

FIBROME UTERIN

PLAN DE TRAVAIL

I-DEFINITION

II-INTERET

III-ETIOPATHOGENIE

IV-ANAPATH

V-CLINIQUE

VI-EXAMENS PARACLINIQUE

VII-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

VIII-COMPLICATIONS

IX-TRAITEMENT

I-DEFINITION

- C'est une tumeur bénigne encapsulée et développée au dépend du tissu conjonctif et musculaire lisse du myometre, cette pathologie est fréquente puisqu'elle peut toucher **20%** des femmes à l'âge supérieur à **35ans** $\frac{1}{5}$

II-INTERET

- Le fibrome constitue un motif de consultation fréquente de part sa complication essentielle « le saignement » avec un risque très faible de dégénérescence, il faut tjr rechercher une lésion en associée tel que : hyperplasie de l'endomètre. +++
(hyper-œstrogène)

III-Etiopathogénie

- Le mécanisme évoqué dans la formation des fibromes et la teneur hormonale en œstrogène (l'hyperœstrogénie relative : obésité, dysovulation, l'insuffisance lutéale, pré-ménopause) → plus d'œstrogène par rapport à la progest
- Il n'y a pas de preuve formelle dans l'action directe des œstrogènes sous l'apparition des fibromes, le mécanisme de l'effet mitogène des œstrogènes est médié par la présence d'autres facteurs tel que : EGF, IGF (ipidermal insuline like) + récepteurs d'œstrogène. ↳ insuline growth factor
- Le fibrome n'est jamais retrouvé avant la puberté et disparaît normalement après la ménopause.
- Il existe une prédisposition des fibromes (translocations, délétion, arrangement des bras longs des chromosomes 7 et 6) → familiale et raciale
- les œstrogènes ont un rôle dans la formation du collagène I et II.

IV-ANAPATH

1-MACROSCOPIE : tumeur unique ou multiple de taille très variable de quelque mm à plusieurs cm de diamètre, limitée par une pseudo-capsule qui permet le clivage avec le myometre.

2-TOPOGRAPHIE

- a- Par rapport à l'utérus : **95%** au niveau du corps utérin, cependant le col et l'isthme **3%** chacune
- b- Par rapport à la tunique de l'utérus :
 - Fibrome sous-séreux : développé à l'extérieur de l'utérus qui peut être pédiculé ou sessile à large base d'implantation.
 - Fibrome interstitiel : siège dans l'épaisseur du muscle utérin qu'il déforme.
 - Fibrome sous-muqueux : faisant saillie dans la cavité, il est aussi sessile ou pédiculé pouvant descendre et être accolé par le col (le plus hémorragique)

NB : autre classifications des sous-muqueuses (sessile)

- **Type 0 :** intra-cavitaire pure + + + Hragies
- **Type 1 :** son plus grand diamètre siège dans la cavité utérine (une petite partie est dans la MU)
- **Type 2 :** son plus grand diamètre siège dans la MU (muscle utérin)



3-EVOLUTION

- Le fibrome refoule les organes pelviens, il peut se transformer par nécrobiose aseptique, peut se calcifier parfois se stabiliser ou régresser après la ménopause

4-MICROSCOPIE

- Le fibrome est constitué de fibres musculaires lisses soutenues de travées de collagène -

5-LESIONS ASSOCIEES

- Hyperplasie de l'endomètre -
- Polypes endometriales.
- Adénomyoses -

⇒ FDRisque. ⇒

V-CLINIQUE

A- CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE

- 1- **SYMPTOMATOLOGIE** : le fibrome est découvert lors d'un examen clinique systématique le plus souvent, réalisé au décours d'une consultation gynécologique ou bien lors de la surveillance d'une contraception, ou d'une consultation de stérilité, enfin au décours d'une complication : (svt)

- Les ménorragies ou métrorragies responsable d'une anémie -
- Complications douloureuses a type de colique ou de pesanteurs (fibrome pédiculé ou nécrobiose aseptique)
- Augmentation du volume de l'abdomen surtout dans les régions hypogastriques. + polype accouché par le col.
- Stérilité -
- Compression mécanique vésicale, rectale des veines pelviennes, nerveux (sciatralgies), urétrale (hydronephrie, dysurie, polyurie).
- Leucorrhées glaireuses, rarement hydorrhées. + sous muqueux.
- La dégénérescence carcinologique est rare voir indéterminée -

