

## **Fibrome utérin**

*Par Dr Loucif*

### **Objectifs :**

1. **C'EST QUOI?      DEFINIR**
2. **POURQUOI?      INTERET DE LA QUESTION**
3. **COMMENT?      PHYSIOPATH**
4. **DIAGNOSTIC?**
5. **TRAITEMENT?**

### **Plan :**

1. **Introduction**
2. **Epidemiologie**
3. **Rappel**
4. **Physiopathologie**
5. **Anatomopathologie**
6. **Etiopathogenie**
7. **Diagnostic :**
  - **Clinique**
  - **Para clinique**
  - **Diagnostic positif**
  - **Formes cliniques**
8. **Classification**
9. **Diagnostic différentiel**
10. **Diagnostic étiologique**
11. **Pronostic**
12. **Surveillance**
13. **Prise en charge :**
  - **Traitement curatif**

- **Traitement préventif**

#### **14. Conclusion**

#### **Introduction :**

- **Definition :**

**Tumeur bénigne du myomètre (fibrome ou myome ou léiomyomes) qui se développe à partir des cellules musculaires lisses et de tissu fibreux de l'utérus**

- **Interet de la question:**

- ✓ **Frequence**
- ✓ **Gravité**
- ✓ **Difficultés diagnostic**
- ✓ **Progrés thérapeutiques**

**Interet médico légale**

#### **Epidémiologie :**

- **20 ~ 50 % des femmes après 35 ans = très fréquent**

#### **Physiopathologie :**

**CML → myocytes anormaux**

**x clone**

**Cercle vasculaire périphérique**

#### **Etiopathogénie :**

- **Prédisposition familiale et ethnique (♀ noires ® Fibromes sont 2 ~ 3 x + fréquents)**
- **N'existent pas avant puberté et régressent après la ménopause (sauf si ttt oestrogénique, dégénérescence sarcomateuse, ou tumeur sécrétante ovarienne), Age de découverte : en général 30 ~ 50 ans**
- **FDR essentiel est l'hyperoestrogénie : obèse et insuffisant lutéal**
- **Apparition des fibromes n'est PAS favorisée par grossesse / multiparité / prise de pilules oestroprogestatives**

## **Diagnostic :**

### **Clinique :**

- **CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE**
- **Ménorragies (règles abondantes + prolongés avec caillots) > métrorragies, ménométrorragies (par hyperplasie endométriale associée)**
- **Pesanteur pelvienne, douleurs pelviennes**
- **Compression d'organe de voisinage :**
  - **Trbles urinaires (pollakiurie, dysurie, aggravat° d'une incontinence, rarement rétention aiguë): fibrome ant et post**
  - **Rarement compression urétérale (par un fibrome inclus ds le ligament large, entraînant hydronéphrose)**
  - **Constipation, épreinte, ténesme (fibrome post)**
- **Augmentation du volume de l'abdomen (parfois isolée)**
- **Leucorrhées**
- **Complications**

### **Découverte fortuite sur une écho pelvienne (50 ~ 80 % sont asymptomatiques)**

- **Etat général : Apyrexie ; si fièvre => évoquer une nécrobiose**
- **Inspection et palpation abdo**
- **Peut être normal ou repérer une masse dure à contours arrondis voussure suspubienne**
- **Spéculum**
- **Col, frottis (systématique), déviation du col ?**
- **Saignement ou leucorrhée d'origine endo-utérine ?**
- **Parfois fibrome pédiculé sous muqueux accouché par le col (rare)**
- **Permet d'apprécier accessibilité à éventuelle chirurgie par voie vaginale**
- **TV (vessie vide, combiné à palpation abdo TR)**
- **Peu contributif si obèse ou si utérus non déformé (petite taille, localisation...)**
- **Typiquement : Utérus augmenté de volume avec une masse solidaire du corps, ferme, lisse, indolore et bien limitée sans sillon de séparation (sauf myome pédiculisé)**

