

DIRECTION NATIONALE DES ENSEIGNEMENTS  
SUPERIEURS ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE

Année 1985-1986

n° 19

A PROPOS DE 100 CAS DE FIBROMES UTERINS  
A L'HOPITAL GABRIEL TOURE, L'HOPITAL DU POINT-G,  
A LA PMI CENTRALE ET A LA MATERNITE D'HAMDALLAYE

# THESE

Présentée pour l'obtention du Diplôme d'Etat  
de Docteur en Médecine

Par

Mahamane TRAORE

(né le 4 Décembre 1947 à Mopti)

## EXAMINATEURS

**PRESIDENT**

PROFESSEUR BOCAR SALL

**MEMBRES**

PROFESSEUR MAMADOU LAMINE TRAORE

DOCTEUR SALIF DIAKITE

DOCTEUR MASSAOULE SAMAKE

**DIRECTEUR DE THESE**

DOCTEUR MASSAOULE SAMAKE

**SOUTENU PUBLIQUEMENT**

LE ..... DECEMBRE 1986



ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1984 - 1985

-----

Directeur .....	Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint.....	Professeur Bocar SALL
Conseiller Technique .....	Professeur Philippe RANQUE
Secrétaire Général.....	Monsieur Demba DOUCOURE
Economiste .....	Monsieur Philippe SAYE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Docteur MILLIET .....	O.R.L.
Professeur Francis MIRANDA .....	BIOCHIMIE
Professeur Alain GERAULT.....	BIOCHIMIE
Professeur Michel QUILICI.....	Immunologie
Docteur François ROMX .....	BIOPHYSIQUE
Professeur Humbert GIONO-BARBER.....	PHARMACODYNAMIE
Professeur Oumar SYLLA .....	PHARMACIE CHIMIQUE
Docteur Jean REYNIER.....	PHARMACIE GALENIQUE
Docteur Mlle. Marie Hélène ROCHAT.....	PHARMACIE GALENIQUE
Docteur Guy BECHIS .....	BIOCHIMIE
Docteur Mme. GIONO-Paulette BARBER.....	ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE HUMAINES
Monsieur El Hadj Maktar WADE.....	BIBLIOGRAPHIE

PROFESSEURS RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA .....	OPHTALMOLOGIE
Professeur Bocar SALL.....	ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
Professeur Philippe RANQUE .....	PARASITOLOGIE
Professeur Mamadou DEMBELE .....	CHIRURGIE GEN ERALE
Professeur Souleymane SANGARE.....	PNEUMO-PHTISIOLOGIE
Professeur AG-RHALY.....	MEDECINE INTERNE
Professeur Aly GUINDO.....	GASTRO-ENTEROLOGIE
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE.....	CARDIOLOGIE
Professeur Yaya FOFANA .....	HEMATOLOGIE
Professeur Mamadou MAIGA .....	NEPHROLOGIE
Professeur Mamadou Lamine TRAORE.....	CHIRURGIE GENERALE MEDECINE LEGALE
Professeur Abdel Karim KOUMARE .....	ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE
Professeur Baba KOUMARE.....	Psychiâtrie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO.....	MEDECINE INTERNE

Professeur Sambou SOUMARE;.....	Chirurgie Générale
Professeur Bréhima KOUMARE.....	MICROBIOLOGIE
Professeur Sinè BAYO.....	HISTO-EMBRYOLOGIE-ANATOMIE PATHOLOGIE.
Professeur Sidi Yaya SIMAGA .....	SANTE PUBLIQUE
Professeur Mamadou KOUMARE.....	PHARMACOLOGIE-MATIERE MEDICALE
Professeur Yéya Tiémoko TOURE .....	BIOLOGIE
Professeur Amadou DIALLO.....	GENETIQUE-ZOOLOGIE
Professeur Bouba DIARRA.....	BACTERIOLOGIE
Professeur Moussa ARAMA .....	CHIMIE ORGANIQUE ANALYTIQUE
Professeur Niamanto DIARRA.....	MATHEMATIQUES
Professeur N'Golo DIARRA.....	BOTANIQUE
Professeur Salikou SANOGO.....	PHYSIQUE
Professeur Souleymane TRAORE.....	PHYSIOLOGIE GENERALE
Professeur Massa SANOGO.....	CHIMIE ANALYTIQUE
<u>ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE</u>	
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA.....	PARASITOLOGIE
Docteur Sory Ibrahima KABA.....	SANTE PUBLIQUE
Docteur Balla COULIBALY>.....	PEDIATRIE
Docteur Boubacar CISSE.....	DERMATO-LEPROLOGIE
Docteur Issa TRAORE .....	RADIOLOGIE
Docteur Sidi Yéya TOURE .....	ANESTHESIE-REANIMATION
Docteur Boubacar CISSE.....	TOXYCOLOGIE
Docteur Jean Pierre COUDRAY.....	PSYCHIATRIE
Docteur Elimane MARIKO.....	PHARMACODYNAMIE
Docteur Mamadou Marouf KEITA .....	PEDIATRIE
Docteur Toumani SIDIBE .....	PEDIATRIE
Docteur Moussa TRAORE .....	NEUROLOGIE
Docteur Eric PICHARD .....	SEMIO-MEDICALE -HEMATOLOGIE
Docteur Gérard GROSSETE.....	DERMATO-LEPROLOGIE
Docteur Marc JARRAUD .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Bénitiéni FOFANA .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Mme. SY Aïda SOW .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Amadou Ingré DOLO.....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Kalilou OUATTARA.....	UROLOGIE
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA .....	STOMATOLOGIE
Docteur Massaoulé SAMAKE .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Salif DIAKITE .....	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Abdou Alassane TOURE .....	CHIRURGIE-SEMIO-CHIRURGICAL

Docteur Djibril SANGARE.....	CHIRURGIE
Docteur Pascal FABRE.....	SANTE PUBLIQUE
Docteur LE DU .....	PARASITOLOGIE
Docteur Moussa Issa DIARRA.....	BIOPHYSIQUE
Docteur Mme. THIAM Aïssata SOW .....	BIOPHYSIQUE
Docteur Daouda DIALLO.....	CHIMIE MINERALE
Docteur Abdoulaye KOUMARE.....	CHIMIE GENERALE ORGANIQUE ANALYTIQUE
Docteur Hama Cisse.....	CHIMIE GENERALE
Docteur Sanoussi KONATE.....	SANTE PUBLIQUE
Docteur Georges SOULA .....	SANTE PUBLIQUE

CHARGES DE COURS

Docteur Gérard TRUSCHEL.....	ANATOMI-SEMILOGIE CHIRURGICALE
Docteur Boukassoum HAIDARA.....	GALENIQUE
Professeur N'Golo DIARRA.....	BOTANIQUE
Professeur Souleymane TRAORE .....	PHYSIOLOGIE GENERALE
Professeur Niamanto DIARRA.....	MATHEMATIQUES
Professeur Bouba DIARRA.....	BACTERIOLOGIE
Docteur Boubacar KANTE.....	GALENIQUE
Docteur Abdoulaye DIALLO.....	GESTION
Docteur Bakary SACKO .....	BIOCHIMIE
Docteur Souleymane DIA .....	PHARMACIE CHIMIQUE
Docteur Modibo DIARRA.....	BIOCHIMIE-NUTRITION
Docteur Jacqueline Cisse.....	BIOLOGIE ANIMALE
Docteur Sory Ibrahima KABA.....	SANTE PUBLIQUE
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA .....	HYGIENE DU MILIEU
Monsieur Ibrahima CAMARA.....	HYGIENE DU MILIEU

JE DEDIE CETTE THESE

A MON CHER LE PROFESSEUR AGRÉGÉ  
BOCAR SALL

Vous m'avez fait l'honneur en acceptant de présider  
cette Thèse malgré vos multiples occupations.

L'étendue de votre culture et vos qualités hu-  
maines font de vous un admirable professeur au sein  
de cet établissement.

Je vous remercie.

A MON CHER LE PROFESSEUR  
MAMADOU LAMINE TRAORE

Nous avons appris auprès de vous tout au long du cycle, combien vos connaissances sont immenses : témoin les cours de médecine légale et de chirurgie que vous dispensez.

L'immensité de votre expérience agrémentée d'une puissance de travail sans égal, et une sûreté de jugement incomparable font de vous un grand maître de la chirurgie.

Vous m'avez suivi tout au long de ce travail.

Vous avez eu le courage, la patience, de passer plusieurs heures avec nous pour nous guider.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MON CHER LE DOCTEUR SALIF DIAKITE  
CHEF DU SERVICE DE LA GYNECOLOGIE  
ET DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL  
GABRIEL TOURE

Vous m'avez fait un grand honneur en m'acceptant  
dans votre Service. J'ai appris beaucoup auprès de vous.

Votre rectitude et la droiture de votre personna-  
lité, l'aimable délicatesse avec laquelle vous dirigez  
ce service font de vous un exemple.

Que ce travail nous permette de vous exprimer  
notre profonde reconnaissance et notre sincère admiration.



A MON CHER LE DOCTEUR  
Massaculé SARKIS

Par vos immenses expériences, vous m'avez appris à connaître la Gynécologie et l'Obstétrique.

Votre abord simple et surtout vos qualités d'homme jovial, courageux et laborieux m'ont mis à l'aise chaque fois que je suis avec vous.

Vous avez une intelligence scrupuleuse alliée à une conscience élevée qui m'ont servi à éviter beaucoup d'erreurs.

Je suis fier d'être votre élève.

A MA MERE

La douceur de son sourire et son immense dévouement nous ont toujours encouragé à travailler avec ardeur.

Nous lui redisons ici toute notre tendresse,

A MON PERE

Il a cultivé en moi l'amour des études. Ce travail est le témoignage de mon affectueuse admiration.

A MES FRERES ET SOEURS

Ce travail est le nôtre.

A MA FEMME

A son amour rayonnant, nous devons la joie de ces déjà longues années passées à ses côtés.

A MES ENFANTS

Que ce travail vous serve d'exemple.

- A TOUS MES AMIS

- AU PERSONNEL DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE

- A TOUS LES COLLEGUES

- A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE

A LA REUSSITE DE CE TRAVAIL

- A MON CHER YACOUBA DIALLO

Je vous remercie infiniment et vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

AU CORPS PROFESSORAL

Par l'immensité de vos connaissances et l'étendue de vos cultures, vous m'avez appris ce métier qui est celui de soulager la souffrance humaine, veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude et l'assurance de ma haute déférence.

PLAN DE LA THESE

---

I. I N T R O D U C T I O N

II. H I S T O R I Q U E

III. G E N E R A L I T E S S U R L E S F I B R O M E S

- a) Etiopathogenic
- b) aspects anatomo-pathologiques
- c) aspects cliniques
- d) aspects therapeutiques

IV. N O S O B S E R V A T I O N S

V. D I S C U S S I O N

VI. C O N C L U S I O N

## I N T R O D U C T I O N

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

Le terme de fibrome est souvent improprement employé pour désigner les tumeurs bénignes de l'utérus constituées par un tissu semblable à celui du muscle utérin. Il s'agit en fait d'un myome mais les appellations fibromyomes leiomyofibrome, myome de certains auteurs évoquent l'aspect macroscopique et la nature histologique de cette formation.

Le fibrome est connu depuis plusieurs années et a été l'objet de plusieurs études. Selon les statistiques on les retrouve chez 20% des femmes de plus de 35 ans parmi lesquelles la race noire est majoritairement représentée : soit 1/3 des cas chez la femme noire et 1/5 chez la femme blanche.

Cependant, le primum movens des fibromyomes utérins n'est toujours pas connu bien que des hypothèses multiples soient actuellement émises ; la théorie de l'hyperœstrogénie prévalant toujours (expériences de Ross Klebanoff, Fujss, Lacassagne, Granjon et autres).

L'utilisation des examens complémentaires telles que l'échographie hystérogaphie, la coelioscopie contribuent à modifier de plus en plus les méthodes thérapeutiques.

Compte tenu des caractères courants de cette affection dans nos pays, il nous a semblé intéressant de consacrer une étude d'ensemble sur la clinique et les méthodes thérapeutiques fournies par 100 cas observés dans les formations sanitaires suivantes de Bamako :

- Hôpital Gabriel TOURE
- Hôpital du Point G
- P.M.I. Centrale
- Maternité Hamdallaye.

Dans la période de Septembre 1985 à Août 1986, nous nous efforçons dans cette étude de dégager la place réelle de cette affection dans la pathologie gynécologique de ces formations sanitaires et de mettre entre les mains des praticiens un modeste manuel de référence.

! II. HISTORIQUE !

Le fibrome utérin est connu depuis l'antiquité, Hypocrate parlait déjà de "pierre de la matrice", c'est au XIX<sup>e</sup> siècle que les fibromes feront l'objet d'étude très poussée.

Vischow inaugura le premier les discussions pathogéniques avec la théorie infectieuse qui lierait le fibrome aux infections génitales.

En 1890, CONHEIM et RIBBERT lancent la théorie des "vestiges embryonnaires" qui seraient les cellules souches du fibrome.

De 1890 à 1904, la théorie vasculaire avec ROESLER PILLET et KNAUER qui font du fibrome une formation localisée et circonscrite développée aux dépens de la paroi vasculaire.

Ces théories devaient donner place à la théorie hormonale avec :

- ISCO VESCO en 1910.

En 1925 COURRIER et POITIVIN provoquaient une hyperplasie des fibres musculaires lisses de l'utérus chez la lapine castrée en lui administrant du liquide folliculaire de vache.

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 feraient histologiquement des myomes.

De 1938 à 1939, MORICARD et CAUCHOIX reprennent la même expérience et obtiennent des myomes et des tumeurs extra tumérines de matière fibreuse.

De 1934 à 1941, DUCUING et BIMES devaient confirmer les résultats chez le cobaye castré.

Depuis quelques années des auteurs comme MILLER LUDOVICI et ARBOR ont inauguré une nouvelle méthode de recherche en pratiquant des cultures de tissu, mais comme le précisent HUGUIER et SCALI, il est encore trop tôt pour conclure.

De nos jours encore, des recherches continuent pour connaître avec précision la pathogénie du fibrome utérin.

En dépit de ces discussions pathogéniques, les conceptions thérapeutiques se révèlent de plus en plus.

De 1837 à 1868, la priorité va à la clinique. Les premières interventions pour fibromes furent pratiquées à partir de 1864. Car au début c'était une abstention totale. Seuls les fibromes sous muqueux étaient opérés par voie basse.

En 1878, A. MARTIN de Berlin en Allemagne intervint par voie abdominale.

En France, malgré le brillant rapport de CHEVRIER en 1891, la myomectomie n'obtient pas grand succès auprès des chirurgiens qui préférèrent adopter la doctrine de BATTEY et HEGAR promoteurs des ligatures atrophiantes" pour réduire le fibrome par la famine", en se basant sur le principe des rôles de sécrétions glandulaires dans la genèse des fibromyomes.

Devant l'insuccès de cette méthode, l'ère de chirurgie plus radicale s'ouvrit et ce fut l'apogée de l'hystérectomie totale, témoin l'assertion de GORDON de PORTLAND en 1899 : "il faut conserver à la malade la santé et non ses organes inutiles".

Malgré la très louable opposition en 1901 de DARTIGUES qui voudrait qu'après la révolution sanglante, la chirurgie utérine devienne de plus mesurée et conservatrice, la place reste longtemps à la castration large. Cette chirurgie conduisant de multiples vexations de la ménopause précoce a poussé les praticiens à reposer le problème.

C'est alors le règne de prescriptions médicales multiples mais/la pharmacopée si riche et colorée soit-elle est bien souvent mise en échec redonnant tous ses droits à une chirurgie plus efficace.

En 1893, TRELAT et VERNEUIL utilisaient la radiothérapie. En 1902, celle-ci devrait frapper un grand coup en enregistrant son premier succès chez une femme inopérable.

Depuis, on enregistre aussi bien en France avec TOVEAU COUNCELLES et A. BECLERE qu'en Allemagne avec DEUTCH de nombreux succès.

En 1913, à Londres on rapporte 64 succès sur 66 cas traités.

De 1919 à 1921, successivement devant le 1er Congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de langue française, l'académie de Médecine, 400 et 300 observations sont exposées.

L'euphorie est totale comme en témoigne cette déclaration de WINTZ. " 5 à 6% seulement des fibromes réclament l'intervention chirurgicale, tous les autres doivent être irradiés.

Comme la chirurgie, les agents physiques vont à leur tour connaître un certain déclin.

Depuis différents types d'interventions conservatrices intermédiaires entre l'hystérectomie totale sans conservation et la myomectomie sont proposées.



- Enucléation
- Hystérectomie fundique
- Hystérectomie sus isthmique
- la myomectomie

.. Opération de SORESI BROCCO en 1929 par M.A.L. SORISI de New-York dans l'american Journal of Surgery où il présentait deux observations et en 1932 par le professeur BROCCO en France.

Au 20<sup>e</sup> siècle, toutes ces méthodes d'hystérectomie, de myomectomie, sont encore appliquées.

A l'heure actuelle, la physiopathogénie des troubles révélateurs du fibrome est bien connue : on sait que les hémorragies et en particulier les ménorragies sont liées à une insuffisance lutéale M.C. CREPIN au cours des entretiens de BICHAT de 1979 affirme que la thérapeutique doit viser à rétablir un état hormonal normal et non pas enlever l'utérus.

III. !GENERALITES SUR LES FIBROMES !

ETIOPATHOGENIE

I. Etiologie :

1) Fréquence :

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

D'après les statistiques en Europe, nous avons les informations suivantes :

<u>Auteurs</u>	<u>Age</u>	<u>Fréquence</u>
SAMCLASON	moins de 20 ans	1%
MONTAIGNE	15 à 20 ans	3,9%
DUPUYTREN	15 à 20 ans	1,7%
CLAISSE	20 à 24 ans	1,4%
PINARD	14 ans	1,4%
BAUDET	moins de 25 ans	2,4%

Tableau de fréquence

<u>Auteurs</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Période d'observation</u>
COHEN (J.) Chlochini Lofredo	107	4 ans
MUSSEY RANDAL et DOYLE	250	15 ans
ALEXANDER	806	29 ans
SANGARET (A.M) et COLL Côte d'Ivoire	199	3 ans
ABCLO (L.M) Cameroun	500	5 ans
S. BAYO Sénégal	316	4 ans
Nos observations(BAMAKO) au Mali	100	1 an

AGE

Les fibromes sont généralement découverts après la puberté dans les dernières années de la période d'activité génitale de la femme.

A travers la littérature, on observe pas de fibrome avant la puberté.

Les fibromes involuent le plus souvent après la ménopause.

Au Sénégal, d'après l'étude de S. BAYO, la plus jeune malade a 18 ans.

La plus âgée a 77 ans.

L'âge mur se situe entre 40-50 ans soit 49%.

Côte d'Ivoire :

Tableau fait à partir d'un calcul de  $\chi^2$  :

Etude statistique

Age en Année Popula- tion	L20	20	25	30	35	40	≥ 45
population ayant 1 fi- brome utérin	7	44	74	82	119	105	84
Population Témoin	55	112	135	89	70	36	29

Le Pic se situe entre 35 - 44 ans.

Résultats de la littérature :

J. COHEN et COLL sur une série de 107 patientes, mentionnent que l'âge moyen des patientes ayant un fibrome est de 35 ans.

ABOLO L. au Cameroun et SANGARET M.A à Abidjan trouvent respectivement 64%, 75% des patientes ayant un fibrome utérin ont un âge au-dessous de 40 ans.

Pour la tranche d'âge 40-50 ans, on trouve 55,70% pour DUCUING 56,4% pour DE LA BORDE, 59% pour HUGUIER et CERBONNET.

Les facteurs raciaux :

La race paraît être un facteur favorisant d'après les études faites aux U.S.A. : les femmes de race noire présentent 3 à 4 fois plus de fibromyomes que les femmes de race blanche. On évoque pour expliquer une pathologie du tissu conjonctif comme en témoigne la fréquence des cicatrices chéloïdes chez les femmes de race noire.

Ethnie : Au Sénégal, nous avons les chiffres suivants :

- Wolofs 54%
- Toucouleurs 11%
- Serères 5,5%
- Bambara 3,2%
- Maures 1,6%

La Parité :

La parité ne semble pas être un facteur significatif d'apparition de fibromyomes et il semble actuellement prouvé par les mesures échographiques (MURAN) qu'au cours de la grossesse, il n'y a pas d'augmentation de taille des fibromyomes existants ni semble-t-il d'apparition de nouveaux fibromyomes.

PINARD dans sa thèse soutient que "la femme qui ne fait pas d'enfants fait des fibromes".

HOFMAN pense plutôt que le fibromyome favorise la conception chez les femmes relativement âgées en prolongeant l'activité fonctionnelle de l'appareil génital et notamment des ovaires.

KELLER de Strasbourg dit ceci "fait un fibrome la femme qui a toutes les qualités requises pour faire des enfants".

Observations en Côte d'Ivoire : Tableau fait par le calcul du  $X^2$ :  
Etude statistique.

Parité Population	0	I	II	V	VII
!population des !femmes ayant !un fibrome	187	127	97	60	44
!population !Témoin	144	110	161	51	49

Au Sénégal S. BAYO sur 316 observations :

- 145 multipares soit 43%
- 58 unipares soit 20%
- 113 stériles soit 37%

La contraception hormonale :

Les oestroprogestatifs ne semblent pas influencer la survenue des fibromyomes surtout pour les contraceptifs oestroprogestatifs faiblement dosés en oestrogène (Vessey).

Une étude du Royal College of General Practitioners retrouve une diminution significative du risque de fibromyome utérin chez les utilisatrices de la pilule oestroprogestative.

### Les facteurs héréditaires :

Dans la littérature, on trouve un travail assez intéressant sur la transmission héréditaire des fibromyomes.

L'utérus fibromateux n'est pas considéré généralement comme héréditaire mais l'apparition de fibromyome de l'utérus de plusieurs membres d'une même famille est possible.

LOCKERS en 1918 écrivait qu'une de ses malades avait 5 soeurs dont 4 avaient eu un fibrome utérin et la 5ème refusait de se faire examiner mais on pensait qu'elle était atteinte de la même affection.

