17 ans et 43 ans. Ce résultat est comparable à celui de Camélia MT et al [24] qui ont trouvé un âge moyen de $34,5 \pm 4,2$ ans. De même Noémie DM.[25] a trouvé un âge moyen de 33,40 ans. Au Maroc en 2020 Kenza R [26]. a trouvé un âge moyen de 23 ans avec des extrêmes de 20 et 38 ans dans étude basée sur Association utérus myxomateux et grossesse. Selon la littérature qui indiquent que la distribution des fibromes chez les femmes enceintes augmente au-delà de 35 ans et que la présence de fibromes chez les femmes très jeunes peut être corrélée à une forte histoire familiale [27].

4.4. Parité

Dans notre étude les primipares ont représenté 48,0% des cas. Ce résultat est différent à celui de Noémie DM [25] qui a apporté une proportion de 60,8% de primipares, 24% de deuxième pare, et 15,2% de troisième pare et plus. Kenza R [26] a enregistré 43,75% des cas de primipares et les pauci pares dans son étude. Il a été révéler dans plusieurs études que la nullipare joue un rôle important dans l'étiologie des fibromes et que la multiparité joue un rôle protecteur en remodelant les tissus utérins [28].

4.5. Indice de masse corporelle (IMC)

Nous avons enregistré 24% des cas d'obésité. Noémie DM [25] a révélé un taux de 21,5% de cas d'obésité et 15,2% des cas de surpoids. Camélia MT et al [24] ont signalé 19,3% des cas d'obésité au cours de leur étude. Ce même constat avait été fait par Kenza R [26] qui a rapporté une proportion de 37,5% des cas d'obésité dans son étude. Selon la littérature, une possible contribution du métabolisme des œstrogènes chez ces femmes obèses peut être impliquée dans la croissance des fibromes [29].

4.6. Âge gestationnel

L'âge gestationnel était supérieur ou égal 37 semaines d'aménorrhée dans la majorité des cas soit 48%. Noémie DM [25] a apporté un âge gestationnel moyen de 36 SA et 5 jours, avec des extrêmes allant de 24 SA à 41 SA et 3 jours.

4.7. Caractéristiques du fibrome

- Circonstance de découverte

La tumeur était découverte par l'échographie du 1^{er} trimestre dans 58,0% des cas. Noémie DM [25] qui a trouvé 65,2% des cas de fibromes au cours de l'échographie du premier trimestre 26,1% ont été diagnostiqués au cours du deuxième trimestre, et seulement 4,3% dans le dernier trimestre.

- Nombre de fibromes

Les fibromes étaient multiples dans 59,3% des cas. Ce résultat est différent à ceux de Camélia MT et al [24] qui ont rapporté une proportion de 73,7% des cas de fibrome unique dans leur étude en 2022. De même Noémie DM [25] qui avait enregistré 57% des cas de fibromes uniques au cours de son étude. le nombre de fibrome variait entre 3 et 8 avec un nombre moyen de 4 fibromes avait été révélé par Kenza R [26] dans son étude en 2020.

- Taille de fibromes

La taille était de 7 à 10 cm dans 49,3%. Une taille moyenne de 4mm avait été trouvé par Kenza R [26] en 2020. Dans l'étude de Noémie DM [25], les fibromes de moins 6 cm ont été retrouvé dans 60,7% des cas et les gros fibromes (de 6 à 10 cm) ont représenté 22,2% des cas.

- Localisation du fibrome

Le fibrome du corps utérin a été trouvé chez 65,3% des cas. Kenza R [26] en 2020 a enregistré une proportion de 68,75% de localisation corporelle et 12,5% des cas de isthmique. Camélia MT et al [24] a noté 50,87% des cas de localisation au niveau de la paroi utérine antérieure. Selon la littérature les fibromes sous muqueux en regard de l'insertion placentaire

augmentent le risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU) (14 % versus 6,6 %) et d'hématome rétro placentaire (HRP) (3,2 % versus 1,3 %) [30]. La localisation du myome doit être prise en considération ; ainsi les myomes sous muqueux peuvent provoquer des altérations endométriales mécaniques, vasculaires et induire des altérations du stroma comme une atrophie ou une ulcération réduisant les chances de développement placentaire.

- Influence de la grossesse sur le fibrome.

L'hypertrophie avait été retrouvé chez 10% des cas. une augmentation de la taille du fibrome avait été signaler dans 95,9% des cas au cours de l'étude de Henry Hillel [31] en 2019 . Kenza R [26] en 2020 a trouvé une augmentation de la taille du fibrome dans tous 100% des cas. Camélia MT et al [24] ont révélé une diminution de la taille du fibrome au troisième par rapport au premier trimestre et certains cas sont restés constants en taille pendant la grossesse.