2- EXAMEN CLINIQUE

- **L'examen de l'abdomen** : retrouve une voussure hypogastrique.
- **La palpation** : précise le fond utérin qui peut être lisse régulier ou déformé (bosselé)
- **Speculum** : col peut être sain, nécessite une FCV la glaire est normal filante due a l'hyper-œstrogène, le col est latéro-devié parfois ascensionnée, cependant un polype peut être accouché par le col. [polype sentinelle] !
- **TV** : combiné au palper : apprécie l'état du corps utérin et les annexes, l'utérus peut être déformé par une masse arrondie ferme, indolore, située dans le pelvis ou débordant dans la cavité abdominale qui est toujours solidaire au corps utérin mais généralement sans sillon de séparation (si pédiculé il ya un sillon). Les mouvements imprimée a l'un sont transmis a l'autre
- **TR** : explore les paramètres (pour éliminer une pathologie maligne) et l'extension postérieure de la tumeur
- **EXAMEN DES SEINS ET SOMATIQUE GENERAL**

lisse →
+ dure.

pour les pédiculés le diag différentiel se pose avec les masses paramétriales.

VI-EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1- FCV

2- ECHOGRAPHIE PELVIENNE :

- A- **Voie abdominale** : permet d'apprécier la taille et le volume de l'utérus ces déformations, ses contours, le nombre des fibromes, le sous-séreux sessile est facilement diagnostiqué de même que l'interstitiel, cependant le sous-muqueux refoule la ligne de vacuité, l'intra cavitaire pédiculé siège au niveau de la ligne de vacuité.

- B- **Voie vaginale** : image de meilleure qualité pour le diagnostic des lésions intra-cavitaire

3- HSG : de moins en moins utilisé (hystero-salpingographie)

- A- **ASP** : afin de relever les images de calcification -

- B- **Après opacification** les fibromes sous-muqueux et interstitiel sont visibles sur des clichés de profil au moment de remplissage, l'image est arrondie, homogène et à bords nets.

- Entraînant un agrandissement ou bien une déformation de la ligne de vacuité

+ ses localisations

exploration des annexes

- Le trajet des trompes est modifié donnant l'aspect d'encorbellement (peut bloquer le passage de l'œuf fécondé ou l'ovocyte dans la cavité utérine)

4- **HYSTÉROSONOGRAPHIE** : utilisé surtout en cas de ménorrhagie, cette technique permet le remplissage de la cavité utérine par du sérum physiologique et augmente les performances de l'échographie dans les lésions intracavitaires.

5- **HYSTÉROSCOPIE** : visualise les fibromes sous-muqueux et apprécie l'aspect de l'endomètre. Enfin l'intérêt de cette technique dans le traitement des fibromes inférieurs à 3cm à l'aide d'un resectoscope

6- **CURETAGE BIOPSIQUE** : réalisé en cas d'image suspecte à l'hystéroscope ou l'hystérographie. Ce curetage permet de faire le diagnostic histologique (< 2cm)

7- **AUTRES EXAMENS :**

uretère

A- **UIV « UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE »** : permet de préciser les rapports des fibromes avec l'uretère en cas de fibrome développé dans le ligament large latéralement.

B- **IRM** : siège du fibrome, nombre, taille, il donne une cartographie exacte du siège des lésions et permet le diagnostic différentiel avec l'Adénomyose, le leiomyosarcome, masse annexielle (ovaire ; hydrosalpinx)

C- **COELIOSCOPIE** : essentiellement réalisé lorsque l'examen clinique est para clinique laisse une présomption avec une masse annexielle surtout dans le cas d'une stérilité de petit volume.

D- **BILAN CARDIO, METABOLIQUE, HEMOGRAMME, TTX.**

VII-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Grossesse.
- Autres cause de métrorragies maligne : néo du col et de l'endomètre
- Tm bénigne : polype, hyperplasie de l'endomètre, Adénomyose.
- Tm ovarienne : surtout pédiculés (malignes + bénignes)

VIII-COMPLICATIONS

1- **Locale**

- Hémorragies (son abondance et sa répétition)
- Infection (polype accroché par le col) surinfection. → endométrite
- Signes cliniques d'endométrite ou pyrométrie par rétention
- Mécanique
 - Compression des uretères
 - Compression de vessie, rectum
 - Compression veineuses : œdèmes + varices + thrombo-embolique.
 - Complications thromboemboliques
 - Compression nerveuse sciatralgies + paresthésies
 - Torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé (vomissement, nausée, défense, --- contracture)

- **Transformation :**

- Œdémateuse : augmentation du volume du fibrome
- Dégénérescence sarcomateuse : exceptionnelle
- Nécrobiose aseptique secondaire à une ischémie du fibrome favorisée par la grossesse et donne métrorragie douleur, fibrome douloureux ramolli au TV avec une image en échographie **en** .. le TRT : repos, poche de glace, ATB, AINS.