LAGROMA décrivait 2 soeurs âgées de 19 et 22 ans avec les mêmes caractéristiques cliniques dues à des multiples petits fibromes intra-muraux. On ne donnait pas les antécédents familiaux.

Cependant à l'heure actuelle, il nous a paru difficile de vérifier à travers les différents travaux la théorie de transmission héréditaire du fibrome utérin par LOCKERS et LAGROMA.

### La Pathogénie :

Le primum movens, le facteur initiateur n'est actuellement pas connu. Plusieurs hypothèses ont été émises :

#### A/ Histogenèse des éléments générateurs :

Plusieurs théories ont été proposées :

1°/ Les tissus myomateux auraient pour point de départ des vestiges embryonnaires. Thèse de CONHEIM (1890).

2°/ Théorie vasculaire de ROESSLER en 1890 et PRILLET en 1894.

KNAUER (1904) cité par MARSCHALI rapporte 4 cas de fibrome d'aspect banal associé à des formations myomateuses polypoïdes et plexiformes retrouvés dans de nombreuses veines béantes de l'utérus. Ces formations revêtues d'un épithélium apparaissent comme des paquets en provenance de la média.

3°/ MALPAS fait intervenir la présence de stress localisés provoqués soit par des contractions de l'utérus, soit par des rencontres de pression et contre-pression causée par le développement d'un myome.

4°/ De BRUX (Thèse de SPLOUIN) invoque le rôle de certains gonocytes primordiaux qui arrêtés dans leur migration peuvent demeurer en certains points de la sphère génitale à l'état quiescent et enkystés pouvant un jour manifester à nouveau leur activité comme facteur d'induction en déclenchant dans le myomètre une réaction leiomyomateuse.

Aujourd'hui pour la majorité des auteurs, la cellule musculaire lisse myométriale est à l'origine des leiomyomes utérins. Pour d'autres, le fibroblaste ou une cellule plus indifférenciée (cellule mesenchymateuse totipotente) serait à l'origine de ces tumeurs ou dystrophies et expliquerait la variabilité du contenu tissulaire fibreux ou leiomyomateux.

D'après TOWNSEND, chaque cellule musculaire lisse composant un fibromyome a le même type électrophoretique de la G.6.P.D. (Glucose 6 - phosphate deshydrogenase), alors que ce type varie d'un fibrome à l'autre au sein d'un même utérus.

D'après l'auteur, cette constatation prouve que chaque fibrome dérive d'une même cellule sans que l'on connaisse le phénomène initiateur.

Selon SNOO, il existe des éléments appelés génitoblastes qui, sous l'influence d'un processus stimulant seraient déviés de leur destination normale et se transformeraient en myome, puis en fibromyome. Cet élément stimulant est la folliculine.

#### B) La Théorie Hormonale :

Depuis déjà plusieurs années, la théorie hormonale est en faveur. On pense que trois facteurs hormonaux peuvent jouer un rôle.

Les oestrogènes :

- Le défaut de progestérone
- et l'hormone de croissance.

#### 1°/ La Théorie de l'hyperoestrogenie :

Le fait que le développement des fibromyomes coïncide avec la période d'activité génitale de la femme.

Le fait qu'après la ménopause les fibromes n'évoluent plus et subissent même une certaine involution; le fait qu'on trouve des fibromes chez les jeunes filles qui font souvent l'hyperfolliculisme au début de la puberté tend à prouver le rôle des oestrogènes.

Les travaux expérimentaux de :

LACASSAGNE - NELSON, 1935-1937

MORICAR CAUCHOIX, 1938-1939

DUCLING BINES, 1934-1941

obtiennent des tumeurs qui seraient histologiquement des fibromes par injections répétées de doses variables d'oestrogènes à l'animal pendant des durées variables.

Les travaux de CEDAR GRANJON, YANNOTTI apportent des preuves en faveur.

Mais ces travaux expérimentaux suscitent des réserves car il est difficile de transposer en clinique humaine l'expérience sur l'animal d'autant plus qu'ici on a affaire à une tumeur essentiellement sous-séreuse et à prédominance fibreuse comme l'indique CAUCHOIX dans sa thèse.

Malgré tout la théorie de l'hyperoestrogenie relative reste la plus défendue.

Le mécanisme par lequel l'oestradiol stimulerait le développement des fibromyomes n'étant pas clair, les recherches actuelles s'orientent vers un trouble de la synthèse locale soit des oestrogènes.

soit des antioestrogènes et en particulier des catechol oestrogènes. Les catechols oestrogènes constituent les chaînons de l'une des deux voies principales du métabolisme de l'oestradiol 17  $\beta$ . Ils inactivent l'estradiol et de plus sont des inhibiteurs de la catecholomethyl-transferase, ces inhibiteurs étant considérés comme des agents anti-tumoraux. Les oestrogènes semblent agir directement au niveau du tissu conjonctif explication probable de la fréquence élevée de fibrome chez la femme de race noire à tissu conjonctif plus élevé.

#### 2°/ Rôle de la progestérone :

Plus récemment, il a été montré que la progestérone pouvait jouer un rôle antioestrogène en augmentant la synthèse des catechol-oestrogènes.

#### 3°/ Rôle de l'hormone de croissance GH :

Le fait d'avoir trouvé des taux d'hormone de croissance (GH) chez les femmes noires porteuses de fibromyomes, 3 à 9 fois supérieures aux taux normaux, fait évoquer un rôle de cette hormone dans la physiopathologie des fibromes.



: ASPECT ANATOMOPATHOLOGIQUE !

ASPECT ANATOMOPATHOLOGIQUE :

I. Caractères macroscopiques :

1. Aspect : L'utérus polyfibromateux est déformé, bosselé par plusieurs myomes. La tumeur est développée à partir du muscle utérin. Elle est séparée par une pseudocapsule blanche formée par la condensation du tissu conjonctif qui permet son clivage lors de la myomectomie.

Le fibrome est habituellement constitué de plusieurs noyaux. Parfois le noyau peut être unique augmentant globalement la taille de l'utérus.

Le noyau myomateux de teinte blanchâtre se présente comme une formation plus ou moins arrondie lisse bien limitée, de consistance ferme, pierreuse après fixation.

A la loupe, on observe une structure tourbillonnaire de couleur rosée tranchant sur des zones de teinte blanc-nacrée mais on rencontre aussi des zones ramollies de nécrobiose aseptique ou même des points de calcification.

2. Le nombre est variable selon les études faites par :

- S. BAYO : au Sénégal	151 myomes à noyaux multiples,
nous avons	18 myomes à noyau unique
Bourry HELLER donne	35% de lésion scitaire
DUCUING donne	12,7% " "

3°/ La Taille est variable également de la tête d'épingle à une tête d'adulte.

Parfois, elle se prête à toutes les descriptions maraîchères: orange, pamplemousse, mandarine, etc.

Le Poids va de quelques grammes à plusieurs kilogrammes.

5°/ Le siège peut être :

- le corps utérin, le myome réside dans l'épaisseur de la paroi et évolue dans différents sens :

- La sous-muqueuse faisant saillie sous la muqueuse : fibromes sous-muqueux sessiles.

- La muqueuse : fibromes pédiculés : polypes fibreux de l'utérus qui peuvent rester dans la cavité utérine ou sortir dans le vagin par l'orifice cervical.

Fibromes interstitiels développés en plein muscle déformant plus ou moins la paroi musculaire.

Fibromes sous-séreux sessiles ou pédiculés exposés le plus souvent à la torsion, à la gangrène ou à la rupture.

Enfin, myome du corps, de l'isthme, et du col utérin.

#### 6°/ Volume :

Fibrome à développement abdominal ou ombilical. Le fibrome mesurant 15 cm-16 cm de diamètre équivalant à 5 mois de grossesse.

Selon DUCUING 34% de formes à développement ombilical.

HUGUIER 15%

BOURRY HELLER 11,3%.

## II. Microscopie :

A) Rappel histologique de l'utérus : L'utérus comprend trois tuniques :

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

b) La Tunique interne ou muqueuse variable selon que l'on se trouve au niveau du corps, de l'isthme ou du col.

La muqueuse est tapissée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Sous l'épithélium se trouve la base conjonctive de la muqueuse renfermant des vaisseaux, des nerfs et de nombreuses glandes.

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

La muqueuse du corps utérin comporte deux couches faiblement délimitées.

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

La couche basale qui adhère à la musculuse.

c) La Tunique moyenne ou musculuse : c'est la Tunique la plus puissante. Elle est un enchevêtrement épais de faisceaux de fibres lisses entre lesquels se trouvent des plaques de tissu conjonctif. Elle est richement pourvue de vaisseaux sanguins.

Elle est composée de 3 plans musculaires :

- la couche externe (sous-séreuse) longitudinale

- la couche moyenne plexiforme composée de fibres circulaires et obliques

- la couche interne (submuqueuse) longitudinale

La couche circulaire est plus développée dans le corps utérin tandis que la couche longitudinale est plus développée dans le col utérin. Cette couche musculuse plus importante est le siège de processus hyperplasiques aboutissant aux myomes.

B) Structure histologique du myome :

Le myome utérin est fait de cellules musculaires lisses disposées en faisceaux plus ou moins enchevêtrés.

On trouve quelques vaisseaux anguins et lymphatiques et aussi assez souvent des îlots épithéliaux ; on a considéré ceux-ci tantôt comme des débris wolffiens ou millériens, tantôt comme des glandes provenant de la muqueuse utérine et enclavées dans la masse quelquefois l'énucléation du myome fait saigner ces vaisseaux.

Les cellules du myome sont des cellules au cytoplasme peu abondant finement rayé ou homogène au noyau allongé serrées les unes contre les autres qui se ramifient, s'anastomosent dans tous les sens donnant une véritable image tourbillonnaire.

Il existe de rares mitoses normales au sein de ces cellules. Cette prolifération est soutenue par quelques travées collagènes. Elle se détache du muscle utérin avoisinant dont elle est séparée par une petite zone d'oedème.

Des remaniements vont modifier l'aspect de cette prolifération cellulaire.

L'oedème peut dissocier les cellules musculaires entraînant une pseudokystisation.

La sclérohyalinose sous forme de travées collagènes denses peut également dissocier les cellules musculaires.

La fibroblastose est fréquente en période ménopausique. Elle correspond à une métaplasie régressive des myocytes qui se transforment en fibroblastes justifiant alors le terme de fibromyome ou fibrome.

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

C) Formes atypiques :

a) Leiomyome utérin associé à des anomalies cellulaires ou leiomyome bizarre :

Les cellules apparaissent en certaines plages très volumineuses avec cytoplasme abondant, noyaux volumineux, il n'est pas rare de rencontrer des cellules géantes multinuclées évoquant un sarcome.

b) Leiomyome cellulaire ou Leiomyome à cellules denses fusiformes:

La prolifération est dense, faite de cellule à cytoplasme peu abondant, mal limitée avec un noyau volumineux hyperchromique faisant évoquer un hémangiocytoème.

c) Leiomyome à cellules claires ou leiomyome épitheloïde :  
Formes rares et de nosologie discutable

- Leiomyomatose péritonéale :

d) Leiomyomatose intravasculaire :

Elle se définit par la présence dans la paroi des vaisseaux utérins d'un tissu myomateux mature sans aucune anomalie cytologique.

Les utérus sont en général volumineux et myomateux.

e) La vascularisation se fait par des artérioles venues d'un réseau parcourant la capsule parfois groupées en pédicules nourriciers.

En règle générale, les fibromes sont mal vascularisés et toute perturbation vasculaire liée à la gravité par exemple entraînera des troubles nutritionnels du fibrome, facteur de complication.

Les vaisseaux lymphatiques sont parfois développés. Les veines sont souvent plexiformes couvrant sur la surface du fibrome susceptible de se rompre lors d'une éventuelle torsion. Elle est souvent le point de départ d'une phlébo thrombose post-opératoire.

ASPECTS CLINIQUES

ETUDE CLINIQUE

20 à 50% des fibromes utérins sont symptomatiques. Les autres peuvent être découverts au cours d'un examen gynécologique motivé pour d'autres raisons.

I. Les signes fonctionnels :

A) Les néorrhagies utérines : c'est le signe le plus constant et le plus important des symptômes. Les patientes sont alarmées par les règles hémorragiques abondantes ou irrégulières.

Pour DUCUING elles représentent 71% et pour HUGUIER 83%.

a) Les ménorrhagies : Il s'agit d'une exagération de l'écoulement menstruel avec règles trop abondantes : hyperménorrhée progressive, règles mêlées de sang rouge et de caillots. Ces règles peuvent durer de sept à quinze jours entraînant une anémie sévère.

Elles sont dues :

- à la compression par les fibromyomes des plexus veineux du myomètre.

- aux lésions endométriales inflammatoires ou ulcéreuses en regard des myomes.

b) Les métrorrhagies :

Petites pertes de sang survenant entre les règles normales. Elles font suspecter le plus souvent une lésion organique fonctionnelle : hyperplasie de l'endomètre, plus rarement atrophie de l'endomètre. L'hémorragie est d'autant plus abondante que le noyau fibromateux est plus près de la muqueuse. Elles se rencontrent en cas de fibrome sous muqueux ou des polypes fibreux.

c) Les menométrorrhagies : Il s'agit d'une perturbation des règles. Les hémorragies utérines ont perdu leur caractère régulier et périodique. Elles se caractérisent par un retard de quelques semaines, suivi d'une période prolongée d'hémorragie ou d'emblée de métrorrhagie qui se prolonge ou des pertes irrégulières avec arrêt également irrégulier.

Les statistiques signalent :

- 25% au Sénégal
- 58% pour DUCUING
- 46% pour FIXIER
- 22% pour UGUIER.

d) Les douleurs pelviennes :

Elles sont trop banales en gynécologie. Elles sont anormales en cas de fibrome utérin mais quand elles existent, elles peuvent être expliquées soit :

- pour une lésion associée : dystrophie ovarienne endométriose,
- par une cause non gynécologique : lombalgie d'origine urologique ou rachidienne.

Il s'agit de douleur :

- à type de pesanteur dans 40% des cas apparaissant plus volontiers en position debout, à la fatigue calmée par le décubitus, exagérée par les règles ;
- à type d'algomenorrhée 20% des cas sont dues soit à une sténose du col, soit une infection génitale associée, soit une anomalie contractile du myomètre
- ou enfin d'une endométriose.

Les douleurs vives lancinantes et persistantes évoquent une complication liée au fibrome.

ABOLO signale dans sa thèse 110 cas soit 21,5% au Cameroun de douleurs pelviennes.

e) La leucorrhée : s'observe entre les pertes de sang. Elle est le plus souvent sans caractère spécial.

Signe d'accompagnement qui doit faire rechercher une infection vulvovaginale avec éventuellement une endométrite ou une salpingite.

f) Hydrorrhée : c'est un écoulement abondant sans caractère infectieux provoqué par une sténose de l'isthme ou par un polype formant un clapet.

Elle se voit aussi dans les fibromes en dégénérescence kystique.

Pour DUCUING, elle représente 1,8%.

g) La pyorrhée est rare.

Elle témoigne la présence d'un polype sphacelé ou d'un cancer du corps utérin.

h) Augmentation de volume de l'abdomen :

La patiente peut percevoir elle-même une augmentation de volume de l'abdomen surtout de la région abdomino-pelvienne. C'est le signe d'un gros fibrome.



i) Les troubles urinaires représentent 12,5% des cas ; il peut s'agir des troubles de la compression que sont :

1.1. La pollakunie : troubles essentiellement diurnes qui peuvent se voir aussi bien dans les petits que les gros fibromes.

1.2. Rétention d'urine : compression de l'uretère par la tumeur. Ici il y a formation du globe vésical décelé à la palpation.

Le sondage ramène de l'urine et soulage la malade.

1.3. Incontinence urinaire d'effort due le plus souvent à une irritabilité vésicale. La survenue de ces troubles pendant les règles fait évoquer l'origine interne, d'où la nécessité d'un examen cyto-bactériologique des urines, urine de 24 heures recueillie par sondage.

#### Examen clinique :

Cet examen s'effectue sur table gynécologique avec rectum et vessie préalablement vidés.

Mettre la patiente en confiance.

#### II. Signes physiques :

1) Inspection : il faut inspecter la patiente attentivement.

Inspecter la pilosité.

Rechercher une cicatrice éventuelle, des cicatrices d'épisiotomie,

Inspecter la vulve, la trophicité des muqueuses, l'humidité et les lésions de grattage, l'état du meat et de l'hymen.

#### Résultats :

L'inspection est le plus souvent négative mais quelquefois elle perçoit une voussure sus-pubienne.

2) La palpation : Il faut palper l'abdomen avec douceur. Palper les zones non douloureuses et finir par les zones douloureuses.

Le palper abdominal peut percevoir les limites de l'utérus surtout chez la femme mince.

Elle peut déceler des douleurs.

3) La percussion : Elle s'effectue la main gauche à plat sur l'abdomen, les doigts de la main droite percutent avec douceur la main gauche.

Commencer toujours à percuter les régions non douloureuses et finir par les régions douloureuses.

Résultat : La percussion peut montrer une matité du Pelvis et les limites de la masse pelvienne.

4) Examen au spéculum :

Cet examen doit précéder le toucher vaginal.

Le spéculum est introduit fermé parallèlement à la fente vulvaire, puis on fait une rotation de 90°.

Introduire le spéculum avec douceur.

On peut à l'aide des 2 doigts écarter les vulves et introduire doucement le spéculum sans faire la rotation. Il permet d'observer :

une vaginite, une exocervicité

un polype pédicule accouché par le col.

Des oeufs de Naboth ou des zones iodo-négatives et de la glaire cervicale.

5) Le toucher vaginal :

L'index et le médius dans un doigtier à 2 doigts , se mettre à droite de la femme ou entre les cuisses.

On demande à la patiente de se relacher et de laisser la bouche ouverte.

Le toucher doit se faire en 2 temps.

Dans un premier temps, les deux doigts vaginaux doivent percevoir le vagin, le col et les culs de sacs vaginaux latéraux et le douglas.

Dans un 2<sup>e</sup> temps, les doigts intravaginaux, 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:

- Fibrome pelvien
- Fibrome abdomino-pelvien
- Fibrome abdominal.

que l'utérus est augmenté de volume, ferme à contours réguliers lisses ou bosselés avec à sa surface des saillies rondes, dures, indolores, faisant corps avec l'utérus.

Quand on imprime des mouvements au col, les mouvements sont transmis au corps de l'utérus et inversement.

Le toucher vaginal recherche aussi l'existence d'une pathologie associée : annexielle, tumorale ou inflammatoire.

6) Le toucher rectal : est indispensable parfois : quand l'hymen est intact.

Il permet de faire la différence entre une tumeur rectale et un fibromyome utérin.

- 7) Examen du Périnée : à la recherche de prolapsus génital.
- 8) Examen du Sein, on recherche une galactorrhée et des mastoses.
- 9) Examen général : Il consiste à rechercher des adenopathies, 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.

### III. Diagnostics différentiels :

1. Grossesse : Il faut faire un test de grossesse en présence de toute tumeur pelvienne chez une femme en période de fécondité.

Epreuves biologiques.

Si possible une échographie.

2. Tumeurs de l'ovaire : La confusion est souvent fréquente. La tumeur ovarienne est indépendante de l'utérus, séparée du corps utérin par un sillon. Sa mobilisation ne faisant pas mobiliser l'utérus, mais en cas d'adhérence, il faut beaucoup se méfier et pratiquer la coelioscopie.

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

En 1979, LEFFERT et ROCHET notent 15% de fibrome et 16% de polypes parmi les 334 cas de métrorragie post-ménopausiques.

L'association fibrome-cancer du corps est très rare. Elle est de l'ordre de 3,3% d'après DUCUING, 3% d'après CLAUDINE HEYLER, 0,2% d'après S.BAYO au Sénégal -(Thèse médi).

#### IV. Les examens complémentaires :

Trois examens complémentaires paraissent fondamentaux et essentiels :

- Frottis cervico-vaginal de dépistage,
- échotomographie génitale et rénale,
- hystérosalpingographie

les autres examens sont prescrits en fonction des résultats obtenus.

##### 1) Frottis cervico-vaginal de dépistage :

Ce sont des examens qu'on doit faire chez toute nouvelle consultante. Ils doivent se faire en dehors des règles et de toute infection.

Après introduction du spéculum sans lubrifiant, on fait un prélèvement d'abord vaginal dans le cul de sac vaginal postérieur avec une 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 éther.

Eviter toute dessiccation et toute 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 à 1% et le résultat est une coloration brun-acaïou de l'épithélium pavimenteux.

En cas d'ulcération, la partie reste claire.

Les zones prenant le lugol sont appelées zones iodo-positives. Les zones ne prenant pas le lugol sont appelées zones iodo-négatives.

Les frottis cervico-vaginaux permettent le dépistage des hyperplasies et des cellules cancéreuses. Cette investigation sera précisée plus tard par une biopsie orientée après test de Schiller.

## 2. Echotomographie pelvienne :

Elle utilise des ultrasons. Par de multiples coupes longitudinales et transversales il est nécessaire de délimiter les différents organes pelviens.

La vessie doit être pleine.

La femme se met en décubitus dorsal.

L'échographie pelvienne confirme dans la plupart des cas le diagnostic de fibrome utérin :

L'utérus est anormal car :

ses mensurations sont excessives.

Elle permet d'objectiver la situation anatomique des fibromyomes, ce qui sera très utile pour apprécier l'efficacité du traitement médical.

Le fibrome sous séreux sessile déforme les contours extérieurs de l'utérus.

Le fibrome sous séreux, pédiculé reste invisible.

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

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

Dans la forme classique non compliquée, le fibrome est une tumeur solide échogène, dont l'échogénicité est voisine de celle du myomètre.

Les échos sont répartis régulièrement au sein de la tumeur mais leur intensité est décroissante de la superficie vers la profondeur.