- Influence du fibrome sur la grossesse

L'avortement a été retrouvé chez 36,7% des cas et l'accouchement prématuré 11,3% des cas. Kenza R [26] a noté une proportion de 6,25% des cas d'avortement dans leur étude et 18,75% des cas de menace d'accouchement prématuré. La présence de fibrome utérin au cours de la grossesse expose la patiente à un grand risque de menace de menace d'accouchement prématuré et d'accouchement prématuré (16,1% vs 8,7% et 16% contre 10,8%, respectivement [26]. Le mécanisme par lequel les fibromes provoquent un avortement spontané n'est pas clair. L'irritabilité et la contractilité utérine accrue, l'effet compressif des fibromes et l'atteinte de l'apport sanguin du placenta et du fœtus en développement ont tous été mis en cause [32].

4.8. Voie accouchement

Dans notre étude la voie basse a été retrouvé dans 70% des cas et la césarienne dans 30% des cas. Kenza R [26] a trouvé un taux de 68,75% des cas d'accouchement par voie basse. Contrairement à Noémie DM [25] qui a enregistré 60,3% des cas de césarienne dans son étude. L'augmentation du taux de césarienne s'expliquerait par une augmentation de dystocies mécanique et dynamique, d'utérus cicatriciel par présence myomectomies antérieurs et par la présence de fibromes volumineux isthmiques empêchant la voie basse.

4.9. Indications de la césarienne

Le fibrome prævia a été retrouvé dans 33,3% des cas suivi de Placenta prævia dans 22,2% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Kenza R [26] qui a apporté 15,25% des cas de

myomes préavis comme indication de la césarienne dans son étude. Camélia MT et al [24] ont rapporté 42,86% des cas de fibromes prævia comme indication de la césarienne. Il a été démontré une association significative [OR= 2.21, IC à 95% (1.48, 2.94) entre léiomyome et placenta prævia[26].

4.10. Complications des suites de couches

L'anémie avait été signalé dans 10,7% des cas suivi de l'hémorragie du post partum immédiate dans 8,7% des cas nécrobiose aseptique dans 6,0%. Une proportion de 3,13% des cas d'hémorragie du postpartum avait été rapporter par Kenza R [26] dans son étude. Noémie DM [25] a trouvé 17,7% des cas de nécrobiose aseptique. Femmes atteintes de fibromes pendant la grossesse présentent des taux plus élevés d'accouchement par césarienne primaire et courent un risque important d'augmentation de la perte de sang au moment de l'accouchement. (58)

4.11. Nouveau-né

Dans notre étude la majorité des nouveaux nés avaient plus de 2500g soit 90,7% des cas. Ce résultat est superposable à celui de Kenza R [26] qui trouvé un taux de 59% des nouveau-nés ayant un poids normal et 31,25% des cas d'hypotrophie dans son étude. Noémie DM [25] a signalé un poids moyen de 3300 gramme dans son étude. Au cours de notre étude la prématurité était de type extrême dans (28-31SA) dans 70,6% des cas. Nous avons enregistré 85,3% des cas de nouveau-nés vivants et 8,4% des cas de décès.

4.12. Traitement

Dans notre étude la césarienne était le principal moyen chirurgical avec 57,6% des cas. L'antibiothérapie a été réalisé dans 29,3% des cas. La transfusion sanguine a été réalisée chez 11% des patientes. Les prostaglandines ont été utilisées dans 14% des cas et L'ocytocine dans 42% des cas.

CONCLUSION

A l'issue de cette étude nous avons remarqué une augmentation de la fréquence de l'association et grossesse soit ...% avec un âge moyen de 31 ± 6 ans et la majorité était non scolarisée. La douleur abdominale et/ou pelvienne était le motif d'admission dans la plupart de cas. Les fibromes étaient uniques avec une taille comprise entre 60 et 10 cm. l'évolution du fibrome par rapport à la grossesse était marquée par une hypertrophie du myome et l'avortement comme influence du fibrome sur la grossesse. L'accouchement était effectué par la voie basse. La majorité des nouveaux nés avaient plus de 2500g et vivants.

RECOMMANDATIONS

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

Aux autorités

- Assurer la formation des spécialistes en gynécologie obstétrique.
- Améliorer le plateau technique qualité.
- Elaborer des campagnes de sensibilisation des femmes afin qu'elles puissent se faire consulter à temps par des gynécologues – obstétriciens.