+++ Phlébite et embolie pulmonaire + infections.

échogène à l'intérieur + anneau clair à l'extérieure.

2- **OBSTETRICALE**

- L'infécondité : blocage de la fécondation et nidation (obstacle due à l'augmentation de la cavité utérine) due à des anomalies vasculaires.
- Fibrome et grossesse
 - Le fibrome augmente la taille pendant la grossesse avec le risque de nécrobiose aseptique + l'importance de la taille du fibrome.

- Le risque d'avortement et d'accouchement prématuré est majeur de même que les RPM, hypotrophie foetale, MIU, anomalie de présentation *le Placenta prævia.*
- Pendant le travail : dystocie dynamique et obstacle prævia → *Taux de césarienne ↑*
- Délivrance : hémorragie par inertie utérine même que ma rétention placentaire, inversion utérine .
- Post partum hémorragie, endométrite, complications thromboemboliques .

IX-TRT

A- METHODES

- Abstention thérapeutique : fibromes asymptomatiques .

SURVEILLANCE *clinique + échographie.*

TRT médical :

- **progestatif** qui corrige l'hyper œstrogénie relative
 - dérivé de la 19 nor pregnone (**LUTHENYL**)
 - 19 norethisterone (**ORGAMETRIL**) qu'on le donne au 5^{ème} - 25^{ème} jour du cycle (curatif+contraceptif) et du 15-25jour (curatif) *20 mg / jrs pnt 3 jrs.*
- **œstrogène** : en cas d'hémorragie abondante : **PREMARIN** mg en IV --- régénère l'endomètre *à forte dose.*
- **Analogue de LH-RH : DECAPEPTIDE** 3.75mg une injection/mois *pnt 3 mois . risque de ménopause artificielle.*
- **ANTIFIBRINOLYTIQUE** : **EXACYL** le plus utilisé (*acide Tranexamique*).
- **AINS** : **PONSTYL** . *2 cp x 3 / jrs. 2-4 cp / jrs.*

NB : l'association médicamenteuse tel que l'œstrogène percutanée : œstradiol+exocyl . (*œstradem*)

TRT adjuvent :

- Transfusion sanguine .
- Apport ferreux .
- Uterotonique-

- **EMBOISATION ARTERIELLE** : peut être pré-op pour les grands myomes ou définitive en cas de CI surtout pour les fibromes interstitielles

TRT CHIRURGICAL

- **Conservateur** : myomectomie par laparotomie ou par cœlioscopie
 - : Pour les myomes intra-cavitaire : résection endoscopique par le laser ou bien une anse diathermique (*< 4cm*)
- **Radical** : hystérectomie totale par voie haute mais avec conservation ovarienne (femme jeune)

B- INDICATIONS

- **TRT MEDICAL** : hémorragie de ~~moyenne abondance ou grande abondance~~ , progestatif sinon œstrogène (3jours) puis progestatif *moyenne abondance → progestatif*
- **TRT CHIRURGICAL** : cœlioscopie voie haute et voie basse *grande abondance → œstro-progestatif ± anti fibrinolytique ou AINS*
 - Radical ou conservateur (*< 8cm*)
 - Hémorragie rebelle ou TRT médical lors d'une compression, pesanteur, fibrome volumineux, en cas de stérilité

NB :

- Pendant la grossesse l'intervention chirurgicale et proscrite car le risque d'hémorragie est d'avortement sont importants
- Pendant l'accouchement : la césarienne ne pas toucher parce que le volume diminue lors du post-partum et l'hémorragie peut être tres importante *sauv pour les fibromes pediculés.*
- La césarienne en matière de fibrome et grossesse est d'indication large

- La révision utérine est systématique
- Dans les suites de couches prévenir les infections par les ATB et les accidents thromboemboliques par les anticoagulants

* Les facteurs uniques

prédisposant - age > 40 ans

- d'obésité
- l'ethnie
- ATCD familiaux

- puberté précoce

- nulliparité

- infertilité

protecteurs

- multiparité

- l'âge tardive de la dernière grossesse

- le Tabac (anti-œstrogénique)

- contraception orale.