L'échographie fait évoquer la calcification du fibrome

- des modifications histologiques ; oedème, nécrose ischémique (image en cocarde ou en cible constituées par la zone centrale de nécrose),

- permet de vérifier l'absence de retentissement sur les organes de voisinage.

Par contre, l'échographie peut être hésitante devant une tumeur ovarienne solide adhérente au corps utérin, un utérus malformé dont le diagnostic peut faire évoquer à tort un myome fundique postérieur sur un utérus retroversé,

un rein pelvien

une tumeur digestive.

### 3. Hystérosalpingographie :

Elle permet d'opacifier les voies génitales féminines qui ne sont pas accessibles à l'examen direct. Sa réalisation n'est pas systématique et elle est inutile en cas de gros fibrome pelvi abdominal.

Elle peut fournir trois types de renseignements :

- Image directe du fibrome,
- Image indirecte de son retentissement
- Existence éventuelle de lésions associées.

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

Elle peut montrer une lacune : c'est le signe essentiel dans le cas de polypes intra-utérins. Il s'agit de lacune homogène régulière à bords arrondis nets. Cette lacune peut occuper la cavité utérine ou tout un bord ou une corne, ou n'être visualisée qu'en début de remplissage. Elle peut montrer une cavité utérine, augmentée de volume ou déformée.

Elle découvre des lésions associées :

- Tuberculose,
- endométriose
- polypes muqueux.

Les synéchies radiologiques :

- des lésions annexielles : hydrosalpinx.

Les signes radiologiques diffèrent suivant la topographie des noyaux.

Fibromes interstitiels entraînent un agrandissement, une déformation et souvent une assymétrie de la cavité utérine.

Fibromes sous muqueux et intra-cavitaires : entraînent des hémorragies par des phénomènes de nécrose locale d'ulcération, d'infection localisée, à l'opposé des fibromes interstitiels qui saignent par l'intermédiaire des troubles hormonaux. Ils sont bien visibles sur les clichés muqueux 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.

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

Les fibromes multiples : Il est possible de visualiser sur les différents clichés des aspects en faveur des noyaux sous muqueux intracavitaires ou interstitiels.

Contre-indications de l'H.S.G. :

Quatre contre-indications sont respectées :

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

Les infections génitales : Pour éviter la propagation de microbes, il faut traiter l'infection d'abord, contrôler la vitesse de sédimentation.

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

L'intolérance à l'iode : faire un test à l'iode.

Les conditions techniques :

On procède à la désinfection du col sous spéculum.

On s'assure de la perméabilité de l'orifice cervical.

On utilise l'hystéromètre pour mesurer la profondeur de la cavité de l'utérus.

On adapte sur le col soit une tulipe qui fait ventouse (ventouse suédoise V.U.C. ou canule de Bommelaer), soit canule de Donay adaptée sur le col par l'intermédiaire d'une ou deux pinces de POZZI.

On emploie des produits organo-iodés hydrosolubles :

Radioselectan	76	R
Telebrix	38	R
Hexabrox		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 simuler des polypes endocavitaires.

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

Le cliché sans préparation est 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.

#### 4. Les autres examens complémentaires :

a) Hystérométrie : Elle mesure la profondeur de la cavité utérine. On peut utiliser :

un hystéromètre métallique plus ou moins malléable ou un hystéromètre flexible en gomme ou en plastique.

L'hystéromètre présente une graduation en cm sur 15 derniers cm et un index coulissant.

Celui de Meigs présente un curseur à type qui permet la lecture directe sur la partie antérieure du degré de pénétration.

#### Technique :

Elle doit être pratiquée avec prudence. Il faut :

- éliminer une infection latente et
- s'abstenir en phase lutéale risque d'infection ou sur un oeuf hypothétique.

Une asepsie rigoureuse est exigée, il faut éviter tout contact de l'instrument avec la paroi vaginale.

Vérifier la propreté du col et de sa glaire : désinfecter.

On saisit le col avec une pince de POZZI ou pince à col fine, tirer doucement sur la pince ou diminuer la flexion (on aura vérifier la flexion de l'utérus par le toucher vaginal). On introduit doucement l'hystéromètre dans la cavité cervicale et par des 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.

Résultats : On peut noter: un :

- un agrandissement de la cavité utérine, signe de fibrome,
- une direction de la cavité qui peut indiquer que la tumeur est régulièrement développée autour de 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.



b) La Biopsie de l'endomètre à la canule de NOVAK :

Elle se fait au 25<sup>e</sup> ou 26<sup>e</sup> 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 peu 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 aseptisation du col par traction avec une pince pour diminuer la flexion utérine, on pousse doucement la canule jusqu'au fond d'une des cornes utérines, puis appuyant sa fenêtre contre le bord utérin, 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 du formol ou dans le liquide de BOUIN DUBOSQ :

- alcool à 95° picriqué à saturation 10 ml
- formol à 40% = 4ml
- acide acétique glacial = 1 ml.

En cas de polypes, on utilise souvent la pince à biopsie de Segura qui est bien arrondie extérieurement d'un diamètre de 5 ml plus grosse que la canule de NOVAK.

La biopsie de l'endomètre donne la certitude anatomopathologique de la tumeur.

c) Le curetage biopsique :

Il permet de faire un diagnostic dans les hémorragies abondantes et récidivantes.

Diagnostic différentiel entre avortement et fibrome hémorragique.

### d) Hystérorcopie :

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 intra-cavitaires ou sous muqueuses.

Le fibrome intra cavitaire ou sous muqueux est une masse arrondie ou ovalaire bien limitée, ferme au toucher peu vascularisée qui repose sur une large base d'implantation.

Technique : Il existe 2 modèles :

Modèle observateur : Il peut être utilisé sans anesthésie.

Le diamètre de la chemise intra-utérine est de 3,3 mm.

La chemise contient un canal pour l'optique forobolique qui a un diamètre de 2,7 mm et un canal pour l'injection de gaz carbonique ou le passage d'une sonde fine de 1 mm de diamètre.

Modèle opérateur : Il présente un diamètre extérieur de 7 mm et nécessite une dilatation préalable et donc une anesthésie.

Il contient un canal pour l'optique forobolique qui a un diamètre de 4 mm, un canal pour l'injection du CO<sub>2</sub> et un canal pour le passage d'une pince à biopsie de 2 mm de diamètre ou d'une sonde à électrocoagulation à bouche terminale de 2 mm.

Une ventouse cervicale de l'incéman qui sert les deux modèles.

Utilisation : On fait la distension au CO<sub>2</sub> après la mise en place de la ventouse.

On retire la tige à bout mousse et on introduit la chemise interne avec l'optique on place à son intérieur jusqu'à la marque signalant qu'on dépasse le bout de la ventouse. On met alors en route l'insufflation et on injecte la cavité cervicale.

On repère l'orifice cervical interne dans lequel on pénétre doucement, on parcourt ensuite la cavité corporéale jusqu'à prendre le contact du fond. On recule alors de 10 à 15 mm et on incline un peu l'appareil vers la droite, puis vers la gauche en tournant l'appareil de 90° pour profiter un maximum de l'angulation forobolique pour étudier l'une après l'autre les deux cornes utérines en essayant de repérer l'orifice tubaire où l'on voit souvent s'engager des gouttes de sang mélangées au CO<sub>2</sub>, ce qui en facilite le repérage. On peut alors le cathétériser mais il faut pour cela la plus grande douceur.

A défaut du CO<sub>2</sub>, on peut utiliser le liquide de DEXTRAN.

e) L'urographie intraveineuse :

C'est une méthode d'investigation utilisant les substances de contraste.

Conditions de préparation :

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

A partir de la 3<sup>e</sup> - 5<sup>e</sup> minute, faire des clichés;

2<sup>e</sup> cliché 10<sup>e</sup> - 15<sup>e</sup> minute.

Faire des clichés en déplexion.

L'urographie intraveineuse renseigne sur la valeur fonctionnelle du parenchyme rénal.

Sur la morphologie urétéro pyelocalicielle surtout quand il y a compression des uretères pour la tumeur.

Diagnostic différentiel entre tumeur rénale et fibrome ou toute autre tumeur pelvienne.

f) La Coelioscopie :

C'est l'examen endoscopique de la cavité abdominale sous pneumopéritoine artificiel, examen qui peut se faire à travers la paroi abdominale antérieure (coelioscopie transpariétale).

La coelioscopie a un double intérêt : elle permet un diagnostic précis pour le fibrome sous séreux ou interstitiel.

Elle permet d'apprécier très exactement les indications respectives et les modalités du traitement.

g) La Pelvigraphie gazeuse :

La tomédensitométrie

L'artériographie pelvienne ou de la phlebographie pelvienne:

En association avec l'U.I.V ces 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.

V. Les formes cliniques :

A) Les formes topographiques :

a) La situation par rapport aux couches fonctionnelles de l'utérus.

1. Les fibromes sous séreux situés sous le péritoine. Ils se développent à l'extérieur de l'utérus.

La base d'implantation peut être large :

- Fibrome sous séreux sessile accessible au toucher vaginal.

Le fibrome sous séreux pédicule est rattaché à l'utérus par un pédicule plus ou moins long.

Ils peuvent être asymptomatiques ou révélés par une complication mécanique.

Ils sont souvent confondus avec une tumeur annexielle.

L'H.S.G. est très souvent normale.

L'échographie ne peut les distinguer d'une tumeur solide ovarienne.

Complications: La necrobiose ischémique et la torsion du fibrome sont les complications les plus fréquentes.

2. Les fibromes intra muraux : Ils se développent dans l'épaisseur du muscle utérin qu'ils hypertrophient et déforment.

Leur diagnostic clinique est souvent difficile.

L'apport de l'échographie est important.

3. Les fibromes sous muqueux font saillie en direction de la cavité utérine. Les signes d'appel sont fonction de la taille du fibrome.

Les polypes fibreux pédiculés sont très évocateurs dans leur expérience clinique.

Ils sont à types de coliques expulsives, métrorragie, gros utérus.

L'examen au spéculum peut parfois retrouver un polype accouché par le col. Ils peuvent s'accompagner d'hydrorrhée d'infection ou être ulcérés saignant au contact et nécessitant la recherche d'une lésion associée.

Au Toucher vaginal, on retrouve dans ce cas une masse dont on peut faire le tour et dont le pédicule s'enfouit dans l'endocol.

L'échographie dans ce cas retrouve une image arrondie intra utérine avec parfois une bande linéaire d'échos renforcés traduisant une hypertrophie de la muqueuse : c'est surtout l'hypertrophie de la muqueuse avec l'aspect soufflé de la cavité utérine qu'on retrouve habituellement.

b) La situation par rapport aux régions pelvi abdominales :

1. Formes à développement abdominal :

Le fibrome à développement abdominal déforme o l'évidence l'abdomen.

L'H.S.G. est inutile.

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

L'U.I.V. est importante ici car elle met en évidence une compression urctérale éventuelle, une dilatation urétérale, une pyelo urétérale et des déformations possibles de la vessie.

2. Fibrome à développement pelvien :

Certains comportent un danger pour les organes nobles de voisinages :

- les fibromes du col,
- les fibromes de l'isthme.

Les fibromes inclus dans le ligament large.

Les fibromes développés dans la portion intra vaginale du col sont découverts au spéculum sous forme d'une petite tumeur dure développée sur l'exocol; parfois ce myôme est pédiculé.

L'orifice externe du col peut être dévié en avant ou en arrière.

Les fibromes développés dans la région latérale et sus-vaginale du col et les fibromes développés à partir de l'isthme constituent un même groupe de fibromyome inclus dans le ligament large.

Au toucher vaginal, il refoule un cul de sac vaginal qui est comblé ferme faisant corps avec l'utérus mais ne se mobilise pas. Le col est le plus souvent dévié latéralement et parfois abaissé.

Le toucher rectal apprécie ses rapports avec le paramètre.

L'échographie et l'U.I.V. peuvent être d'un apport important.

H.S.G. donne un amincissement et une élongation du canal endocervical si le fibrome est situé sous l'isthme et au contraire un canal cervical normal et une cavité utérine déformée en cas d'incision isthmique.

C) Les formes associées :

1. Les lésions génitales associées :

1.1. Les anomalies de la muqueuse utérine : elles comprennent :

- une atrophie endométriale survenue lors d'un traitement progestatif,
- des polypes endométriaux,
- une hyperplasie simple ou glandulokystique.

1.2. L'endométriose : c'est une affection due à la prolifération de cellule de la muqueuse utérine en dehors de la cavité utérine. Ces fragments de muqueuse utérine développés en dehors de la cavité utérine peuvent être constitués des tubes glandulaires entourés de chorion cytogène et souvent de fibres musculaires lisses.

Elle se manifeste par :

- a) des douleurs pelviennes à type de dysménorrhée secondaire et progressivement tardive 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour des règles intenses et rebelle au traitement, parfois à type de dyspareunie profonde ou plus souvent à titre de douleurs pelviennes permanentes ou intermittentes (douleurs à la défécation, irradiation sacrée ou anale à recrudescence pré-menstruelle).
- b) une stérilité primaire ou secondaire.
- c) des troubles des règles : hémorragies abondantes. La fréquence est de 13%.

1.3. Les troubles de la statique utérine : Ils peuvent être une antéversion utérine avec une symptomatologie vésicale ; les latéraux déviations évoquant souvent une tumeur annexielle ;

Les rétrodéviations donnant une compression vésicale et enfin les prolapsus génitaux.

1.4. Les cancers génitaux diagnostiqués par un test de Shiller complété de frottis cervico vaginal, d'hystérosalpingographie et de curetage biopsique.

## 2. Formes associées à une pathologie générale :

2.1. Fibrome et goître : l'association fibrome et goître est fréquente. Selon Bromell JOVIN VILLARD, TIXIER et LABRY dans 22,8% il y aurait une hyperplasie thyroïdienne associée.

Il semble que l'hyperœstrogénie existant chez les fibromateuses entraînerait une hypothyroxémie qui déclencherait elle-même une tendance réactionnelle à la production accrue de thyroxine.

Si cette hyperproduction de la thyroxine est associée à une carence iodée, il en résulterait une hypertrophie de la glande thyroïde.

c) Fibrome et kyste de l'ovaire :

La confusion est souvent possible.

Dans le cas du kyste de l'ovaire, les mouvements du col pris entre deux doigts vaginaux n'entraînent pas de déplacement de la main abdominale posée sur le pôle supérieur de la masse.

un doigt vaginal refoulant le cul de sac latéral s'interpose facilement entre le corps utérin et le kyste donnant l'impression d'un "sillon".

La confusion est possible lorsque le kyste est adhérent à l'utérus

ou enclavé dans le cul de sac de Douglas

ou inclus dans le ligament large.

L'échographie :

La coelioscopie et

l'hystérospléngographie sont très utiles.

#### VI. Evolution :

Elle est variable :

Les fibromes utérins peuvent évoluer lentement avec le traitement médical ; ils sont souvent tolérés.

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

Il<sup>s</sup> peuvent se compliquer.

#### VII. Les complications :

##### A) Les complications locales :

C'est l'exagération des signes habituels qui constituent les complications locales.

a) Complications hémorragiques : se rencontrent surtout dans les fibromes sous muqueux.

L'hémorragie par son abondance et sa répétition peut entraîner une spoliation sanguine avec :

- anémie
- asthémie
- lipothymie
- vertiges, accouphènes, dyspnée
- hémopéritoine par rupture d'une veine superficielle.

L'hémorragie brutale nécessitera des transfusions sanguines ou l'intervention d'urgence : hystérectomie d'hémostase.

b) complications mécaniques : sont liées au développement de la tumeur qui entraîne :

1) L'enclavement dont la symptomatologie ressemble à celle d'une hernie étranglée :

La douleur est le maître symptôme.

Elle s'accompagne de signes de compression rectale et vésicale.

Compression du rectum : troubles de la défécation : tenesme et épreinte.

Compression de la vessie : La pollakurie, la dysurie et rarement une rétention d'urine.

Les compressions urétérales entraînent souvent une hydro-néphrose ou une sclérose atrophique du rein.

L'U.I.V. est indispensable pour renseigner sur l'état des reins et des uretères.

L'échographie donnera des renseignements importants.

Compressions veineuses :

Donnent des oedemes des membres inférieurs par difficulté de la circulation de retour - stase sanguine.

La paresthésie, la névralgie, la sciatalgie, conséquences des compressions nerveuses sont des troubles exceptionnels.

c) Les Torsions : Elles sont rares, plus rares que les torsions du kyste de l'ovaire.

La Torsion aiguë du fibromyome sous séreux pédiculé : C'est un véritable syndrome abdominal aigu qui se manifeste par :

- douleur pelvienne brutale intense,
- signes d'irritation péritonéale : vomissement, nausée,
- arrêt de matière et de gaz.

L'état général est altéré.

Il n'existe pas de contracture abdominale.

Une occlusion peut s'installer.

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. Elle se rencontre dans les suites de couche.

d) Les complications infectieuses se rencontrent dans les cas suivants :

1) Dans le cas de fibrome sous muqueux ou polypes fibreux accouchés par le col et ischémiés en contact du milieu vaginal.

Dans ce cas l'infection se manifeste par les signes suivants :

La fièvre :

- une altération de l'état général
- une hyperleucocytose
- une leucorrhée mal odorante
- une douleur expulsive.

Au spéculum, on perçoit une masse brunâtre ramollie et friable pouvant faire évoquer un cancer.



L'antibiothérapie s'impose. Il vaut mieux faire un antibiogramme avant l'administration d'antibiotique.

2) La Necrobiose septique d'un fibrome intra mural ou sous séreux.

Elle survient après un délai de necrobiose aseptique.

Elle est due à une pillulation de germes microbiens.

3) La gangrène utérine survient à la suite de prolifération de germes anaérobies. On retrouve les signes suivants :

- crépitation à la palpation,
- altération rapide de l'état général.

Il est contre indiqué de faire une hystérosalpingographie.

4) L'endométrite : Elle est due aux staphylocoques streptocoques, aux colibacilles, aux chlamydias d'origine exogène et endogène.

Elle se manifeste par une douleur pelvienne des leucorrhées abondantes, une vitesse de sédimentation accélérée, une fièvre.

Il est possible de rencontrer une pyométrie.

5) Les salpingites : On rencontre les formes métrorragiques qui sont caractérisées par les signes suivants :

- des métrorragies accompagnées de douleur pelvienne bilatérale.
- Ces douleurs sont provoquées ou spontanées.

Il existe des épisodes fébriles, une vitesse de sédimentation qui est accélérée et une hyperleucocytose.

La coelioscopie est indiquée.

e) Les transformations histologiques sont représentées par :

1) La transformation œdémateuse

2) La Necrobiose aseptique : Elle est due à une ischémie du fibrome mal vascularisé souvent favorisé par la grossesse.

Les signes se révèlent par :

- une douleur pelvienne intense,
- 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.

3) La calcification du fibrome : Elle s'observe souvent après la ménopause.

C'est une découverte radiologique sous forme d'une opacité arrondie fréquemment ordonnée en couches concentriques.

4) La dégénérescence maligne : Le fibrome peut dégénérer. Cette dégénérescence maligne est estimée à 0,5% selon les statistiques.

La dégénérescence sarcomateuse est rare. Elle est à soupçonner devant un fibrome qui grossit rapidement après la ménopause.

L'échographie peut montrer des signes de métastases hépatiques.

B) Les complications générales :

a) Les complications hématologiques : sont représentées par :

1) une anémie : Il s'agit le plus souvent d'anémie hypochrome. Quelques rares fois, on rencontre une anémie hémolytique.

2) La polyglobulie :

L'association fibrome et polyglobulie a été décrite en 1953 par THOMAS et DARSON, depuis plusieurs observations ont été publiées dont celle de Gilles Stenkiste en 1978.

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

3) La Thrombopenie :

Duporieux C. HOPFMER C, DUHAMEL en 1984 ont publié deux cas de Thrombopenie associée à un Leiomyome utérin. Selon ces auteurs, la thrombopénie a disparu après l'hystérectomie.

4) Les complications vasculaires :

Elles sont représentées par :

1. des thrombophlébites pelviennes ou des membres inférieurs : Elles sont définies par l'apparition d'un caillot de sang adhérent plus ou moins à la paroi veineuse. La formation du caillot est favorisée par la compression veineuse provoquée par la tumeur.

Elles se manifestent par :

- la douleur : cette douleur est à rechercher le long de l'axe veineux. La douleur est exagérée par les 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).

Des signes décrits qui sont caractérisés par :

- fourmillement des lourdeurs de tension dans la jambe ;
- une élévation thermique modérée associée à une accélération du pouls surtout si elle précède la fièvre.

une douleur locale : la zone intéressée est chaude, on retrouve un oedème discret par suite de l'augmentation du membre inférieur.

2) Les troubles de la crase sanguine : Ils sont dus aux hémorragies fréquentes.

3) L'hypertension artérielle : Elle se rencontre également associée au fibrome. Elle est la conséquence des complications vasculaires et hématologiques.

Troubles cardiaques : Toutes les complications vasculaires et hématologiques ont des répercussions sur le coeur.

c) Les complications obstétricales :

L'infécondité :

La responsabilité d'un fibrome en cas de stérilité ne peut être affirmée qu'après avoir éliminé tous les autres facteurs d'infécondité.

Le fibromyome peut obstruer l'orifice tubaire.

Le fibrome sous muqueux peut provoquer les troubles de la nidation.

2) Fibrome et grossesse :

2.1. association fibrome et grossesse extra utérine :

Cette association est rare. Le fibrome peut provoquer un rétrécissement de l'orifice tubaire et empêcher le passage de l'oeuf de la trompe à la cavité utérine.

2.2. Fibrome et grossesse :

Il est maintenant prouvé que la grossesse modifie la texture et le volume du fibrome.

Le fibrome augmente de volume, se ramollit, change parfois de forme, change toujours de position et s'élève.

L'oeuf risque d'être expulsé prématurément : avortement ou accouchement prématuré.

Au cours de la grossesse : Le fibromyome majore les risques d'évacuation incomplète, d'hémorragie et d'infection. Ceux-ci résultent des causes responsables des troubles de la nidation et de l'absence de capacité de l'utérus d'augmenter de volume comme l'exige la croissance embryonnaire.