Aux prestataires :

- Rechercher systématiquement le fibrome chez toutes les patientes en consultation.
- Informer les patientes sur leur pathologie de façon simple sans créer une situation de panique.
- Encourager les parturientes à suivre les consultations prénatales.

A la population :

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

REFERENCES

1. Nourechouda C, Abbassia D. Profil épidémiologique des fibromes utérins dans la région de Sidi Bel Abbas, Algérie. *Pan African Medical Journal*. 2013; 15:7. doi:10.11604/pamj.2013.15.7.2690.
2. Cramer SF, Patel A. La fréquence des léiomyomes utérins. *Suis J Clin Pathol*. 1990 ; 94 : 435–438. doi : 10.1093/ajcp/94.4.435. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
3. Poovathi M, RR maternelle. Résultat fœtal dans la grossesse avec des fibromes : une étude prospective. *Int J Sci Goujon*. 2016 ; 3 (11):169–172. [Google Scholar].
4. Lee HJ, Norwitw ER, Shaw J. Gestion contemporaine des fibromes pendant la grossesse. *Rev Obstet Gynécol*. 2010 ; 3 (1):20–27. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar].
5. Walker CL, Stewart EA. Uterine fibroids: the elephant in the room. *Science*. 2005;308:1589–1592. [PubMed] [Google Scholar].
6. Kamina P., *Petit bassin et périnée : organes génitaux – Tome 2*. Paris : Maloine ; 1995. 156 p.
7. Bergeron C. Histologie et physiologie de l'endomètre normal. *Encycl. Med. Chir, Gynécologie*, 31-L-10,2006.
8. Elaine N, Katja H. *Anatomie et Physiologie Humaines*. 8ème édition. Paris .2010.
9. Touré OD. A propos de 100 cas de fibromes utérins à l'hôpital national du Point «G». Thèse Med, Bamako, 1992, N°35.
10. Fernandez H, Gervaise A, De Tayrac R. Fibromes utérins. *Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS)*, 570-A-10, 2002; 22p.
11. Islam M. S., Ciavattini A., Petraglia F., Castellucci M., Ciarmela P. Extracellular matrix in uterine leiomyoma pathogenesis: a potential target for future therapeutics. *Human Reproduction Update* . 2018 Jan 1;24(1):59–85. doi: 10.1093/humupd/dmx032. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
12. Day Baird D, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003;188:100.
13. Lopes P, Thibaud S, Simonnet R, Boudineau M. Recommandations pour la pratique clinique. Fibrome et grossesse : quels sont les risques ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1999 ; 28 : 772-777.
14. AFSSAPS, Fernandez H, Azoulay C, Rostoker G. Recommandation de bonne pratique. Argumentaire. Les traitements médicamenteux du fibrome utérin. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Masson, Paris)*. 2005; 34: 360-405.
15. Abbara A. (page consultée le 26/09/09). Fibromes utérins, [en ligne]. http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/fibromes.html.

16. Wang S. Y., Xue Q., Zhou Y. F., Yin L. [Effects of metformin on the expression of estrogen synthetase and ER mRNA in uterine leiomyoma tissues] *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* . 2019 Apr 25;54(4):249–254. doi: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2019.04.007. Chinese. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
17. Giri A., Edwards T. L., Hartmann K. E., et al. African genetic ancestry interacts with body mass index to modify risk for uterine fibroids. *PLoS Genetics*. 2017 Jul 17;13(7): p. e1006871. doi: 10.1371/journal.pgen.1006871. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
18. CNGOF. Recommandations pour la pratique Clinique : Prise en charge des fibromes utérins. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1999; 28: 778-779.
19. Bukulmez O, Doody KJ. Clinical features of myomas. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006 ; 33 : 69-84.
20. ULP. Fibrome (Strasbourg), Cours de Médecine Module De La Conception à la Naissance, 2004-2005 ; 200-204.
21. Ouyang DW, Economy KE, Norwitz ER. Obstetric complications of fibroids. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006 ; 33 : 153-169.
22. Rayburn WF. Myomas. *Obstet Gynecol Clin N Am* (Elsevier). 2006 ; 33 : 15-16.
23. Chauveaud-Lambling A, Fernandez H. Fibrome et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2004; 30: 750-761.
24. Camelia MT , Ludmila Lozneau , Ștefan Dragoș Țîrnovanu , Vlad Gabriel Țîrnovanu , Mircea Onofriescu et al. Fibromes utérins et grossesse : un examen des défis d’une institution roumaine de niveau tertiaire. *Santé (Bâle)*. 2022 mai ; 10(5): 855. doi: 10.3390/healthcare10050855.
25. Noémie DM. L’association Fibrome et grossesse : à propos de 79 cas relevés à la Maternité Régionale de Nancy, entre Janvier 2002 à Décembre 2008. [Mémoire de méd.], 2010, p93.
26. Kenza R. Association utérus myxomateux et grossesse (à propos de 32 cas),Faculté de médecine,Rabat,2020,N°27,134p.
27. Al-Hendy A., Myers E.R., Stewart E. Uterine Fibroids: Burden and Unmet Medical Need. *Semin. Reprod. Med*. 2017;35:473–480. doi: 10.1055/s-0037-1607264. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
28. O’Sullivan M., Overton C. Tailor Management to the Patient with Fibroids. *Practitioner*. 2017;261:19–22. [PubMed] [Google Scholar].
29. Fernandez H, Gervaise A, De Tayrac R. Fibromes utérins. *Encycl Med Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), 570-A-10, 2002; 22p.
30. Zeghal Dorra, Ayachi Amira, Mahjoub Sami, Boulahya Ghassen, Zakraoui Aymen, Ben Hmid Rim et al. Fibrome et grossesse : les complications. *Tunisie Medicale* - 2012 ; 90 (4) : 286-290.