Le fibrome augmente le risque d'hypotrophie foetale.

Salon HENRION, 10 à 20% des présentations seraient anormales : il s'agit des présentations de siège et des présentations transverses.

Le taux de Césarienne avoisine 50%.

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

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

Au cours de l'accouchement :

Le fibromyome peut constituer un obstacle praevia entraînant ainsi une dystocie d'expulsion.

Le fibromyome entraîne une dystocie dynamique par défaut de contractions utérines.

La délivrance est hémorragique car l'utérus fibromateux se retracte difficilement. Il faut surveiller les suites de couches.

Après l'accouchement : post partum :

Le fibromyome entraîne une inertie utérine.

L'endométrite et les phlébites sont fréquentes.

La mortalité foetale varie de 6 à 12%.

ASPECTS THERAPEUTIQUES

## ASPECTS THERAPEUTIQUES

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

Choix des méthodes : La nature des lésions et leurs caractéristiques (nombre, siège, volume) conditionnent l'attitude à prendre. Ces lésions peuvent être :

- des lésions bénignes
- des lésions hormono dépendantes

ou il peut y avoir des complications éventuelles.

Les méthodes thérapeutiques comprennent :

### I. L'abstention thérapeutique :

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

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

L'abstention thérapeutique peut être observée chez la femme obèse en mauvais état veineux.

### II. Les traitements médicaux :

Le traitement médical est essentiellement symptomatique. Il associe des progestatifs, des utérotoniques et des hémostatiques. Les androgéniques sont rarement utilisés.

#### 1. L'utilisation de la progestérone et des progestatifs :

Ils sont prescrits en discontinu du 15<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle et parfois du 5<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle si l'on recherche en plus un effet contraceptif.

En pratique on utilise :

##### a) Les progestatifs dérivés de la nor-19 testostérone

Ce sont des substances à effet androgénique et sont par conséquent anti ovulatoires ; elles sont utilisées dans la thérapeutique médicale des cancers génitaux hormono dépendants.

Elles comprennent :

- acetate d'éthinodiol : lutomédrodiol comprimé dosé à 2 mg : c'est un anti-estrogène. La dose doit être forte. Elle s'utilise en raison de 2 à 4 comprimés par jour du 15<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle ou du 5<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle.
- Lynostrol : orgamétril comprimé dosé à 5 mg, c'est un antiestrogène fort.  
Elle s'administre en raison de 2 comprimés par jour du 15<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle ou du 5<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle.
- Noréthistérone ou Norluten comprimé dosé à 5 mg est un antiestrogène fort.  
Elle est utilisée en raison de 1 à 2 comprimés par jour du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle.
- Primolut-nor comprimé dosé à 10 mg est utilisé en raison de 1 comprimé par jour du 15<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle ou du 5<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle.

b) Les dérivés de la nor 19 progestérone qui comprennent :

- Le Demegestérone ou tutionex comprimé dosé à 0,500 mg est employé en raison de 2 comprimés par jour du 15<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle.
- Le Promegestérone ou Surgestone comprimé dosé à 0,125 ou 0,25 mg est employé en raison de 0,125 mg ou 0,25 mg par jour du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle.

c) Les dérivés de la 17 hydroxyprogestérone représentés par le lutéran 5 mg est un anti-estrogène moins que les dérivés nor stéroïdes 19, nortestostérone.

Le lutéran n'est pas anti-ovulatoire et se présente sous forme de comprimé de 2 mg ou 5 mg. Sa posologie est de 2 mg ou 5 mg par jour du 15<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle.

2°/ L'utilisation des estrogènes : Les estrogènes sont utilisés à titre hémostatique ; lors des hémorragies importantes, on utilise :

- le premarin est employé en ampoule de 20 mg pendant 4 jours.
- le Benzogymoestril en ampoule dosée à 5 mg est administrée pendant 4 jours en raison de 5 à 10 mg/jour en injection intramusculaire
- ou l'Ethinyl oestradiol en comprimé qu'on donne en raison de 400 µg par os.

Le traitement estrogénique doit être relayé pendant un cycle par un traitement oestroprogestatif pour éviter la survenue d'une hémorragie à l'arrêt des oestrogènes.

3) Les androgènes : sont moins utilisés actuellement.

Il ne faut jamais les prescrire sous forme retard, ni prescrire les formes à action virilisante chez les femmes jeunes.

4) Les autres traitements médicaux sont utilisés en cas d'hémorragie de moyenne abondance.

a) Les utérotoniques : ce sont :

- L'oxytocine syntocinon 1 ampoule se présente sous forme d'ampoule de 2ml dosée à 245 d'oxytocine ou ampoule de 1 ml dosée à 5 U.I d'oxytocine

Elle est employée en raison de 3 à 10 U.I en injection intramusculaire ou en perfusion en raison de 5.U.I. dans 500 ml de serum glucose - 40 gouttes par minute.

- La Méthyl ergo métrine (Méthergin) 20 gouttes x 3 j.

b) Les hémostatiques représentés par :

- le Dicynone qui existe sous forme de comprimé.

Sa posologie est de 3 comprimés par jour 20 jours par mois.

- Hemocaproïl (acide aminocaproïque) se présente sous forme d'ampoule injection de 10 ml dosé à 2 g d'acide aminocaproïque, ou ampoule buvable de 20 ml dosée à 4 g d'acide aminocaproïque.

Traitement d'urgence : Il faut faire une injection intraveineuse lente et directe d'1 à 2 ampoules suivie d'une ampoule en 2 à 3 heures, en perfusion intraveineuse dans un flacon de sang, de plasma ou de soluté glucosé ou salé.

Traitement d'entretien comprend une ampoule buvable toutes les 6 heures pendant 5 à 15 jours ou plus.

c) Les Toniques veineux : ce sont :

L'Esberiven sous forme d'ampoule buvable de 2 ml ou d'ampoule injectable de 2 ml s'administre en raison de 3 ampoules buvables par jour ou en injection de 2 à 4 injections par jour pendant 4-5 jours.

Le Ginkor se présente sous forme de gelule (vertes et blanches) ou d'ampoules buvables de 5 ml.

Sa posologie est de 2 à 3 gelules par jour ou 2 à 3 ampoules buvables par jour, réparties au cours des repas.



## II. Le traitement chirurgical :

Le traitement du fibrome est essentiellement chirurgical au point qu'on peut affirmer avec certains auteurs que les autres méthodes thérapeutiques (traitement médical, radiothérapie, abstention) ne sont pratiquées qu'à l'occasion des contre-indications opératoires.

Le traitement chirurgical comprend :

- La chirurgie conservatrice
- La chirurgie radicale.

### A) La chirurgie conservatrice :

Deux interventions sont possibles :

- la myomectomie et
- le curetage.

a) La myomectomie : c'est en Allemagne en 1878 que la chirurgie conservatrice par voie abdominale fit son apparition avec A. Martin de Berlin.

En 1901, le français nommé DARTIGUES se fit le défenseur de la myomectomie dans son livre intitulé "la chirurgie conservatrice dans le fibrome".

Ce furent alors le tour de M. BRINDEAU, M. COTTE, l'école Lyonnaise.

En 1942, le professeur Lantuaoul et R. MERGER révèlent que le pourcentage de 75% de myomectomie s'était maintenu depuis 1972. On pratique même des myomectomies pendant la grossesse.

La myomectomie à une indication formelle chez la femme jeune car elle laisse à la femme son potentiel de maternité. A cela s'ajoutent le volume réduit des fibromes.

DAWITH a rapporté 1.150 myomectomies, soit 10% après 40 ans. M.R? MERGER cite des chiffres comparables :

- 36 myomectomies après 40 ans
- 15 myomectomies après 45 ans
- 2 myomectomies après 50 ans.

En 1971 MMP Gelle, G. CREPIN et F. FASQUELLE du centre hospitalier de ROUBAIX montrent que la myomectomie a été pratiquée dans 12,3% des cas (82 cas) Journée Franco-Roumaine de 1978 sur 2.740 cas M GOUVEL d'Angoulême 37% des cas.

Avant 25 ans la myomectomie est faite à 95%.

De 30 à 35 ans 40%.

2°/ Technique de la myomectomie : Il y a 2 voies d'abord :

2.1. La voie abdominale

La voie vaginale

La voie abdominale comprend

L'incision médiane sous ombilicale

et l'incision de Pfannenstiel.

La voie vaginale : Elle a trois indications :

- les fibromes exceptionnels du museau de Tanche
- les fibromes associés à un prolapsus
- les fibromes intracavitaires et les polypes fibreux.

2.2. La voie abdominale :

Exérèse : Le volume du fibrome importe peu

le nombre : certains auteurs conseillent jusqu'à 15 myomes

le siège : est très important.

Les fibromes de l'isthme et surtout le fibrome englobant la totalité de l'utérus sont des contre-indications à la chirurgie conservatrice.

L'incision est pratiquée sur la ligne médiane jusqu'à la capsule du myome. Le clivage est réalisé de proche en proche sans ouverture du myome mais s'il s'avère difficile M.P BROCCQ conseille de "fendre le fibrome de part en part les deux moitiés seront alors facilement accouchées".

L'ablation du myome est peu hémorragique si on peut utiliser le plan de clivage. On peut réduire l'hémorragie en perfusant des ocytociques en cours d'intervention.

Une hystérotomie peut être pratiquée si au cours d'une polomyomectomie l'existence de polypes sous muqueux est soupçonnée.

2.3. La suture :

Le capitonnage des loges myomateuses sera fait avec soin en plusieurs plans aux fils résorbables. On peut utiliser les ocytociques qui vont retracter l'utérus et assécher les hémorragies.

En cas d'hystérotomie, l'endomètre est suturé aux catguts fins ou son avortement est assuré par des points rapprochés, passés dans le myomètre au ras de la muqueuse utérine sans la perforer. Une malfaçon de la cicatrice endométriale peut être cause de synéchie ou d'avortement à répétition.

#### 2.4. La Péritonisation :

Elle permet d'éviter des adhérences ultérieures de l'épiploon ou des anses à la face antérieure de l'utérus porteuse de cicatrice.

#### 3°/ Les indications de la myomectomie :

La myomectomie sera préférée : chez la femme jeune en l'absence de lésions associées et désirant être enceinte,

- En cas de fibromes interstitiels et de fibromes sous séreux,

- Si la femme désire conserver intactes les fonctions de l'utérus.

La myomectomie est pratiquée quelquefois en cas de Nécrobose aseptique ou de torsion d'un fibrome sous séreux.

#### 4°/ Les avantages de la myomectomie :

La myomectomie permet à la femme de garder ses activités génitales intactes : la menstruation et la fécondation.

Le fait de conserver ses règles est d'un intérêt certain sur le plan psychologique chez la femme, surtout chez la femme jeune

- Nécessité d'en tenir compte lorsque le chirurgien veut intervenir.

- Les possibilités de grossesse : sont d'une importance capitale, car un couple sans enfant est un couple malheureux. La myomectomie permet de conserver les possibilités de grossesse. On sait que le fibrome peut être cause de stérilité mais il s'agit d'un diagnostic d'élimination, qui ne doit être posé qu'après avoir pratiqué un bilan complet. Les diverses statistiques prouvent bien que la fonction gestative de l'utérus est conservée après myomectomie.

BROWN	:	54%	de grossesse
CRENERO	:	46%	"
BONNET	:	38%	"
POLAK	:	33%	"

M. GAVEL (Journée franco-roumaine de 1978) :

- 605 opérations conservatrices (dont 385 polypertomies + 218 myomectomies)
- 453 femmes eurent une ou plusieurs grossesses (70%)

CREPIN 6 patientes stériles sur 13 deviennent enceintes.

5°/ Les inconvénients de la myomectomie : Leur importance est variable. On a reproché à la myomectomie les risques de récurrence du fibrome.

Les infections

La maladie thrombo embolique

Les accidents hémorragiques

et les occlusions post-opératoires.

- Les récurrences : FINN et MULLER de Lardo les situent entre 10 et 20%. Elles sont évaluées à 2,65% pour COTTE et 4% pour BONNEY. Les myomectomies exposent à l'apparition ultérieure de nouveaux fibromes.

14% pour Robber

15% pour Butttram

14% pour J. COHEN

27% pour Ranney

Daudenard 27,4%

28% Babak Nia et Coll.

- L'infection : Elle est évitée grâce à l'antibiothérapie.
- La maladie Thrombo-embolique est rare lorsque les mesures préventives habituelles sont prises (lever précoce avec ou sans anticoagulant).
- Les accidents hémorragiques sont rares également si les indications opératoires sont correctement posées.
- Les occlusions post-opératoires : Elles surviennent difficilement si la péritonisation de l'incision de la myomectomie a été soignée.

b) Le curetage :

On pratique le curetage des myomes sous muqueux pédiculés dont la taille est petite.

Au cours des hémorragies rebelles au traitement médical.

Les progrès de l'hystérocopie permettent l'exérèse de polypes fibreux plus gros.

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

B) La chirurgie radicale :

L'hystérectomie : Elle peut être totale ou subtotale.

a) L'hystérectomie totale :

Ici il s'agit d'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.

On dénombre dans la littérature les statistiques suivantes :

20% de myomectomie pour 80% d'hystérectomie.

Daudenard rapporte 40 à 85% d'hystérectomie pour 15 à 60% de myomectomies selon les services.

Ingersoll retrouve en 1963 23% de myomectomies pour 77% d'hystérectomies soit une proportion d'une myomectomie pour 4 hystérectomies.

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

Crepin college signale 16% de myomectomies contre 84% d'hystérectomies.

Les statistiques en Côte d'Ivoire montrent 47% d'hystérectomies pour les utérus polymyomateux et 53% pour les fibromes compliqués.

Au Sénégal, dans la thèse de S. BAYO on retrouve 235 hystérectomies pour 58 myomectomies, soit 24%.

Technique d'hystérectomie totale par voie abdominale :

Il faut mettre la patiente en position horizontale puis en position légèrement inversée, tête en bas pour dégager la cavité pelvienne des anses intestinales.

On pratique une incision médiane sous ombilicale.

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

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

I. a) Annexes sacrifiées :

1°/ La ligature du pédicule lombo-ovarien ou infundibulo-ovarien : A gauche cette ligature peut nécessiter le clivage de la racine secondaire du mesocolon plevien et même un petit décollement colo pariétal.

Des deux côtés, il faut identifier l'uretère sous le péritoine.

2°/ La section du pédicule : Elle se fait entre la ligature et une pince de koker. Les chefs sont gardés longs et repérés par une pince.

3°/ La Section du feuillet antérieur du ligament large se fait aux ciseaux jusqu'aux ligaments ronds.

4°/ La ligature du ligament rond : on ligature à 2 cm de la corne utérine et les fils de la ligature doivent être gardés longs.

5°/ Section du ligament rond : cette section est effectuée entre la ligature et une forte pince qui prend toute l'annexe au ras de la corne utérine.

b) Les annexes conservées :

1°) La ligature en masse de l'annexe :

A l'aide d'une aiguille perforant le ligament large en dehors des vaisseaux (regarder avant de piquer) d'avant en arrière on ramène un fil solide lisse n°2 au catgut chrome n°2 qui étire le ligament rond, la trompe et le ligament utéro-ovarien.

2°) Section de l'annexe : Ce gros moignon doit être taillé curviligne aux dépens de la corne utérine.

II. Suite de l'opération :

1. Ouverture du ligament large : Soulevant le moignon annexiel, on introduit les ciseaux fermés entre les feuillets du ligament large et on l'ouvre en ouvrant les ciseaux. On sectionne le feuillet antérieur du ligament large.

2°) Section du péritoine vésico-utérin :

Les ciseaux sont introduits fermés sous le péritoine qui prolonge en avant de l'utérus le feuillet antérieur du ligament large. L'ouverture des ciseaux élève l'espace vésico utérin. Il faut se méfier. Le péritoine adhère à l'utérus et ne doit être élevé que dans la zone décollable.

Pour l'identifier, on met en tension la vessie et on sectionne quelques millimètres au-dessous de la zone adhérent à l'utérus.

La section est abandonnée sur la ligne médiane.

3°/ Répétition des mêmes manoeuvres de l'autre côté :

A ce moment le péritoine est ouvert en avant d'un ligament rond à l'autre en arrière d'un moignon annexiel ou utéro ovarien - à l'autre l'utérus émerge dans l'aire du ligament large ouvert.

4°/ 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 deux millimètres.

5°/ Clivage du fascia : Aux ciseaux courbes en amorce latéralement le clivage vertical entre le fascia et le dome vaginal. Il n'est pas utile de dépasser une profondeur de 15 mm. Après cette amorce de clivage, on a créé dans le fascia une brèche effilée aux deux extrémités.

6°/ La ligature de l'artère utérine : Le dissecteur coudé est 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 chrome 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 des piliers se termine au pédicule utérin lié.

7°/ 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 tissu 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 sont sectionnés les vaisseaux.

8°/ La ligature et la section de l'utéro sacré : On ligature le ligament utéro sacré. Au bistouri on le sectionne en ménageant la ligature.

On répète la même manoeuvre de l'autre côté.

9°/ La section du péritoine recto-vaginal = on la complète si c'était nécessaire, après la section des utéro sacrés. On cliève les adhérences du rectum et on ouvre l'espace celluleux recto-vaginal.

10°/ 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.

11°/ 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.

12°/ Section postérieure du vagin :

Sous contrôle de la vue au-dessus des moignons de ligature, on sectionne le vagin. A ce moment deux options sont possibles :

- On peut poser un drain quand il y a des saignements
- On peut ne pas drainer.

13°/ Péritonisation : Elle est réalisée selon certaines auteurs au fil non résorbable de droite à gauche c'est-à-dire de l'aide vers l'opérateur.

Cette péritonisation comporte le rapprochement des berges de section antérieure et postérieure du péritoine enfouissant soigneusement le ligament lombo ovarien droit puis le ligament rond droit sur la partie médiane. On peut éventuellement solidariser cette péritonisation avec la tranche vaginale dans le but d'éviter des espaces morts.

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



b) L'hystérectomie subtotale ou supra vaginale

On la pratique aussi selon le volume et le siège du fibrome.

Il existe plusieurs variantes. Il s'agit :

- l'hystérectomie supra isthmique
- l'hystérectomie fundique
- l'hystérectomie intra pédiculaire de Soresi - BROCCO qui

consiste à couper de chaque côté dans l'épaisseur du myomètre afin de garder en entier l'arcade utérine tubo ovarienne.

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 deux ligaments ronds, on saisit le péritoine vésical devant l'utérus dans une pince de DUVAL ; celle-ci attire légèrement 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 ligne de section du col.

2°/ Répérage du 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°/ La ligature du pédicule utérin : Au droit du niveau de la future 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, commence par une utérine coupe le col, termine par l'autre 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-dessous de la tranche de section.

Il faut éviter l'évidement du col. On vérifie la sécurité de l'hémostase.

5°/ Fermeture du col : C'est très épais et mobile à où la nécessité de mettre 3 points : un médian, deux latéraux au catgut chromé très solide.

b) La péritonisation : on péritonise de la même façon que dans l'hystérectomie totale.

c) Les indications des hystérectomies :

Les fibromes volumineux déformant l'abdomen nécessitent une hystérectomie totale inter annexielle avec conservation des ovaires s'ils sont bons.

Les gros fibromes chez les femmes prémenopausiques ou en ménopause avec lésion annexielles l'hystérectomie s'impose surtout quand le col porte une lésion suspecte.

Les fibromes sous muqueux saignant accompagnés d'anémie sévère : surtout chez une femme âgée et multipare, nécessitent des transfusions et une hystérectomie.

La chirurgie radicale est aussi indiquée en cas de fibromes intra ligamentaires ou enclavés dans le Douglas ou dans les lésions de myomatose multiples.

d) Les avantages de l'hystérectomie totale :

C'est une intervention mutilante qui entraîne une ménopause artificielle.

Evite la survenue d'un cancer du col

L'existence d'endo exo cervicite des lésions dystrophiques ou infectieuses dont on ne vient pas toujours à bout par des traitements locaux.

e) Inconvénients

Il peut arriver des dyspareumies après suppression du col, des cicatrices douloureuses au fond du vagin ou une atrophie vaginale et un prolapsus.

Au cours de l'intervention on peut lésionner les viscères surtout la section de l'uretère ou de la vessie.

f) Les avantages de l'hystérectomie subtotale

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

g) Les inconvénients de la subtotale sont :

- le cancer du col
- les exo cervicites et
- les métrorragies.

Les problèmes de la conservation des annexes :

La conservation de l'ovaire a posé beaucoup de problèmes après une hystérectomie habituelle l'ovaire dévascularisé prive de la synergie normale avec l'utérus ne recevant plus l'hypothétique 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 à été remise à l'ordre du jour du 18<sup>e</sup> congrès de la fédération française de gynécologie et d'obstétrique, Paris Juin 1959 (Funk-BREntana) dont nous résumons les conclusions.

I. Les troubles de la castration chirurgicale :

1°/ Conséquences trophiques : de la carence hormonale se traduisent par une involution des glandes de la muqueuse vulvo-vaginale qui s'assèche et s'amincit. Les petites lèvres regressent 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 :

La castration entraînerait l'ostéoporose qui serait d'autant plus assurée que la mutilation génitale est plus précoce.

3°/ Conséquences hypophysaires : Il en résulte une hyperproduction d'hormone gonadotrope biologiquement traduite par une hyperproduction urinaire de FSH et s'exprimant cliniquement par des bouffées de chaleur.

4°/ Autres conséquences :

- obésité - hypertension
- althrose et goître.

II. Les dangers de la conservation ovarienne :

1°/ kystes de l'ovaire restant : En fait sur 734 cas observés par Funk Bretano, 10 fois il s'est développé un kyste sur l'ovaire restant soit 13%.

Desmarais sur 150 hystérectomies, 1 kyste sur 150 .

Feray : 1%.

C'est un accident rare.

2<sup>b</sup>/ Cancer de l'ovaire restant :

C'est un accident rare également car Funk Bretano signale 0,2%.

III. Indications de la conservation ovarienne  
indications absolues de la castration

Les cas associés à une tumeur maligne de l'appareil génital néo du col, néo du corps.

La notion de cancer du sein dans les antécédents de la malade.

La conservation ovarienne chez une femme a proximité de la ménopause est peu justifiée.

L'endométriase et dans la période post-ménopausique.

C) Conduite à tenir devant Fibrome et grossesse :

L'association fibrome et grossesse demande de la part de la patiente beaucoup d'assiduité aux visites périodiques, et de la part du médecin une attention particulière.

Les interventions chirurgicales risquent de compromettre la grossesse.

On peut seulement pratiquer une myomectomie d'exception : en cas de Necrobiose aseptique ou de torsion ne cédant pas au traitement médical.

La césarienne s'impose en cas de volumineux fibrome praevia, chez la primipare ayant subi une myomectomie selon certains, au cours des dystocies dynamiques.

Traitement médical au cours de la grossesse :

- Ce traitement est nécessaire lors des contractions utérines douloureuses et lorsqu'il y a menace de torsion du fibrome.

Le traitement médical comporte :

1) Les Betamimétiques :

a) Le Terbutaline ou Bricanyl se présente sous forme de comprimés sécables, d'ampoule injectable.

Le Bricanyl comprimé est utilisé de 1 à 2 comprimés toutes les 3 à 4 heures généralement un relais de la forme injectable et jusqu'à la 38<sup>e</sup> semaine de la grossesse.

Le Bricanyl injectable est utilisé en urgence par voie sous-cutanée en raison d'une ampoule toutes les 3 à 4 heures.

Perfusion intraveineuse : on met 6 ampoules de Bricanyl (3 mg) dans 500 cc de sérum glucose isotonique 5%. On pourra prendre le relais par des comprimés ou les ampoules injectables sous-cutanées.

Isosuprine Duvadilan se présente sous forme de comprimé dosé à 10 mg d'isosuprine et d'ampoule injectable de 2ml dosé à 5 mg/ml.

Sa posologie est la suivante :

Traitement d'attaque : le sujet est placé en décubitus latéral, on utilise une perfusion de 500 ml de soluté glucosé isotonique 100 mg (10 ampoules) de Duvadilan.

Débit d'injection : commencer 20 à 30 gouttes par minute jusqu'à 50 gouttes par minute en fonction de la sensibilité de la malade, ceci pendant plusieurs jours. Cela nécessitera le contrôle de la T.A. et du pouls.

Traitement d'entretien :

3 à 8 comprimés ou 30 à 80 mg en injection intramusculaires par jour régulièrement répartis.

Pré par ou Ritodrine se présente sous forme de comprimés sécables voie orale (jaunes) dosés à 10 mg.

Soluté injectable pour perfusion intraveineuse dosé à 10 mg/ml. Sa posologie est de :

Perfusion 5 V la dose efficace se situe entre 0,25 et 0,35 mg par minute.

Il est possible d'atteindre cette dose efficace soit d'emblée soit progressivement.

Traitement de relais : 1 comprimé (10 mg) toutes les 3 à 6 heures pendant 24-48 heures.

2°) La Progestérone : on utilise 500 mg injectable par jour jusqu'à sédation des symptômes puis 1 ampoule 5 Im de 500 mg par semaine.

3°) Diazepam est utilisé sous forme de 6 à 15 mg/mg.

4°) Antibiothérapie : En cas d'infection.

On conseille un repos quand il y a menace d'avortement ou d'accouchement prématuré.

#### IV. Les autres traitements :

##### Traitement par les agents physiques :

Ces méthodes sont actuellement abandonnées. Nous ne les citerons donc que pour mémoire.

##### La radiothérapie :

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

La curithérapie souvent utilisée en cas d'échec de la radiothérapie.

##### Conclusion :

Les agents physiques ont été abandonnés pour trois raisons:

- une action inconstante sur le volume de la masse
- ils constituent une thérapeutique mutilante
- l'impossibilité de redresser une erreur de diagnostic et le danger d'irradier
  - un kyste de l'ovaire
  - une grossesse méconnue
  - un cancer utérin associé car ici les doses sont insuffisantes et risquent d'entraîner une radio résistance.

IV. NOS OBSERVATIONS

TABLEAU I : Fréquence dans les Formations étudiées.

Formations sanitaires	Nbre d'activités	Nbre de fibromes	Fréquences
Nbre d'interventions en chirurgie générale à l'Hôpital Gabriel TOURE en un an.	2.312	48	2,07%
Nbre d'interventions gynécologiques à l'Hôpital Gabriel TOURE en un an.	1.130	48	4,42%
Nbre d'interventions en chirurgie générale à l'Hôpital du Point G. en un an.	1.307	43	3,29%
Nombre d'interventions gynécologiques à l'Hôpital du Point G. en un an.	573	43	7,5%
Nbre de consultations à la P.M.I. Centrale et à la Maternité de Hamdallaye	3.921	9	0,22%
Nbre de consultantes à la P.M.I. Centrale et à la Maternité de Hamdallaye.	1.421	9	0,63%
Nbre d'affections gynécologiques P.M.I. et Maternité de Hamdallaye.	2.088	9	0,43%



**TABLEAU II** : Fréquence du fibrome dans les formations sanitaires:  
Hôpital Gabriel TOURE, Hôpital du Point G, P.M.I.  
Centrale et Maternité Hamdallaye dans la période de  
septembre 1985 à Août 1986.

Nombre d'interv. chirurg. en 1 an	Nombre de Fibromes en un an	Nombre de F N D Chir% gynécolog.	Nbre d'interventions gynécolog. en un an	Nombre de Fibromes en un an	Nombre de F Nbre d'S.G%.
3.619	100	2,76	1.703	100	5,83

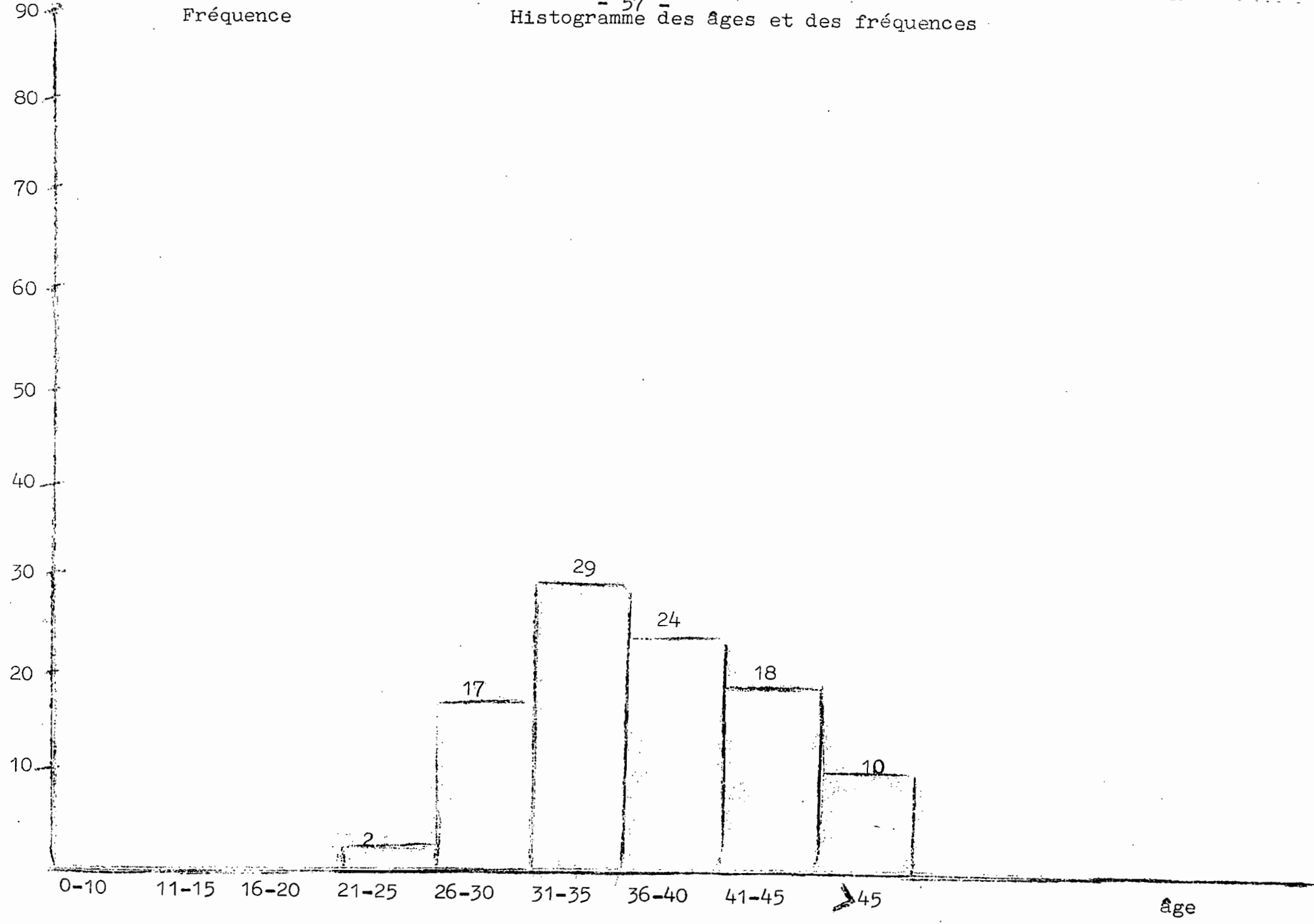
Nombre de consultat en un an	Nombre de Fibromes en un an	Nombre de F Nbre de consult.%	Nombre de consul- tantes en un an	Nombre de fibromes en un an	Nombre de F Nbre d'S.G %
3.921	100	2,54	1.421	100	7,03

Nombre de consultat en un an	Nombre de Fibromes en un an	Nombre de F Nbre de consult.%	Nombre de consul- tantes en un an	Nombre de fibromes en un an	Nombre de F Nbre d'S.G %
3.619	100	2,76	1.703	100	5,83

Nombre de consultat en un an	Nombre de Fibromes en un an	Nombre de F Nbre de consult.%	Nombre de consul- tantes en un an	Nombre de fibromes en un an	Nombre de F Nbre d'S.G %
3.921	100	2,54	1.421	100	7,03

Fréquence

Histogramme des âges et des fréquences



âge

NOS OBSERVATIONS

Fréquence par ethnie et par âge .

TABLEAU III

	15-25 ans	26-30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	45 ans	Total
Bambara	1	8	9	5	7	2	32%
Peuls		1	4	6	1	4	16%
Sarakollé			3	4	3	2	12%
Songhoï		2	3	1	1	1	8%
Malinké		2	1	2	2		7%
Ouolof				1		1	2%
Arabe			2		3		5%
Touareg							1%
Sénoufo		1	1	2			4%
Bozo			2	2			4%
Somono							
Dogon		1		1	1		3%
Kassonké	1	1	1				3%
Gouane							
Ethnie			1				1%
Ghana peul							
Bobo		1	2				3%
Total	2	17	29	24	18	10	100%

Fréquence : La population bambara est la plus fortement représentée, c'est ce qui explique la fréquence élevée de fibrome au sein de cette ethnie : 32%.

Ensuite suit l'ethnie peul 16%.

Les Sarakollés occupent la 3<sup>e</sup> position avec 12%.

On constate par ailleurs que l'âge le plus élevé est de 67 ans.

L'âge le plus bas est de 25 ans.

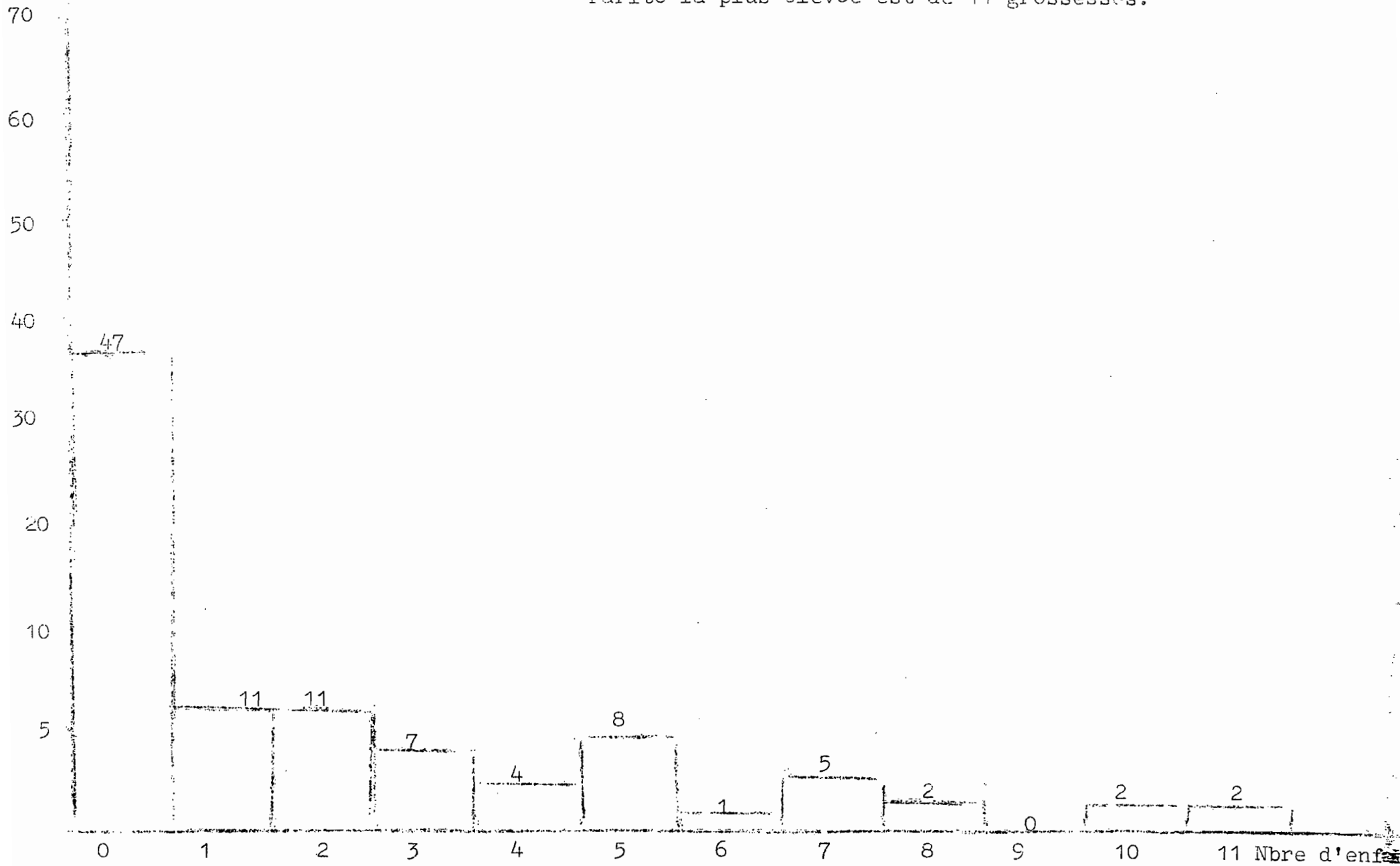
La fréquence de fibrome la plus élevée se situe entre 30 - 45 ans.

L'âge de la puberté chez nos patientes est en moyenne de 13 - 15 ans.

Nbre de femmes.

La Parité

Parité la plus élevée est de 11 grossesses.



La contraception

7% de femmes utilisaient les oestropogestatifs.

Il s'agit de femmes multipines.

Aucune femme multipine n'a utilisé les oestropogestatifs.

TABLEAU

Planning Gamilial et Fibromes

!Nombre de con- !sultantes !Planning	!Nombre de Fibromes !Nbre de consultan- !tes - %	!Nombre de con- !sultations !Planning	!Nombre de F. !Nbre de con- !sultations !%
1.435	0,4	6.779	0,10

LES MOTIFS DE CONSULTATIONS

c) Augmentation de volume de l'abdomen :

Elle est constatée en général lorsque la tumeur a évolué jusqu'à l'ombilic. Elle est signalée le plus souvent comme étant une grossesse arrêtée. Il n'est pas rare d'entendre que cet arrêt remonte à 1, 2, 3 ou plusieurs années. Cette augmentation de volume est souvent associée à d'autres signes : douleurs, métrorragies décelées par l'interrogatoire.

Nous avons rencontré 10 cas, soit 10% des motifs de consultation.

d) La leucorrhée :

Elle est banale. Elle est gravement signalée par nos femmes. Elle s'observe entre les règles et est interprétée chez une femme jeune non pas comme une anomalie, mais un état de bon fonctionnement du vagin.

e) La stérilité :

C'est le signe rarement évoqué d'emblée par nos femmes quand elles se présentent en consultation. Elles l'expriment sous forme voilée avec des tournures qui nécessitent de la part du médecin beaucoup de tact, de patience et d'expérience.

Un couple sans enfant est un couple malheureux dans notre société et après plusieurs années de mariage sans résultat, la société invite le mari à la polygamie, car souvent, c'est la femme qui est incriminée. On oublie que le mari peut être stérile au même titre que la femme. C'est ainsi que la femme mariée depuis plusieurs années sans enfant va de médecin en médecin pour trouver le mal qui l'empêche d'être féconde sans dire directement pourquoi elle vient en consultation. C'est là qu'elles s'expriment en ces termes : "j'ai mal au bas ventre".

Nous avons rencontré 19 cas au cours de nos observations. Il s'agit de femmes âgées de 25 à 45 ans.

f) Hémorragies après aménorrhée :

Les femmes viennent parce qu'elles ont constaté des aménorrhées suivies d'hémorragie. Le problème pour nous, c'était de savoir s'il s'agissait :

- des avortements à répétition
- ou des complications du fibrome.

En effet, sur les 4 cas retrouvés au cours de nos observations, à l'issue des examens cliniques, nous avons découvert un fibrome.

Dans tous les cas, la responsabilité du fibrome est difficile à déterminer.

g) Autres signes :

Nous avons rencontré un cas d'œdème des membres inférieurs accompagnés de douleurs thoraciques. Il s'agissait d'un gros fibrome compressif qu'on avait d'ailleurs pris au départ pour un lymphoedème.

2 cas de ménopause : en effet, ces deux patientes sont venues parce qu'elles ne voyaient pas leurs règles. A l'issue de l'examen clinique, il s'est avéré qu'elles étaient en préménopause.

B) Signes physiques :

Ils sont très importants et suffisent le plus souvent pour faire le diagnostic de fibrome utérin. Ils dépendent du siège et du volume du fibrome.

a) Inspection :

Dans le cas de tumeur volumineuse, elle nous a permis de constater :

- une voussure de l'abdomen nous orientant vers d'autres affections hépatomégolée et sphénonégale
- non moins fréquemment des cicatrices sur l'abdomen témoin d'empreinte des traitements traditionnels.
- des vergetures très fréquentes chez nos multipares
- et des cicatrices d'anciennes interventions.

b) La palpation :

Elle ne constate rien dans le cas de petit fibrome lorsque la tumeur est évoluée, elle nous permet de la délimiter, de savoir si elle est mobile, de connaître sa consistance.

Elle permet de discuter de l'existence d'autres tumeurs pelviennes tels que : le kyste de l'ovaire et le pyosalpinx.

c) Toucher vaginal : Le toucher vaginal combiné au palper abdominal a été l'apport le plus important de tous les autres examens.

La plupart de nos cas ont été diagnostiqués par le toucher vaginal.



Il nous a permis d'apprécier le volume de l'utérus tantôt lisse et régulier, tantôt multilobe.

Les mouvements imprimés à la tumeur se communiquent au col et inversement.

C'est lui qui nous a permis généralement de faire le diagnostic différentiel avec le kyste de l'ovaire et d'autres masses pelviennes.

Grâce au toucher vaginal, nous avons pu nous rendre compte de l'existence de lésions associées.

Cet examen apprécie les organes suivants :

1) L'utérus : Il s'agit d'un utérus fibromateux. La tumeur utérine suit le mouvement imprimé au col et inversement. Elle est souvent multinodulaire et en principe non séparée de l'utérus par un sillon. Au toucher l'utérus est dur, la tumeur non dépressible.

Un cas est cependant à signaler, c'est celui du fibrome pédiculé qui est séparé de l'utérus par un sillon.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal nous a permis de retrouver :

- 23 cas de fibromes abdomino pelviens
- 17 cas de fibromes pelviens
- 12 cas de fibromes abdominaux
- 3 cas de fibromes et grossesse.

2) Les trompes :

Au toucher vaginal on apprécie l'état des trompes. On peut rencontrer des annexites, des hydrosalpinx, des trompes douloureuses. Ces trompes peuvent être indurées, épaisses et oedemateuses.

Nous avons découvert 14 cas de salpingites.

3) Les ovaires : c'est l'organe qui attire le plus notre attention. Ils sont très souvent perceptibles et sensibles. Les ovaires peuvent être porteurs de kyste. Nous avons retrouvé 8 cas de kystes de l'ovaire  
18 cas d'ovaires douloureux.

d) Examen au Spéculum

On le pratique toujours avant le toucher vaginal. C'est un examen systématique qui nous a montré un cas de polype accouché par le col.

e) Examen des seins :

Il nous a permis de découvrir quelques cas de galactorrhée  
8 cas de nos femmes.

A ma connaissance, il n'a été relevé aucune mastose mam-  
maire.

f) Les examens généraux :

Nous terminons toujours par un examen général.

La prise de la tension artérielle : on a retrouvé 5 cas d'hyper-  
tension artérielle.

Examen de l'état général : six de nos malades avaient un mau-  
vais état général.

c) Les examens complémentaires :

Nous ne faisons pas tous les examens complémentaires  
classiques demandés car nos moyens sont limités dans ce domaine.

Les examens suivants ont été pratiqués :

a) Frottis cervico vaginal de dépistage :

Cet examen est systématiquement demandé dans le bilan  
pré-opératoire.

Aucune de nos femmes n'a présenté une lésion cancé-  
reuse suspecte.

La plupart des résultats nous annoncent : Frottis classe  
II.

b) Hystérosalpingographie :

C'est un examen coûteux qui demande beaucoup de temps.