31. Henry Hillel Chill, Gilad Karavani, Talya Rachmani, Uri Dior, Ofer Tadmor,2 and Asher Shushan, Henry Hillel Chill. Growth pattern of uterine leiomyoma along pregnancy. BMC Womens Health. 2019; 19: 100. doi: 10.1186/s12905-019-0803-5.
32. Shozu M, Murakami K, Inoue M. Aromatase et le léiomyome de l'utérus. Séminaires en médecine de la reproduction. 2004 ; 22 : 51-60.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Année :

I. Profil :

Q1 - Nom :

Q2 - Prénom :

Q3 - Age :

Moins de 30ans

Entre 36 - 40ans

Entre 30-35ans

Plus de 40ans

Q4 - Niveau d'instruction :

1= Non scolarisée

5= Indéterminé

2= Primaire

3= Secondaire

4= Supérieure

II. ATCD :

Q5 – obstétricaux :

1- Gestité /____/

2- Parité /____/

3- Enfants vivants /____/

4- Enfants décédés /____/

5- Avortement /____/

6- Accouchement prématuré : a. Oui b. Non

7- Autres :...

Q6 - Antécédents médicaux :

1 -Diabète

5 - Asthmatique

2 - HTA

6-Aucun

3 - HIV

7 - autres à préciser

4 - Drépanocytoses

Q7 antécédents chirurgicaux :

1 - Césarienne

4 - Cure de prolapsus

2 - Myomectomie

5 - GEU

3 - Plastie tubaire

6 - Autres à préciser :

III. Consultation prénatale :

Q-8 Nombre de CPN=

Q-9Qualificationde l'auteur de la CPN :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 – Infirmière | <input type="checkbox"/> 3 - Médecin généraliste |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sage-femme | <input type="checkbox"/> 4 - Obstétricien |
| <input type="checkbox"/> 5 – Autres à préciser | |

Q-10Anomalies au cours de la grossesse :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 – Aucune | <input type="checkbox"/> 6- Infection à VIH |
| <input type="checkbox"/> 2 - Infections urinaires | <input type="checkbox"/> 7- HTA/pré éclampsie |
| <input type="checkbox"/> 3- Infections génitales | <input type="checkbox"/> 8-Ménace d'accouchement prématuré |
| <input type="checkbox"/> 4- Anémie | |
| <input type="checkbox"/> 5- Métrorragies | |
| <input type="checkbox"/> 9- Autres à préciser | |

V. Examen à l'admission :

Q-11 Mode d'admission :

- 1-venue d'elle-même
- 2-Référée
- 3-Evacuée

Q-12motifs d'admission :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Douleurs abdomino-pelviennes | <input type="checkbox"/> 5- dilatation stationnaire |
| <input type="checkbox"/> 2– Douleur lombaire | <input type="checkbox"/> 6 -SFA |
| <input type="checkbox"/> 3– hémorragie génitale | <input type="checkbox"/> 7 - présentation dystocique |
| <input type="checkbox"/> 4 - HU excessive | |
| <input type="checkbox"/> 8 - Autres..... | |

IV.1-Examen général :

Q13 muqueuses :

- 1 - colorées
- 2 - pales
- 3 – ictériques

Q14 pression artérielle :

- 1 - < 100/60 mm hg
- 2 - 100/60-130/80mmhg
- 3 - >130/80mmhg.