Il faut traiter les malades, s'assurer qu'elles ne pré-  
sentent aucune infection avant de les soumettre à un tel examen.

Il a été demandé 10 fois seulement.

Au niveau de l'utérus nous retrouvons :

- un cas d'allongement de la cavité utérine
- un cas de déformation de la cavité utérine
- un cas d'image lacunaire avec allongement et augmen-  
tation de la cavité utérine

Le reste nous a montré des obstructions tubaires unila-  
térales ou bilatérales avec dans un cas un hydrosalpinx bilatéral.

c) La coelioscopie :

Examen pratiqué dans le cadre de la stérilité, elle nous  
a permis de déceler 3 cas de fibromes sous séreux et un cas de  
fibrome situé au niveau de la corne de l'utérus.

d) Numération formule sanguine et vitesse de sédimentation :

Ces examens sont régulièrement faits pour établir un bilan pré-opératoire. On retrouve très fréquemment un taux d'hémoglobine aux environs de 10 g, une hyperleucocytose avec hypercosinophilie due à la polyparasitose dans nos régions.

La vitesse de sédimentation est le plus souvent accélérée. Ce qui nécessitera souvent un traitement anti-inflammatoire, anti-infectieux et une cure de déparasitage avant d'opérer la malade.

e) L'échographie pelvienne :

Nous ne possédons pas d'échographie, mais nous avons reçu un cas de fibrome diagnostiqué par échographie aux Etats-Unis. Il s'agissait de 2 myomes intra muraux mesurant 4 cm de diamètre.

f) Les examens suivants rentrent dans le bilan pré-opératoire:

L'examen cyto bactériologique des urines

L'examen chimique du sang { glycémie  
azotémie

L'examen chimique des urines { albumine  
sucre

L'examen des selles : parasites, oeufs et kystes.

L'examen radiographique au Thorax

Le taux de prothrombine

Le temps de saignement

Le temps de coagulation

Le groupe sanguin Rhésus

et l'électro cardiogramme.

On a rarement sinon pas demandé d'U.I.V. eu égard à la situation financière de nos malades et à l'absence de difficulté de diagnostic nécessitant cet examen.

Les Formes cliniques

C'est à ventre ouvert qu'on arrive dans la plupart des cas à établir un diagnostic et c'est à ce moment qu'on est amené à choisir la méthode chirurgicale qu'il faut.

En plus de l'intervention sur le fibrome, il nous est arrivé plusieurs fois d'intervenir sur d'autres organes pelviens : les annexes.

Ce tableau concerne uniquement des fibromes opérés.

Fibromes uniques	Fibromes multiples			
5	71			
Fibromes abdomino-pelviens	Fibromes pelviens	Fibromes abdominaux		
23	17	12		
Fibrome sous-séreux	Fibrome sous-muqueux	Fibromes interstitiels		
7	20	49		
Fibromes sémiles	Fibromes pédiculés	Fibromes du corps utér.	Fibromes du col	Fibrome de l'isthme.
69	7	74	1	1

Les lésions associées

Fibromes et Goitr	Fibromes et H.T.A.	Fibrome et Drepa- nocyctose	Fibrome Diabét.	Fibrome Rein ec- topique	Fibrome grossess	Fibrome et kyste de l'o- cer	Fibrome et can- cer	Fibrome et sté- rilité	Fibrome et sal- pincité	Fibrome et bil- harziose
3	5	1	1	1	3	8	1	48	14	2

Lex complications :

Complications locales :

Nous avons reçu 6 cas de malades fatiguées et anémiées dues à la répétition des hémorragies et à leur abondance.

Complications mécaniques :

- un cas d'oedemes des membres inférieurs avec douleur
- simulant un lymphoedème a été retrouvé
- un cas de nécrobiose aseptique à son début a été enregistré.

Complications obstétricales :

Fibrome et grossesse :

- un cas de fibrome et grossesse chez qui on a été obligé de pratiquer la césarienne pour dystocie dynamique. Deux semaines après sa sortie de l'hôpital, la malade nous est revenue dans un tableau de diarrhée, vomissement hyperthermie plus un ballonnement abdominal.

Malgré le traitement d'urgence appliqué, la malade meurt huit heures après.

Aspects thérapeutiques de nos observations :

Le traitement du fibrome est varié. Il varie suivant l'état de la tumeur, son siège, le nombre et le volume.

Le traitement dépend surtout de nos patientes car la plupart de nos malades désirent conserver les menstruations et la fécondité.

La perturbation des règles chez une femme est un problème sérieux pouvant avoir des répercussions psychologiques et sociales inquiétantes. On sait que les femmes en ménopause dans les familles polygames ne jouissent pas des mêmes faveurs que les femmes ayant leurs menstruations tous les mois. La jeune femme qui ne voit pas ses règles peut être la risée de ses coépouses qui la traitent de "ni homme ni femme".

La difficulté du choix thérapeutique est donc compliquée par l'attitude de la patiente.

Souvent les femmes viennent pour stérilité et l'attitude thérapeutique indiquée chez elle est la chirurgie radicale. Quelques-unes refusent l'intervention chirurgicale qu'elle soit conservatrice ou radicale.

En raison de toutes ces difficultés, les explications du médecin traitant sont primordiales.

Le choix des méthodes doit être rigoureux et convenir à nos réalités.

Souvent aussi le choix est fait lorsqu'on ouvre le ventre.

Ce choix dépendra :

- Des lésions
- De l'âge de la patiente et de son état psychologique.

Ainsi ont été appliquées les méthodes suivantes :

I. Abstention thérapeutique :

Cette méthode est mal acceptée car nos malades exigent de la part du médecin un traitement. Pour eux, des conseils simples ne constituent <sup>pas</sup> un traitement ou bien ils peuvent juger le médecin incapable de guérir le mal.

Nous avons reçu 13 cas soit 13% dont :

- - un cas de petits fibromes
- un cas de prémenopause.

C'est une malade venue consulter pour une amenorrhée. En réalité, il s'agissait de la ménopause que l'examen a permis de découvrir, le fibrome qui par ailleurs ne présentait aucune manifestation clinique.

11 cas de malades chez qui on a constaté :

- soit des fibromes muets associés à des annexites dont le traitement a été fait, le fibrome lui-même ne nécessitant qu'une surveillance périodique,

- soit des fibromes chez des femmes ménopause fibromes dont on pense qu'ils vont involuer.

Toutes ces malades n'ont pas été retrouvées pour une seconde visite de contrôle.

## II. Le traitement médical :

11 malades ont été traitées médicalement. Le suivi des malades paraît difficile. Elles ne surviennent que quand elles ont des perturbations des règles soit des règles abondantes, des anémies, soit des métrorragies.

Le traitement le plus adapté est constitué de progestatif, des utérotoniques et des hémostatiques. Il est difficile d'apprécier les résultats du traitement médical vu le temps dont on dispose car c'est un traitement qui s'étale sur 6 mois (6 cycles environ) pour être apprécié. En plus du temps réduit, l'assiduité manque également à nos malades.

## III. Le traitement-chirurgical :

C'est le traitement le plus habituel chez nous, car 76 cas 76% des malades ont été opérées.

Il comprend :

1°/ La chirurgie conservatrice

2°/ La chirurgie radicale.

### 1°/ La chirurgie conservatrice :

Chez les jeunes filles à moins de cas exceptionnels, c'est l'intervention par excellence.

Il nous arrive de pratiquer une myomectomie chez deux malades présentant des myomes nombreux. On a pu extraire chez elles 14 myomes.

30 de nos malades ont été myomectomisées. Elle a été pratiquée chez des femmes de 25 à 40 ans. Il s'agit de femmes désirant aussi des enfants ou des femmes chez qui il fallait au moins les laisser continuer les activités génitales.



La myomectomie est pratiquée chez les femmes jeunes avec un ou quelques noyaux peu nombreux situés près du fond utérin et proches de la séreuse.

Il a été fait une hystérotomie pour extraire certains myomes intracavitaires.

Les contre-indications de la myomectomie :

Les infections annexielles avec obturation tubaire bilatérale ont été une de nos contre-indications, chez les femmes jeunes malgré le souci de conserver les menstruations et les possibilités de grossesse.

Constituent également des contre-indications le fibrome trop gros ou le fibrome avec myome très nombreux surtout chez la femme d'âge avancé.

Les complications :

Deux cas de complications post-opératoire ont été signalés. Il s'agit de suppuration de la plaie opératoire et un cas de pelvi péritonite.

Une antibiothérapie fut utilisée dans ces 2 cas. Résultats : Les résultats à long terme sont difficiles à apprécier car les malades une fois sorties de l'hôpital ne sont plus revues. Néanmoins nous avons rencontré 2 cas de récurrence d'anciennes malades opérées de myomectomie depuis très longtemps.

Tous les 2 cas ont subi une hystérectomie totale. Une autre femme myomectomisée est tombée enceinte. Il s'agit d'une femme qui avait été opérée pour fibrome 2 fois. Ceci est un avantage certain de la myomectomie.

2°/ La chirurgie radicale :

Cette méthode est mal acceptée par nos patientes par le fait qu'elle est mutilante et qu'elle entraîne une ménopause artificielle et une stérilité définitive.

Cette méthode thérapeutique a une grande répercussion : chez une femme jeune, c'est un drame psychologique de se trouver sans utérus et sans règles alors qu'elle est en pleine activité génitale. Témoin cette histoire du Sarakollé :

- Une Sarakollé mère de 2 enfants présentant une tumeur de l'utérus qui oblige le médecin à pratiquer une hystérectomie totale après avoir bien expliqué au couple les conséquences que cela entraîne.

Deux ans plus tard, les 2 enfants meurent et le mari revient voir le chirurgien à l'Hôpital du Point G pour qu'il remette l'utérus à sa place afin que sa femme puisse avoir d'autres enfants.

Ce récit constitue pour nous une mise en garde et nous incite à réfléchir quand on propose une hystérectomie, qu'elle soit totale ou subtotale.

Le problème d'hystérectomie est donc très important.

Nous avons pratiqué 46 cas d'hystérectomies dont :

- 22 cas de hystérectomies totales
- 24 cas d'hystérectomies subtotales.

Ces hystérectomies sont dues au fait que nos femmes se présentent très tard, quand on a dépassé le stade de la conservation utérine et c'est la main forcée, le coeur serré avec beaucoup de regret que les chirurgiens enlèvent l'utérus.

#### Complications :

Les complications le plus souvent rencontrées sont les complications infectieuses comprenant :

- une pelvi péritonite
- une suppuration de la plaie opératoire
- 2 cas de péritonites généralisées
- 1 décès de cause inconnue. Ici nous avons soupçonné une embolie pulmonaire car la malade ne s'est levée qu'au 4<sup>e</sup> jour après l'intervention malgré nos conseils aux parents.

#### Les résultats :

On peut dire que les résultats sont excellents en dehors des complications ci-dessus citées.

#### Le problème de la conservation des annexes.

Il faut dire ici que la plupart de nos chirurgiens ont conservé les annexes lorsqu'elles sont en bon état. Elles se présentent très tard, quand on a dépassé le stade de la conservation utérine et c'est la main forcée, le coeur serré avec beaucoup de regret que les chirurgiens enlèvent l'utérus.

#### Complications :

Les complications le plus souvent rencontrées sont les complications infectieuses comprenant :

- une pelvi péritonite
- une suppuration de la plaie opératoire
- 2 cas de péritonites généralisées
- 1 décès de cause inconnue. Ici nous avons soupçonné une embolie pulmonaire car la malade ne s'est levée qu'au 4<sup>e</sup> jour après l'intervention malgré nos conseils aux parents.

TABLEAU pour les méthodes thérapeutiques utilisées.

Abstention			Traitement	Traitement chirurgical		
Femmes ménopausées en observat.	Femmes ne se blant pas être en ménopause	Petit fibrome	médical hormonal	Myomectomie	Hystérectomie totale	Hystérectomie subtotale
11	1	1	11	30	22	24

Observation n°71.

Mme N. D..... d'ethnie Malinké âgée de 40 ans ménagère domiciliée à Lafiabougou est entrée à l'hôpital du Point G pour ménorragie.

antécédents

Elle présente des eczemes de contact au niveau des 2 pieds.

... onzième paré, elle est mère de 10 enfants vivants.

Son cycle est régulier et dure 4-5 jours.

Elle a vu ses premières règles à l'âge de 11 ans.

Elle utilisait les pilules contraceptives qu'elle a abandonnées à cause des douleurs pelviennes.

Elle signale une pollakurie

Examen clinique

L'examen au spéculum découvre une exocervicite et une vaginite.

Le toucher vaginal montre un utérus fibromateux gros comme une tête d'adulte.

L'examen complémentaire donne un taux d'Hb égal à 12 g.

Traitement

On pratique une hystérectomie subtotale avec conservation de l'ovaire gauche.

Observation n°96

Mme A. F... âgée de 38 ans ethnique Sarakollé ménagère domiciliée à Badalabougou est admise à l'hôpital Gabriel TOURE pour ménorragie abondante.

antécédents

La malade avait été opérée pour appendicectomie et elle présente actuellement une hypertension artérielle.

Parité : 5<sup>e</sup> geste, elle est mère de 3 enfants vivants, un avortement spontané a été fait.

Son cycle est régulier et les règles durent 7 jours accompagnées de caillots.

Les premières règles ont commencé à l'âge de 14 ans.

A l'examen clinique : l'interrogatoire découvre une douleur pelvienne et une pollakurie.

Au spéculum on retrouve une leucorrhée et un col macroscopiquement normal.

Mme A. F... est obèse et anémiée.

Au toucher vaginal on découvre des douleurs pelviennes et un utérus fibromateux à développement abdominal.

On pratique alors des examens complémentaires qui ont donné les résultats suivants :

Hb = 5 g - ce qui nécessitera des transfusions et une préparation intense.

Traitement : On procède à une hystérectomie totale. A la dissection de l'utérus on tombe sur 3 gros myomes sous muqueux dont le poids est de 2 kg.

Compte rendu histologique

Les coupes examinées montrent une prolifération de leiomocytes réalisant d'épais trousseaux tourbillonnaires entre lesquels on note de larges travées de fibres collagènes.

Conclusion : Fibromyome utérin.

Observation n°10

Mme A. T...., âgée de 45 ans  
Lieu de consultation : Hôpital Point G  
Se présente pour métrorragie

Examen clinique

utérin polomyomateux à développement abdominal.

Traitement

Hystérectomie totale + Annectomie bilatérale

Compte rendu histopathologique

1°/ corps utérin : prélèvement

2°/ tumeur endo utérin 1 prélèvement

1°/ Paroi utérine non infectée

2°/ les coupes examinées montrent une prolifération adécarci-  
nomateuse bien différenciée.

Conclusion : Adenocarcinome de l'endomètre.

Observations n°11

Mme J. T.... âgée de 35 ans ménagère

Lieu de consultation : H.G. TOURE

Se présente pour ménorragie

antécédents

Parité : 0

cycle régulier

durée : 4 jours

âge de la puberté 13 ans

Examen gynécologique au speculum

polype accouché par le col

Traitement : ablation par curetage sous anesthésie générale.

Compte rendu histopathologique

Myome utérin accouché par le col.

Observation n°66

Mme F... S. âgée de 45 ans ethnique arabe domiciliée à Gao a été admise à l'hôpital du Point G pour ménorragie et dysmenorrhée.

antécédents

Elle présente une gastrite

Multipare, mère de 2 enfants vivants

Cycle régulier de durée sept jours

Mme F... a vu ses premières règles à l'âge de 14 ans

Examen clinique

Elle est obèse.

Au toucher vaginal on découvre un utérus fibromateux douloureux.

Le diagnostic de Nécrobiose aseptique a été retenu.

Traitement :

On pratique une hystérectomie.

Compte rendu histopathologique

Prolifération de cellule à cytoplasme abondant et clair à noyaux irréguliers avec de nombreuses mitoses anormales.

Conclusion : Tumeur mesenchymateuse à potentiel malin.



Observation n°12

Mme A. D... âgée de 35 ans ménagère - ethnie bambara  
domiciliée à Dala arrondissement de Néguela

Lieu de consultation : hôpital du Point G, entre à l'hôpital pour  
ménorragie.

antécédents :

Parités : 0

cycle régulier

durée du cycle 4-5 jours

examen clinique

Douleurs pelviennes sous ombilicales + utérus polomyoma-  
teux à développement abdomino-pelvien.

Traitement : hystérectomie subtotal + kystectomie droite

Compte rendu histopathologique

leiomyocytes organisés en faisceaux tourbillonnaires séparés par  
une importante fibrose collagène + un petit kyste ovarien.

Observation n°19

Mme K. S... âgée de 30 ans ethnie bambara domiciliée à Sélingué

Lieu de consultation : Hôpital Point G.

est venue pour ménorragie

antécédents :

Parité : 1 mort-né.

cycle régulier

durée 3-4 jours

âge de la puberté : 14 ans

utilise des produits traditionnels contre la stérilité

Examen clinique

prunit vaginal

douleurs pelviennes + céphalée rebelle

Dysurie

utérus polomyomateux

HSG = montre une image d'utérus déformé et une trompe bouchée

Traitement

polomyomectomie.

Observation n°29

Mme A. S.... 36 ans peulh

Lieu de consultation : Hôpital Gabriel TOURE

Se présente pour menorrhagie et stérilité

antécédents :

Parité : 0

cycle irrégulier

durée : 5-6 jours

âge de la puberté : 14 ans

Examen chimique

utérus volumineux à développement abdominal.

Traitement :

Hystérectomie totale

Compte rendu histopathologique

Macro : Fibrome de la taille d'une pamplemousse multinodulaire bien en capsule.

A la tranche de section on voit plusieurs nodules de teinte nacré.

Micro : Les coupes examinées montrent une prolifération de leiomyocytes réalisant de gros faisceaux tourbillonnaires.

Conclusion : Leiomyome utérin.

Observation n°36

Mme M. N.... âgée de 40 ans Bozo

Lieu de consultation : H.G.TOURE.

Se présente pour ménorrhagie.

Antécédents :

Parité : 0

cycle régulier.

Durée : 5 jours

âge de la puberté : 16 ans.

Examen clinique :

utérin fibromateux à développement abdomino-pelvien. Fibrome intra ligamentaire + Fibromatose utérine.

Traitement : hystérectomie totale.

extirpation du fibrome intra ligamentaire de la taille d'une tête d'enfant.

Observation n°72 :

Mme T... B.M. âgée de 35 ans - Songhoï  
ménagère domiciliée à Quinzambougou

Lieu de consultation : Hôpital Gabriel TOURE

a été admise à l'hôpital pour menorrhagie et douleurs pel-  
viennes.

antécédents :

médicaux : gastrite

familiaux : sa maman avait une masse abdominale.

parité : 2

grossesse : 2

avortement: 1 avortement spontané

cycle régulier

durée du cycle 3-4 jours

infection génitale : vaginite

age de la première règle : 15 ans

Examen clinique

pollakurie qui se termine par une incontinence d'urine.

Stérilité secondaire

Au toucher vaginal : utérus polyfibromateux à développement  
abdomino-pelvien.

Examen complémentaire

HSG = utérus gros déformé, obstruction tubaire bilatérale.

Traitement :

Hystérectomie subtotale.

Compte rendu histopathologique

1°/ Macro - myome multinodulaire, nodules de tailles variées.

2°/ Micro : Les coupes examinées montrent une prolifération  
de leiomyocytes organisés en faisceaux tourbillonnaires dans  
tous les sens.

Conclusion : Leiomyome utérin.

Observation n°67

Mme M. B... âgée de 44 ans etnie bambara domiciliée à Kati  
Lieu de consultation ; Hôpital du Point G est reçue à l'hôpital  
pour ménorragie.

antécédents

Parité 1 enfant décédé

geste 3

avortement : deux avortements spontanés (3<sup>e</sup> moi, 2<sup>e</sup> moi)

curetage : 1

cycle régulier

durée du cycle : 3 jours

date de la première règle : 13 ans

Examen clinique :

prurit vulvaire + pollakiurie

toucher vaginal utérus fibromateux à développement abdomino-  
pelvien.

Examen complémentaire

HSG = Obstruction tubaire proximale bilatérale

HFS - Hb = 6g = anémie

Traitement :

polymyomectomie de 4 nodules dont un de la taille d'une pample-  
mousse + une kystectomie droite.

Compte rendu histopathologique

Macro : Fibrome multinodulaire, la taille d'une nodule variant  
de celle d'une orange à celle d'un poids.

consistance très dure.

Micro : Les coupes examinées montrent une prolifération de lei-  
myocytes réalisant d'épais tonneaux tourbillonnaires séparés  
par une fibrose collagène.

conclusion : leiomyo fibrome.

Observation n°56

Mme M.....S âgée de 36 ans ethnique peulh  
ménagère domiciliée à Kodalabougou, est admise à l'hôpital  
Gabriel TOURE pour métrorragie

antécédents

6è            mère de 2 enfants vivants,  
2 avortements  
cycle régulier  
durée du cycle 6-7 jours

Examen clinique

Mme S.... présente une vaginite à trichomonas

Au toucher vaginal on trouve un utérus polymyomateux.

Examen complémentaire

Hb 5,5 g  
VS

Traitement

On pratique une hystérectomie subtotale, une hystectomie  
bilatérale.

Compte rendu histologique

Les coupes examinées montrent une prolifération de leio-  
myocytes réalisant des faisceaux tourbillonnaires.

Conclusion : Leiomyome utérin.

Observation n°64

Mme C. A.... âgée de 42 ans ethnique bambara, domiciliée au Badialan III, est venue à l'hôpital du Point G - maternité pour Dysménorrhée.

antécédents :

médicaux : hypertension artérielle.

Parité : 5 grossesses 2 filles vivantes.

Trois avortements : 3<sup>e</sup> mois, 3<sup>e</sup> mois, 3 mois 1/2.

curetage : 3

cycle régulier

durée du cycle : 4 jours.

utilisation des oestrogénostatifs - P.L. pendant 3-4 ans.

Examen clinique :

obésité

pollakurie.

Toucher vaginal utérus polyfibromateux

Examen complémentaire :

HSG = Gros utérus, trompes imperméables.

Traitement :

Hystérectomie subtotale.

Observation n°55

Mme C.. F... âgée de 37 ans; ethnique Dogon, administrateur civil.

Lieu de consultation : Hôpital du Point G - Service Maternité, est entrée à l'hôpital pour douleur pelvienne diffuse.

antécédent :

Tachycardie traitée à la cardiologie du Point G.

Hémorragie de la délivrance ayant nécessité une transfusion.

Geste : 4 grossesses.

Parité : 2 enfants vivants

avortement : 2 avortements.

curetage : deux

cycle régulier

durée du cycle : quatre jours ; irrégulière.

Examen gynécologique :

Examen au speculum - vaginal

Examen complémentaire - vaginite à trichomonas

Date des premières règles : 13 ans

Contraception : a utilisé pendant 1 mois des pilules qui ont entraîné des nausées.

Toucher vaginal utérus polyfibromateux.

Examen complémentaire : NFS - Hb-12 g GB - 60000 - GR 4460000

Traitement : polomyomectomie - suite opératoire : bonne.

Observation n°69 :

Mme N'D. Anne âgée de 58 ans, ethnique toucouleur, domiciliée à Ségou.

Lieu de consultation : Hôpital du Point G, est admise à l'hôpital pour douleur pelvienne.

antécédents :

Médicaux :

Goitre.

Hypertension artérielle.

Parité : 4 enfants

Geste : 5.

avortement : 1 avortement spontané.

cycle régulier.

durée du cycle : 5-6 jours

date de la première règle : 12 ans.

Date de la ménopause : 45 ans.

Examen clinique :

Obésité

pollakurie.

Au toucher vaginal on trouve utérus fibromateux à développement abdomino pelvien et des douleurs au niveau des annexes.

Traitement : hystérectomie totale + Annexeomie bilatérale. colpopexie aux rodts.

Observation N°62

Mme M. B.... âgée de 40 ans environ ethnique bambara, domiciliée à Sikasso.

Lieu de consultation : Hôpital du Point G, est entrée à l'hôpital pour douleur pelvienne.

antécédents :

Parité : 7 enfants vivants.

durée du cycle : 5 jours.

cycle régulier.

examen gynécologique :

examen au speculum - vaginité.

obèse +++

Toucher vaginal utérin fibromateux à développement pelvien gros comme une pamplemousse.

Traitement :

hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale colpopexie.

Observation n°33

Mme B. A... Soucko âgée de 35 ans

Lieu de consultation : H.G. TOURE.

Se présente pour dysmenorrhée.

antécédents :

Parité : 0

cycle irrégulier

durée : 5 jours

âge de la puberté : 13 ans.

Examen clinique : on trouve un utérus polymyomateux et des annexes sensibles au toucher vaginal.

Traitement : polomyomectomie - 3 myomes  
Salpingo ovariolyse.

Observation n°88

Mme H. F.... âgée de 47 ans ethnique Bozo, secrétaire domiciliée à Lafiabougou.

Lieu de consultation : Maternité Hamdallaye, est venue pour douleurs pelviennes.

antécédents :

chirurgicaux : opéré de goitre.

Parités : 3 grossesses.

avortement : plusieurs avortements, affirme-t-elle.

cycle régulier.

durée du cycle : 4-5 jours

âge de la puberté : 13 ans

Menopause.

utilisation des oestroprogestatifs gynovlar

Toucher vaginal, utérus fibromateux

un myome unique au niveau du corps utérin gros comme une orange.

Traitement :

abstention : femme en ménopause.



Observation n°50

Mme D. A... âgée de 40 ans ménagère  
domiciliée à Bamako-Coura

Lieu de consultation : H.G. TOURE, est venue pour douleur  
pelvienne.

antécédents :

Parités : 2 grossesses.

cycle irrégulier

durée : 4-5 jours

âge de la puberté : 14 ans.

Examen clinique :

Douleur pelvienne

Toucher vaginal - Perception de masse abdominale.

Les annexes sont sensibles

L'utérus est gros et irrégulier.

Traitement

La parotomie en tombe sur utérus polomyomateux + un pyosalpinx  
et un kyste de l'ovaire

Hystérectomie subtotale + Annectomie bilatérale.

Observation N°84

Mme A. S.... âgée de 38 ans ethnique peulh, domiciliée à Mahina.  
Lieu de consultation - Hôpital du Point G Service Maternité  
est entrée à l'hôpital pour douleur pelvienne.

antécédents :

Parité : 1 grossesse 1 enfant vivant.

cycle régulier.

durée du cycle : 3-4 jours

âge de la puberté : 13 ans.

Examen clinique :

anemorhée de 5 mois.

Test immunologique de grossesse ++

pollakurie

Maigreur

Toucher vaginal utérus gravide, fibromateux parsemé de nombreux nodules sur le corps utérin. Certains myomes sont sous séreux.

Diagnostic :

Fibrome et grossesse de 5 mois.

Traitement :

Abstention

Surveillance périodique

Malade perdue de vue.

Observation n°75

Mme F. D... âgée de 30 ans ménagère ethnique bambara.

Lieu de consultation : Hôpital du Point G.

Motif de consultation : Douleur pelvienne.

antécédents :

Parités : 2 enfants.

Gestes : 2

cycle régulier.

durée du cycle : 4 jours.

Examen clinique :

signale une stérilité IIè

toucher vaginal utérus fibromateux

Examen complémentaire :

HB = 5 g.

Traitement : myomectomie

gros myome du fond utérin de la taille d'une tête de nouveau-né.

Observation n°59

Mlle M. T.... âgée de 32 ans ethnique toucouleur domiciliée en Guinée - Hôtesse.

Lieu de consultation : hôpital Gabriel TOURE, est venue pour tumeur abdominale

antécédents :

chirurgicaux : pour myopie légère

Parité : 2 dont un avortement prématuré

cycle régulier

durée du cycle 4-5 jours avec caillots

âge de la puberté : 15 ans

Examen clinique : montre

vaginité

pollakurie.

Au toucher vaginal on trouve utérus fibromateux à surface irrégulière, présence de multiples myomes.

Examen complémentaire

HSG Trompes imperméables

Traitement

myomectomie - ablation de 14 myomes

suites opératoires bonnes

Compte rendu histopathologique

Les coupes examinées montrent une prolifération de leimyocytes réalisant des faisceaux tourbillonnaires séparés par des cloisons fibreuses.

conclusion : fibromyomes

Observation n°65

Mme F. D.... âgée de 30 ans ethnique bambara, domiciliée à Sogoninko

Lieu de consultation : hôpital du Point G, est entrée à l'hôpital pour douleur en fin des règles et sensation d'une masse abdominale.

antécédents :

Parité : 2

Geste : 2

cycle régulier

durée : 4 jours

examen gynécologique

Toucher vaginal utérus fibromateux à développement abdominal.

Traitement : myomectomie.

Observation n°65

Mme H. Y . . . . âgée de 55 ans, Songhoï, ménagère.

Lieu de consultation Hôpital Point G, est venue pour tumeur abdominale

antécédents :

médicaux : Rein Ectopique

Parité : 2

Grossesse 2

avortement

cycle régulier

durée du cycle 4-5 jours

âge de la puberté ?

Examen clinique

TV utérin fibromateux bosselé et déformé

Traitement : hystérectomie totale.

Observation n°74

Mme O. D. . . . . âgée de 30 ans ethnies bambara

Lieu de consultation : hôpital du Point G  
pour ménorragie plus sensation de masse abdominale

antécédents

parité : 5 enfants 1 décédé à 6 mois

cycle régulier

durée du cycle : 4 jours - dysmenorrhée 2 jours

Examen clinique

TV utérus fibromateux

Examen complémentaire

HSG volumineuse - tumeur arrondie calcifiée utérus antefléchi.  
Les trompes sont incomplètement opacifiées mais leur aspect semble normal.

Conclusion : gros fibrome calcifiée

NFS : GR 4,4 ml

GRH-A+

GB 8,80

Glycémie 5,5 mm

Hb 12,5g

E = 0 M =

B = 0 L = 69%

Traitement polomyomectomie

- 2 myomes = 1 myome comme une orange sur le sommet du fond utérin - 1 comme un gros pois chiche sur la face antérieure du corps utérin.

Observation n°2

Mme K. S... âgée de 42 ans  
Lieu de consultation : H.G.TOURE  
Se présente pour tumeur abdominale  
antécédent

La paratomie  
cycle régulier  
durée : 4 jours

âgée de la puberté : 13 ans

Examen clinique

Fibrome utérin gros à développement abdominal.

Traitement : hystérectomie subtotale

Compte rendu histopathologique

Les coupes examinées montrent une prolifération de leiomyocytes réalisant des faisceaux tourbillonnaires.

conclusion : Leiomyome utérin.

Observation n°31

Mme F. M. âgée de 42 ans arabe domiciliée à Nara

Lieu de consultation : H.G. TOURE.

Se présente pour tumeur abdominale  
antécédent

Parité : 0

cycle régulier

durée : 4 jours

âge de la puberté : 14 ans

examen clinique

Gros utérus fibromateux à développement abdominal.

Traitement

Hystérectomie totale.

Observations n°13

Mme T. SIDIBE âgée de 49 ans peulh

Lieu de consultation : Hôpital du Point G - M.F.I.

Se présente pour tumeur abdominale.  
antécédents

Parité : 0

cycle régulier

durée : 4 jours

cycle de la puberté 16 ans

Examen clinique :

utérus polymyomateux à développement abdomino pelvien, un gros fibrome très irrégulier multi nodulaire alter quant l'ombilic

Traitement :

Hystérectomie subtotale.

Observation n°49

Mme E. D. âgée de 43 ans ethnique sarakollé.

Lieu de consultation : H.G. TOURE., est venue pour tumeur abdominale.

antécédents :

Parités : 7 grossesses - 7 enfants vivants

cycle régulier

durée du cycle : 5 jours

âge de la puberté : 13 ans.

examen chimique :

Toucher vaginal montre un utérus gros polomyomateux à développement abdomino pelvien.

Traitement :

Hystérectomie totale.

Observation n°58

Mme E.....Rose, âgée de 35 ans, ethnique Gouane origine ghanéenne, ménagère.

Lieu de consultation : hôpital du Point, est venue à l'hôpital pour tumeur abdominale douloureuse.

antécédent :

La maman de Mme E. Rose avait une masse pelvienne douloureuse de nature inconnue d'après elle.

Parité : 3 enfants vivants, dernier enfant 11 ans

cycle régulier

durée du cycle 4 jours

Date de la première règle 18 ans

examen gynécologique

vaginite

Toucher vaginal utérus fibromateux, fibrome pelvien.

pollakurie

Traitement myomectomie.

Observation n°35

Mme , K. T.

âgée de 32 ans Bobo

Lieu de consultation : H.G.TOURE

Se présente pour stérilité

antécédents

ponte : 0

cycle régulier

Durée : 4 jours

âgé de la puberté : 14 ans

Examen clinique

utérus fibromateux

Traitement

myomectomie d'un myome sous séreux

hystérotomie avec ablation d'un fibrome

sous muqueux pédiculés

Hystéroraphie

Observation n°26

Mme S. - K. : âgée de 35 ans ménagère ethnique bambara  
Domiciliée à Banconi  
Lieu de consultation : H.G.TOURE  
est venue pour stérilité

Parité : 0

cycle régulier

Durée du cycle 5 jours avec caillots

Âge de la puberté : 15 ans

Examen clinique

prunit

Dysménorrhée le 1er jour des règles

Tomber vaginal utérus polyyomateux

HSG Opacification : satisfaisante de la cavité utérine met-  
tant en évidence une oblitération partielle de la trompe droite  
et totale de la trompe gauche

MFS Hb - 12.2.

Traitement polyyomectomie 2 myomes l'un de la taille d'une  
pamplemousse l'autre de la taille d'une cerise.

Compte rendu histopathologique

macro myome de la taille d'une pamplemousse multinodulaire,  
consistance dure, couleur blanc nacré.

Micro : les coupes examinées montrent une prolifération de  
Leiomyocyte réalisant des faisceaux tourbillonnaires dissociés  
par des travées fibreuses.

conclusion : Fibromyomes utérins.



Observation n°27

Mme S. D..... âgée de 38 ans ethnies peul, ménagère.

Lieu de consultation : H.G. TOURE.  
est venue pour stérilité

antécédents :

Parité : 0

cycle régulier

Durée : 7 jours

âge de la puberté : 15 ans

Examen clinique :

utérus polyyomateux à développement abdomino pévien.

Traitement

Hystérectomie subtotale.

Compte rendu histopathologique

Macro myome multinodulaire de consistance pierreuse, noyaux  
intra muraux, noyaux sous séreux

Tumeur bilatérale des ovaires présentant un aspect char-  
nu à la coupe

1°/ ovaire

2°/ Myome

Micro

1°/ Remaniement fibro inflammatoire de l'ovaire (ovarité)

2°/ Myome utérin.

Observation n°42

Mme SY N. T.... âgée de 45 ans Sarakollé

Lieu de consultation : H.G.TOURE

Se présente pour stérilité

antécédents

Parité : 0

cycle irrégulier

durée variable

âge de la puberté : 14 ans

Examen clinique

utérus polomyomateux à développement abdominal.

Traitement : hystérectomie totale + Annexectomie.

Observation n°39

Mme A. S.... âgée de 30 ans

Domiciliée à Bamako

Lieu de consultation : H.G. TOURE

se présente pour stérilité

antécédents

Parité : 0

cycle : régulier

Durée : 3 jours

âge de la puberté : 13 ans

Examen clinique

Utérus polyfibromateux | 2 myomes  
| 1 antéroid fundique mandarine  
| l'autre teneur = olive.

Traitement

myomectomie

salpingotomie gauche

plastie tubaire droite.

Observation n°37

Mme M. Dour

âgée de 35 bəmbara

Lieu de consultation H.G.TOURE

Se présente pour stérilité

antécédents

Parité :00

cycle régulier

durée : 4 jours

âge de la puberté?

Examen clinique

utérus polymyomateux

Traitement : myomectomie

2 nodules

oblitération en caecum des 2 trompes.

Observation n°8

Mme G - D : âgée de 25 ans Bambara, comptable, domiciliée à  
Bamako-Coura.

Lieu de consultation : Hôpital Gabriel TOURE, entrée à l'hôpital  
pour stérilité.

cycle irrégulier  
durée du cycle 5-6 jours  
âge de la puberté : 14 ans.

Examens cliniques :

Pollakuriné + Dysurie (douleur à la

Vaginité

utérus polomyomateux à développement abdomino-pelvien.

Examen complémentaire

- Hb = 10 g

- selles Pok = Tenia Nana

Traitement

polymyomectomie

extraction de 14 myomes.

Observation n°40

Mme D. S..... âgée de 40 ans Sénoufo

Lieu de consultation : H.G.TOURE

Se présente pour stérilité

antécédents

Ponte 0

Cycle irrégulier

Durée : 4-5 jours

Age de la puberté : 15 ans

Examen clinique

utérus gros comme une tête d'adulte à développement abdominal.

Traitement

hystérectomie totale + Annectomie bilatérale.

Observation n°41

Mme D. E. C... âgée de 35 ans  
ménagère

Lieu de consultation : H.G.TOURE

Se présente pour stérilité

antécédents

Parité : 0

cycle régulier

Durée : 4 jours

Âge de la puberté 15 ans

Examen gynécologique

utérus polomyomateux à développement abdomino-pelvien.

Traitement : Hystérectomie subtotale.

Observation n°47

Mme F. T.

âgée de 25 ans ménagère

Kassonké domiciliée à Daoudabougou

Lieu de consultation : Hôpital Point G - Maternité

Se présente pour stérilité secondaire

antécédents

Médicaux

Bilharziose

H.T.A.

parités 2 enfants vivants

cycle : régulier

durée : 3 jours

Examen clinique

Obésité

Vaginite

Toucher vaginal

utérus fibromateux à développement pelvien

ovaire polykystique

HSG

utérus retrofléchi

Trompes non opacifiées

Hb 11,6.

Traitement myomectomie

extraction d'un myome de la taille d'une pamplemousse.



Observation n°76

Mme T. H. T.....âgée de 33 ans Songhoï, adjointe comptable domiciliée à Médina-Coura, est venue en consultation à l'hôpital Gabriel TOURE pour augmentation récente du volume de l'abdomen, et pour avortement à répétition.

antécédents : Mme T.H. T.... est drépanocytose et déficitaire en G 6 PD.

quatrième pare, mère de 1 enfant vivant, 2 avortements spontanés dont un suivi de curetage.

cycle régulier, durée du cycle 5 jours, prunit vaginal

Date de la dernière règle : elle/SE souvient pas mais pense qu'il y a de cela 4 mois environ.

âge de la puberté : 12 ans

La patiente a utilisé des œstrogéstatifs pendant 6 mois lors de la période succédant sa première grossesse.

Examen clinique :

Au speculum on constate une lemmorrhée abondante. Le toucher vaginal montre un utérus gros de la taille d'une grossesse de 6 mois. On perçoit un myome gros comme une orange au niveau de la partie droite du corps utérin. Les tests immunologiques de la grossesse se révèlent positifs confirmant ainsi le diagnostic de fibrome et grossesse. Une semaine plus tard la malade revient pour douleur abdomino-pelvienne irradiant dans le dos.

Le toucher vaginal décèle un col légèrement ouvert.

Traitement : on prescrit :

1°/ Repos.

2°/ La progestéroïne : 250 mg 1 ampoule intra musculaire, par jour pendant 3 jours.

Puis une ampoule intra musculaire par semaine.

3°/ Bricanyl comprimé

4 4 comprimés par jour en raison de 1 comprimé toutes les 4h.

4°/ Valium comprimé 5 mg

1 comprimé tous les soirs. Ce traitement a été suivi pendant 4 mois.

Résultat : La malade accouche normalement d'un enfant de sexe masculin pesant 3,200 kg. Cet enfant n'a pas été réanimé pendant la grossesse. On avait constaté un ramollissement du myome.

Après la délivrance, on perçoit toujours à droite la présence du myome gros comme une orange de consistance molle. On décide alors de revoir la malade 6 mois plus tard en vue d'une éventuelle myomectomie.

- 102 -  
Observation n°4

Mme N. D..... âgée de 67 ans Ouolof, ménagère, domiciliée à Médina-Coura.

Lieu de consultation : Hôpital Point G

Entrée à l'hôpital pour œdèmes des membres inférieurs faisant penser à un lymphœdème.

antécédent :

Parité : 0

cycle régulier

Durée du cycle 5-6 jours avec caillot

Ménopause

Examen clinique

Pollakiurie puis rétention d'urine

utérus polymyomateux à développement abdominal

Traitement

Hystérectomie subtotalaire

Extraction de 8 myomes

et d'un gros myome de 2,700 kg

complications post-opératoires

- cardiopathie

Observation n°61

Mme M. D... âgée de 35 ans, ethnique Bozo assistante, est admise à l'hôpital Gabriel TOURE pour douleur pelvienne persistante malgré le traitement médical.

Cette douleur est survenue sur une amenorrhée de 4 mois et demi.

A l'interrogatoire, elle affirme n'avoir jamais eu d'enfant. Son cycle est régulier et les règles durent 3-4 jours. Elle a vu ses premières règles à l'âge de 12 ans.