Q15IMC :

- 1 - Maigreur
- 2 - Normale
- 3 - Excès de poids
- 4- Obésité

Q16 Température :

- 1 -< ou = 37 C
- 2 -> 37 C

IV.2.Examen obstétrical :

Q- 17Age gestationnel :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1= < ou = 12 SA (avortementprécoce) | <input type="checkbox"/> 4= 33 – 34 SA(grande prématurité) |
| <input type="checkbox"/> 2= 13 – 27 SA(avortement tardif) | <input type="checkbox"/> 5= < ou = 36 SA(moyenne prématurité) |
| <input type="checkbox"/> 3= 28 – 32 SA(extrême prématurité) | |

Q-18 Présentation :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 – sommet | <input type="checkbox"/> 4– transverse |
| <input type="checkbox"/> 2 – sommet mal fléchi | <input type="checkbox"/> 5-Autres : ...(face) |
| <input type="checkbox"/> 3 – siège | |

Q-19Phase du Travail à l'admission :

- 1 – non en travail
- 2- Phase de latence
- 3- Phase active

Q-20 Existence de métrorragies à l'admission :

- 1 – oui 2 – non

V. Caractéristiques des fibromes

Q-21 Le nombre :

- 1=Unique 2=multiple

Q-22 Variété de fibrome selon la taille en cm :

- 1= < 6cm 3= > 10.
 2= 6-10cm

Q-23 Variété du fibrome par rapport aux différentes tuniques de l'utérus :

- 1-sous muqueux 4-pédiculé
 2- Interstitiel 5-Sessile
 3-sous séreux

Q-24 Variété du fibrome par rapport à l'utérus :

- 1=Fibrome du col
 2=Fibrome de l'isthme
 3=Fibrome du corps utérin.

VI Q25- Influence de la grossesse sur le fibrome

- Aucune Hypertrophie
 Torsion Nécrobiose aseptique
 Calcification du fibrome

VII - Influence du fibrome sur la grossesse

VII-1- Q26- Au cours de la grossesse

- 1- Aucune
 2- RCIU
 3- RPM
 4- Anomalies d'insertion placentaires
 5- Avortement :

- Oui
- Non

Q27- Si oui à quel terme

- 6- Accouchement prématuré :

Q28- Si oui à quel terme

- Oui
- Non

Q29 - Prise en charge des complications au cours de la grossesse :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - AMIU | <input type="checkbox"/> 5-Maturationpulmonaire |
| <input type="checkbox"/> 2 - Ocytocine | <input type="checkbox"/> 6 - Fer |
| <input type="checkbox"/> 3 – Transfusion | <input type="checkbox"/> 7- Misoprostol |
| <input type="checkbox"/> 4 – Antalgique | <input type="checkbox"/> 8-Antibiotique |

VII.2- Au cours de l'accouchement

Q-30 voie d'accouchement :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1- Voie basse | <input type="checkbox"/> 2- césarienne |
|--|--|

Q-31 Indications de la césarienne :

- 1- Présentation transverse
- 2- placenta prævia
- 3 – Fibrome prævia
- 4- souffrance fœtale aigue
- 5-Sommet mal fléchi
- 6- dilatation stationnaire
- Utérus cicatriciel (ATCD de myomectomie avec effraction de la cavité)

- Autres =.....

Q32- Myomectomie au cours de la césarienne :

- 1- Oui
- 2- non

VII.3- Q33-complications maternelles des Suites de couches

- 1- HPPI
- 2- Endométrite
- 3- Nécrobiose septique
- 4-Anémie
- 5-Thrombophlébite
- 6-Torsion
- 7- Aucune

Q34- Causes d'HPPI :

- 1- Rétention placentaire
- 2-atonie utérine

Q35- Prise en charge des complications

des suites de couches :

- 1=Antibiotique
- 2=Antalgique
- 3= Transfusion
- 4= Fer
- 5= Misoprostol

IX- Traitement :

Q36- types de traitement

- 1-Abstention thérapeutique
- 2-Traitement médical
- 3-Traitement chirurgical

Q37 -cause Abstention thérapeutique :

- 1=Absence de trouble fonctionnel
- 2=Petit fibrome
- 3= Autres (à préciser)

X-Nouveau-né

Q38- Etat du nouveau-né :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vivant | <input type="checkbox"/> Mort-né macéré |
| <input type="checkbox"/> Mort apparente | <input type="checkbox"/> Décédé |
| <input type="checkbox"/> Mort-né frais | |

Q39-score d'Apgar :

Q40-poids :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1= Moins de 1000g | <input type="checkbox"/> 4=Entre [2000-2500g[|
| <input type="checkbox"/> 2=Entre [1000-1500g[| <input type="checkbox"/> 5=Plus de 2500g |
| <input type="checkbox"/> 3=Entre [1500-2000g[| |