L'examen physique :

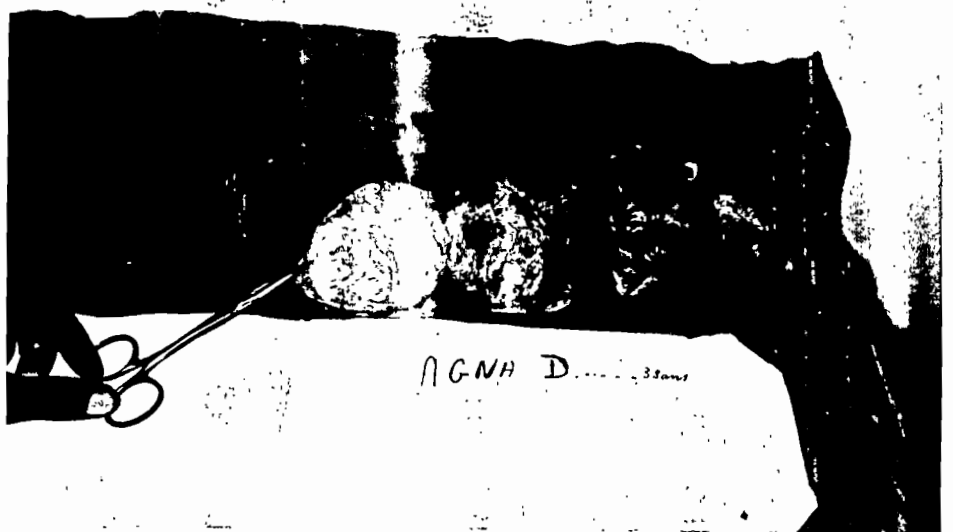
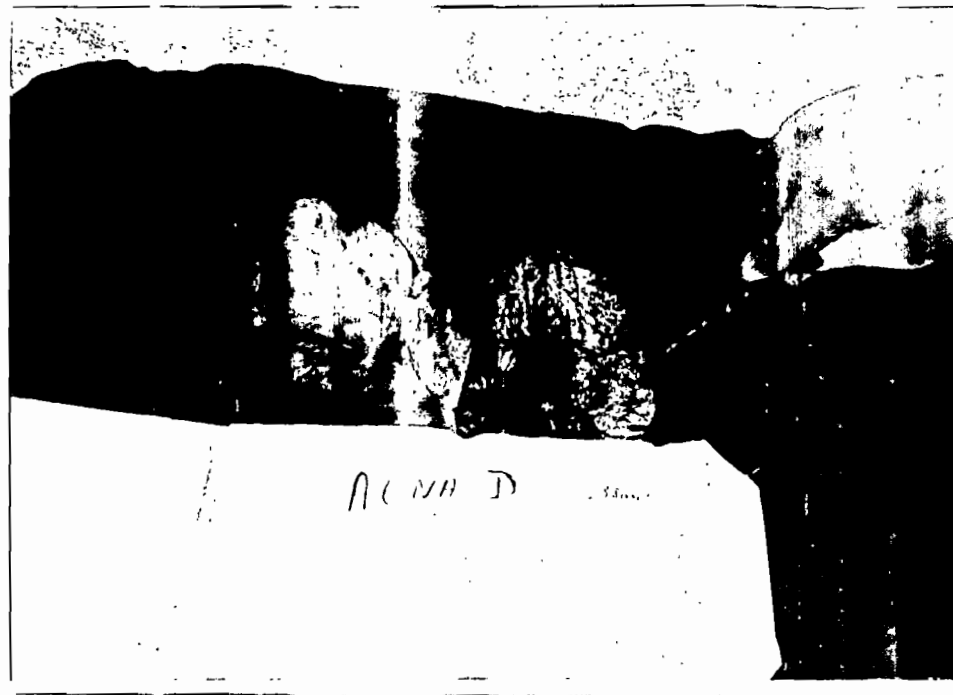
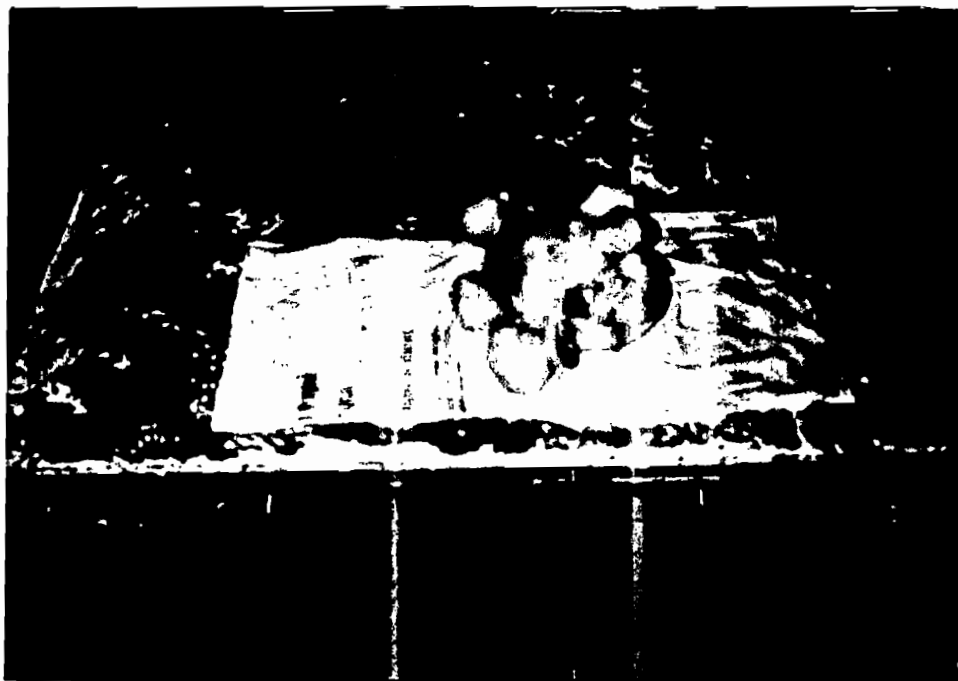
Au spéculum on voit un col rouge violacé. Le toucher vaginal découvre un gros utérus dont la taille est supérieure à l'âge de la grossesse (hauteur utérine : 24 cm) avec une surface irrégulière parsemée de myomes. Le col est fermé.

Les tests immunologiques de la grossesse confirment alors le diagnostic de l'association grossesse et fibrome.

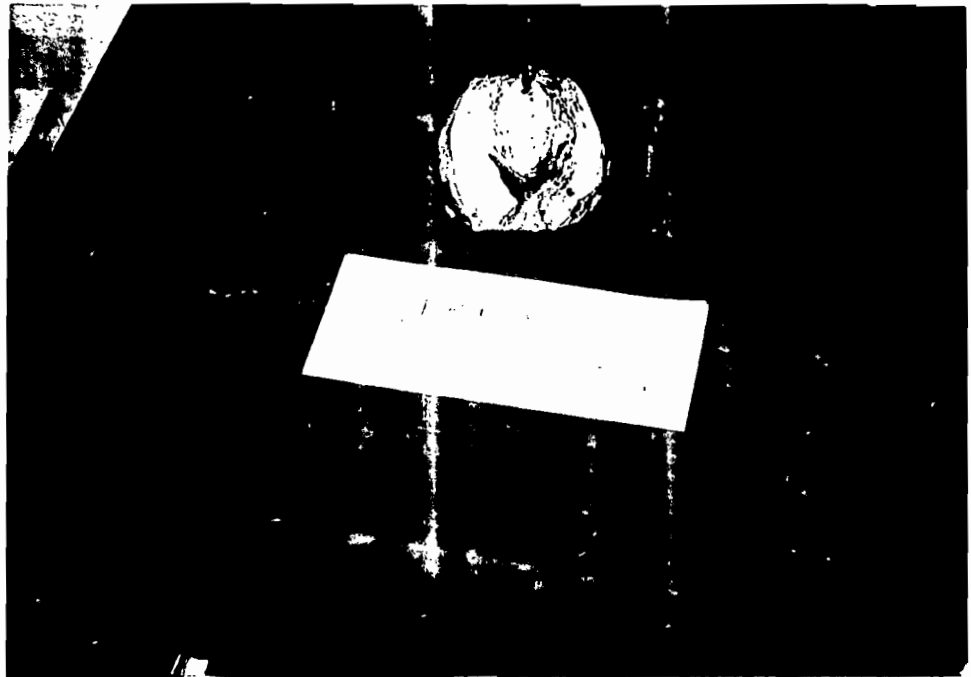
On pratique une polomyomectomie de 7 myomes mais un myome interstitiel sous muqueux est laissé de peur de ne pas ouvrir la cavité ovulaire.

Malgré toutes ces précautions l'avortement est survenu quelques mois plus tard la malade a subi aux Etats-Unis l'ablation du myome laissé en place.

Résultats : Mme D. est enceinte de 7 mois actuellement ce qui confirme un avantage certain de la myomectomie.



QUELQUES CAS DE FIBROMES -



QUELQUES CAS DE FIBROMES -

DISCUSSION

## DISCUSSION

Loin de vouloir trouver une étiologie précise qui reste jusqu'alors mal connue, nous avons en un an recensé 100 cas de fibromes au niveau de 4 formations sanitaires de la ville de Bamako.

Deux de ces formations, l'hôpital Gabriel TOURE et l'hôpital du Point G constituent les centres les plus importants du pays.

L'analyse de ces 100 cas nous a fourni les constatations suivantes :

### 1) Sur le plan de la fréquence :

La revue des informations disponibles sur le fibrome dans les pays africains donne :

- Au Cameroun, Abolo en 5 ans : 500 cas
- Au Sénégal, S. BAYO en 4 ans : 316 cas
- En Côte d'Ivoire, Sangaret et coll en 3 ans : 199 cas.

Nos observations: en un an nous retrouvons 100 cas.

En Europe :

- COHEN (J) 107 cas en 14 ans
- Chlochim  
et LOFFREDO
- MUSSEY RANDAL  
et DOYLE 250 cas en 15 ans
- ALEXANDER 806 cas en 29 ans.

Ceci explique bien la fréquence en Afrique par rapport à l'Europe.

### Sur le plan de l'âge :

- Au Cameroun 64% ont un âge au-dessous de 40 ans
- En Côte d'Ivoire Sangaret et coll à Abidjan montrent 75% au-dessous de 40 ans
- chez nous 72% ont un âge au-dessous de 40 ans.
- en Europe pour la tranche d'âge de 40-50 ans, on a 55 à 60% de cas.

Ici également il existe une différence significative.

### Sur le plan parité :

- 47% de nos femmes sont stériles.
- Au Sénégal on trouve 37%
- En Côte d'Ivoire on signale 36,31%.

Sur le plan de la contraception :

7% de nos femmes prennent les oestroprogestatifs sur  
6.779 femmes.

Ce résultat ne nous permet pas de déterminer une influence quelconque des oestroprogestatifs sur le développement des fibromes utérins.

Sur le plan clinique :

Les hémorragies

Pour Huguier	représentent 83%
Pour DUCING	71%
Pour Nous	40%

Les douleurs pelviennes :

- Abolo au Cameroun signale 21,5%
- La littérature générale donne 20 à 40%
- Dans nos observations, on retrouve 22%.

Sur le plan des lésions associées :

Fibrome et goître :

Malgré l'existence du goître à l'état endémique dans certaines zones de notre pays, nous retrouvons peu de femmes ayant à la fois un utérus fibromateux et un goître 3%

Parmi ces 3%, deux femmes avaient subi une thyroïdectomie.

L'association fibrome et annexités : est fréquente. Cela peut être du à la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles et à l'augmentation de la densité des populations dans les villes, augmentation provoquée par l'exode rural vers les grands centres urbains.

L'association fibrome et kyste de l'ovaire n'est pas rare non plus, les 8 cas de kyste retrouvés en constituent la preuve.

Sur le plan thérapeutique :

Le traitement chirurgical demeure la principale méthode thérapeutique du fibrome.

Le traitement médical et l'abstention thérapeutique sont mal acceptés car ils demandent des surveillances médicales périodiques, ce qui n'est pas respecté par nos malades qui préfèrent la solution rapide et définitive à leur mal..

## CONCLUSION

Nous avons étudié 100 cas de fibromes dans 4 formations sanitaires de Bamako #

- Hôpital Gabriel TOURE
- Hôpital du Point G
- P.M.I. Centrale
- Maternité de Hamdallaye

Il faut signaler qu'en dehors de Kati, tous les autres centres de santé du District évacuent les malades fibromateuses sur les 2 principaux hôpitaux : Hôpital Gabriel TOURE et Hôpital du Point G.

Dans cette thèse, nous avons voulu entreprendre une étude d'ensemble sur le plan clinique, thérapeutique et étiopathogénique du fibrome dans les différentes formations sanitaires.

Cette étude nous a donné les renseignements suivants :

1°/ Sur le plan de la fréquence :

- La fréquence est plus élevée chez les bambara que chez les autres ethnies, ensuite viennent les peulhs et les sarakollés.
- Le fibrome est plus fréquent chez les femmes noires que chez les femmes blanches.
- 48% de nos cas ont moins de 35 ans
- L'âge le plus élevé est de 67 ans
- L'âge le plus bas est de 25 ans.

2°/ Sur le plan étiologique : Plusieurs hypothèses s'affrontent pour essayer d'élucider le problème étiopathogénique.

3°/ Sur le plan de la macroscopie des lésions : Le nombre de myomes est très élevé dans nos cas et les myomes uniques sont rares.

Il s'agit le plus souvent de fibromes abdomino pelviens et de fibromes abdominaux.

Le plus grand myome opéré pèse 7 kg.

4°/ Du point de vue des aspects cliniques :

Les motifs de consultations sont les suivants :

- Les hémorragies : elles constituent 40%
- Les douleurs pelviennes : " 22%
- L'augmentation de volume de l'abdomen " 10%
- La stérilité " 19%
- Hémorragies après aménorrhées " 4%
- Autres signes " 5%



5°/ Les associations avec d'autres affections génitales ou générales :

On trouve les résultats suivants :

- Fibrome et goitre	3%
- Fibromes H.T.A.	5%
- Fibrome et Drepanocytose	1%
- Fibrome et grossesse	3%
- Fibrome et kyste de l'ovaire	8%
- Fibrome et cancer	1%
- Fibrome et bilharziose	2%
- Fibrome et stérilité	48%
- Fibrome et salpingite	14%

6°/ Sur le plan thérapeutique :

Les différentes méthodes thérapeutiques à savoir :

- l'abstention
- le traitement médical
- le traitement chirurgical - chirurgie conservatrice et chirurgie radicale

ont été appliquées.

Le traitement médical et l'abstention sont mal acceptés par nos malades parce que l'assiduité leur manque souvent.

Le traitement chirurgical :

C'est le plus important des traitements du fibrome. La chirurgie conservatrice a été appliquée à 30% de nos malades ; il s'agit de myomectomie et de curetage de polypes.

Cette chirurgie conservatrice est proposée à certaines femmes multigestes pour lesquelles un bilan complet de stérilité ne retrouve aucune étiologie en dehors de la présence du fibrome, ainsi qu'à certaines autres infertiles à qui on pense laisser une ultime chance d'une grossesse même tardive.

La chirurgie radicale a été pratiquée chez 46% des malades. Il s'agit le plus souvent de gros fibromes ayant occupé tout l'utérus chez qui autre solution n'est possible, ou des femmes ayant des utérus polymyomateux avec associations des lésions annexielles graves.

Il faut dire que l'hystérectomie entraîne des problèmes psychologiques et sociaux importants chez nos femmes.

Il appartient donc à nos praticiens avant d'entreprendre un traitement de réfléchir et de mesurer toutes les conséquences que cela comporte. Ceci nécessitera un dialogue franc entre le médecin et la malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. APETOFFSA : A propos des hémorragies utérines juvéniles.  
Akoucherstivo Guinek, 1955, 1, 50-50-54.
2. Afrique Santé : Fibrome utérin : quand opérer  
1985, 55-9, 18-24.
3. A. et Galland.J.Ph. : Nécrobiose aseptique d'un fibrome utérin chez une femme ménopausée hypertendue  
Revue Franc. Gyneco 1978, 73 - n°12, 805-806.
4. Beclère Cl. Gynécologie médicale - Paris, 1956, Manon.
5. Beclère Cl : L'exploration radiologique en gynécologie,  
Technique et résultats, Paris, 1928.
6. B. Blanc - C. Glasman - ADRAI :  
Fibromes utérins :
  - Les tumeurs particulières et fréquentes
  - Une symptomatologie variée ou souvent muette
  - Traitement : Savoir choisir.Pratique médicale 1985 - 23- 49-67.
7. Borrat. J. et Musset R. : Fibromes utérins et Prolapsus  
Gyneco. obst. 1963, 62, 337-340.
8. Birris Q. : Conceptions modernes du Traitement des fibromes  
Concours méd. 1970, 92 - n°12, 2649-2656.
9. Crepin G. : Le Traitement conservateur des fibromyomes utérins-entretiens de Bichat - Samedi 6 Octobre 1979.
10. Cotte et Mathieu J. : Sur une nouvelle série de 163 interventions pour myomes utérins, La place de la myomectomie.- Revue française de gyn. et d'obst. T. 38, 1943 - PP 265-274.
11. Cottom (Guylaire Michon Mme) : Fibrome et grossesse - étude du Pronostic obstétrical à partir de 190 observations  
Nantes imp. contemporaine 1984 3222 141-10F
12. Duporieux, c Hopfner, G. Duhamel, G. Dine, J. : Thrombopenie associée à un Leiomyome utérin - Guérison après Hystérectomie - Presse Médicale 1984 T. 13-23-6.
13. Ducuing J., GUILHMEUR P. et BINETE : Considérations sur le rôle de l'hyperfolliculine dans la pathogénie du fibromyome utérin Gyn. obst, 1946, 45, n°3 ; 237-143.
14. Dictionnaire de Médecine Flammarion - édit. 1982 p.202

15. Esperencia - Pina J.A. - Microvascularisation de l'ovaire et de la trompe utérine chez la femme  
Gynecologie 1980 Volume 31 n°5 p 459.
16. E.M.C. p.570 A- Gynecologie 3.
17. F. Lafargue M. Ganerre N. Sudan et M P  
angiome utérin à propos d'un cas.  
Revue Franç. gyneco et d'obst. C 1980,75,5,231-296.
18. Franckel T. et Benjamin F : Augmentation rapide d'un fibrome utérin après traitement par le clomiphène  
J. obstet. gyneco But. CUTLHT  
1973,80, n°8,764.
19. F. Marc - évolution du traitement chirurgical du fibrome chez la femme jeune : la Place actuelle de la myomectomie - 1968.
20. Henrion - Abrégé illustré de gyneco et obst.5è edit. p.109-118 - Paris Masson.
21. Koutouan J. Claude : Contribution à l'étude des fibromes utérins (A propos de 515 cas observés au CHU de Cocody - Abidjan) du 1er Janvier 1981 au 5 Mars 1985 - Thèse Méd. 11 Juin 1985.
22. Larousse Médical illustré Page 436 Edt.1975.
23. Les explorations fonctionnelles gynécologiques dans la Stérilité, l'avortement récidivant et les troubles menstruels - 9è édition 1975 - Masson.
24. L. Abolo MBENTI : A propos de 500 cas de fibrome à l'hôpital Central de Yaoundé - Thèse Méd. Bordeaux II. 1972 n°90 - Code 91138.
25. LECAILLE Didier : Etude comparative de 2 interventions conservatrices en matière de fibrome utérin.  
Thèse Méd. Paris V Paris Ouest 1982 n°65  
Code 90973/H.
26. Locke Mafonta, J. Silon A. Malong. G. Nkiwabonca G.Malaouba:  
Fibrome et grossesse:contribution de l'échographie au diagnostic et à la surveillance  
Médecine d'Afrique Noire 1985 - 6 - P.253.
27. Nouveau Traité de Technique chirurgicale - Jean Patel et Lucien Leger - Masson.

28. Paysan H. Monges. G. Jouven P. Sudan N et Gouanene M.  
Leiomyome utérin de caractère inhabituel  
Développement exoplytique en grappe dans le  
péritoine pelvien.  
Arch. Anat. Cytol Palhol 1980 28-n°1, 45-49.
29. Raboch - Prague : La dégradation de la vie sexuelle après  
hystérectomie, plaide pour la conservation des  
ovaires avant la ménopause  
Objectif médical Mars 1986 n°1-8.
30. S. BAYO : Contribution à l'étude des Fibromyomes utérins  
A propos de 316 cas - Thèse Méd. (73-M.II)D
31. Stenkiste G. : Fibromes, polyglobulie - 2 3657 78 AMB.
32. La Vieille F. Les fibromes utérins, doit-on les traiter  
médicalement - Faut-il les opérer ? Notre  
analyse de 200 cas personnels.  
J. Gyneco. obst. Biol. Reprod. 1979,8,n°3.

FICHE D'ENQUÊTE : FIBROME UTERIN

I.  
NOM : .....  
PRENOM : .....  
AGE : .....  
ETHNIE : .....  
NIVEAU SOCIO-PROFESSIONNEL : .....  
PROFESSION DU MARI : .....  
ADRESSE : .....  
DATE DE LA CONSULTATION : .....  
LIEU DE CONSULTATION : .....  
II. MOTIF DE LA CONSULTATION : .....  
1. Les HÉMORRAGIES  
- Menorragie.....  
- Métorragie.....  
2. LES DOULEURS.....  
3. LES LEUCORRHEES.....  
4. LES PYORRHEES.....  
5. TUMEUR ABDOMINALE.....  
6. AUTRES.....  
III. LES ANTECEDENTS  
1. Chirurgicaux.....  
2. Médicaux.....  
3. Familiaux.....  
4. Obstétricaux.....  
- Partes et leur déroulement.....  
- Avortement spontané ou provoqué.....  
- Curetage.....  
5. Gynécologique.....  
a) Etude du cycle.....  
- cycle régulier.....  
- cycle irrégulier.....  
- durée du cycle.....  
- abondance.....  
b) Infections génitales.....  
c) Age de la puberté.....  
d) Ménopause.....  
e) Utilisation des oestroprogestatifs.....

IV. DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE :

1. Obésité :.....  
Maigreur.....
2. Variétés de fibromes ;
  - a)- Fibrome unique.....
    - Fibrome multiples.....
    - Fibrome pelvien.....
    - Fibrome abdominopelvien.....
    - Fibrome abdominal.....
  - b) Variétés par rapport à l'utérus :
    - Fibrome du col.....
    - Fibrome de l'Isthme.....
    - Fibrome du corps utérin.....
  - c) Variétés par rapport aux différentes tuniques de l'utérus
    - Fibromes sous séreux ou sous péritoneaux.....
    - Fibromes sous muqueux.....
  - d) Variétés morphologiques :
    - Fibromes sessiles.....
    - Fibromes pédicules.....
3. Les Troubles urinaires :
  - Pollakiurie.
  - Incontinence
4. Fibromes et autres associations
  - Fibrome et grossesse
  - Fibrome et Kyste de l'ovaire
  - Fibrome et cancer
  - Fibrome et endometriose
  - Fibrome et stérilité :

V. LES COMPLICATIONS :

1. Complications générales
  - a) Obésité :
  - b) Maigreur :
    - Troubles cardiovasculaires
    - Hypertension artérielle
    - Troubles veineux
    - Oedèmes :
2. Complications obstétricales
  - A) au cours de la grossesse :
    - Sur le fibrome :
      - Hypertrophie
      - Necrobrose aseptique
      - Torsion.

Sur la grossesse :

- Insertion vicieuse :
- Présentation anormale :
- Avortement :

B) Au cours du travail

Inertie utérine  
Obstacle praevia

C) Dans le Post Partum :

Hémorragie de la délivrance :

3. Complications infectieuses :

Les annexites  
Les endométrites  
Les infections du fibrome :  
  gangrène  
Suppuration :

4. Les complications mécaniques :

Torsions :  
- Occlusion intestinale aiguë :  
- Inondation péritonéale

5. Les Dégénérescences bénignes :

a) Dégénérescences bénignes :

Fibrome calcifié :

b) Dégénérescences malignes :

V.I. Les examens paracliniques :

- . hystérosalpingographie : H S G
- . Numération formule sanguine
- . Examen cytologique

Autres :

V.II. Traitement du Fibrome =

1. Traitement médical :

Traitement Hormonal

2. Traitement chirurgical

a) abstention chirurgicale

- Femme en ménopause
- Femme obèse en mauvais état veineux
- Petit - fibrome.

h) Traitement chirurgical :

Myomectomie :

Hystérectomie :

- Totale

- Subtotale

V.III. Complications post-opératoires.

IX. R E S U L T A T S :



-            S E R M E N T            D ' H I P P O C R A T E ,            -

---

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 dans 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.

---

---