## Paraclinique :

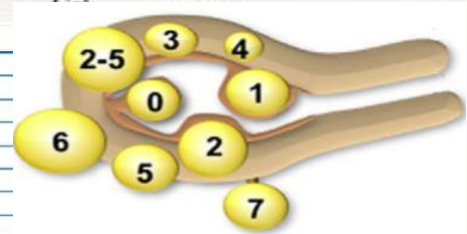
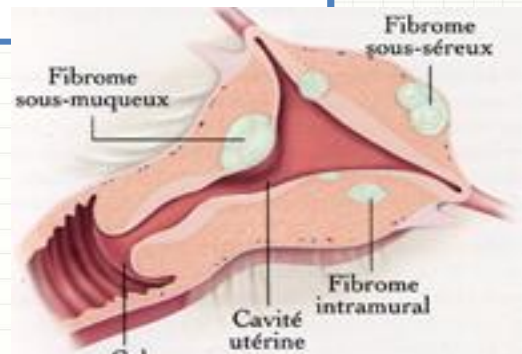
- *Echographie pelvienne : examen de 1ère intention, par voie abdo et vaginale*
- *Utérus (position, dimensions, contours, myomètre, cavité, endomètre), ovaires, annexes, Douglas*
- *En général, utérus fibromateux => Augmenté de taille (hauteur > 8 cm, largeur > 6 cm, épaisseur > 4 cm)*
- *Myomes :*
  - *Soit hyperechogène : composante conjonctive dense ; soit hypoéchogène : composante oedemateuse majoritaire*
  - *Forme arrondie avec pseudocapsule ± remaniement central*
  - *Nbre, taille, type (interstitiel ou intramural le + fréquent, sous-muqueux, sous-séreux), sessile ou pédiculé.*
  - *Localisation*
    - *soit ant ou post*
    - *soit fundique surtt, isthmique, cornual ou latéral)*
    - *Différents types de fibromes svt associés*
- *Hystérocopie diagnostique avec curtage biopsique*
- *Examen de référence pour l'exploration des saignements anormaux : permet d'éliminer un cancer de l'endomètre*
- *Permet de voir fibromes interstitiels et sous-muqueux (bombement de la muqueuse, déformation de la cavité)*
- *Recherche si obstruction ostium utérinum ou du défilé cervico-isthmique*
- *Hystérosalpingographie*
  - *Réalisée en phase folliculaire (1ière partie du cycle), en dhs d'une grossesse, d'une infect° et de la période hémorragiq*
    - *Cavité utérine augmentée de taille, déformée (F. interstitiel, F. sous séreux)*
    - *Lacune endocavitaire à bords réguliers (F interstitiel, F sous muqueux) avec possible ballonnisation de l'utérus*
    - *Signes de compression ou d'étirement des trompes*
- *Aucun des 2 examens précédents n'est réalisable en cas de fibrome accouché par le col.*

- **IRM**
- **Examen le + sensible pour le diagnostic et la localisation des fibromes**
- **Indiqué si conditions anatomiques limitent les performances de l'échographie ou si masse latéro-utérine non identifiée en écho (kyste ovarien suspect / fibrome compliqué)**
- **Echo rénale / UIV si suspicion compression urétérale**
- **Biologie**
- **NFS, Bilan martial : bilan du retentissement**
- **± iono, créatininémie**
- **Groupage Abo-Rh, RAI, bilan d'hémostase**

## CLASSIFICATION :

3 - types de fibromes :

- ✓ Sous muqueux 0,1,2
- ✓ Interstitiel ou intra mural 3,4,5a
- ✓ Sous séreux 5b, 6, 7



Sous-muqueux	0	Intracavitaire pédonculé
	1	Intramural < 50 %
	2	Intramural ≥ 50 %
Autres	3	Au contact de l'endomètre ; 100 % intramural
	4	Intramural
	5	Sous-séreux intramural ≥ 50 %
	6	Sous-séreux intramural < 50 %
	7	Sous-séreux pédonculé

### **Diagnostic différentiel :**

**Devant masse pelvienne / augmentation du volume utérin**

**Tumeur ovarienne (bénigne ou maligne) : intérêt de l'échographie**

**GEU ou Grossesse <sup>^</sup> : échographie, βhCG si doute, grossesse et fibrome peuvent être associés !!**

**Adénomyose (endométriose interne)**

**Cancer de l'endomètre : hystérocopie avec biopsies si doute**

**Devant des saignements anormaux**

**GEU**

**FCS**

**Cancer ovaire / endomètre / col**

**Devant des douleurs pelviennes fébriles (Dc différentiel de la nécrobiose aseptique)**

**infection utéro-annexielle**

**Evolution clinique :**

**Quiescence, le + souvent : fibromes restent stables et asymptomatiques**

**Croissance (influencée par environnement hormonal)**

**Involution après la ménopause (en l'absence de ttt oestrogénique ou de dégénérescence sarcomateuse)**

**Complications**

**Récidive (même si exérèse complète du fibrome, seule l'hystérectomie totale prévient tte récurrence)**

**• CHANGEMENTS DEGENERATIFS AU SEIN DES FIBROMES**

**Œdème secondaire à obstruction veineuse partielle : ramollissement, dissociation des fibres musculaires, aspect de pseudokyste**

**Nécrobiose : si focale => évolution vers la fibrose, si importante => magma nécrotique**

**Dégénérescence**

**- Hyaline / mucoïde / myxomateuse par ischémie : matériel acellulaire, œdème, nécrose centrale**

**- Graisseuse**

**- Calcification : stade ultime de la dégénérescence graisseuse/ de la nécrobiose. Fibrome calcifié visible sur ASPQ**

**- Maligne sarcomateuse : exceptionnelle (0,5%)Q = quasi-nulQ**

**Complications :**

**Hémorragies**

**Surtt fibrome sous muqueux**

**En rapport avec l'hyperplasie endométriale qui accompagne le fibrome**

**Peuvent être responsable d'anémie ferriprive sévère et d'une gêne socioprofessionnelle**

**Traitement par progestatif et antifibrinolytiques (Exacyl, Dycinone) si peu abondantes voire curetage hémostatique si + importantes**

**COMPRESSION**

**Urétérale (rare) : fibrome lat**

**Vésicale (pollakiurie, dysurie) : fibrome ant et post**

**Rectale (pesanteur, épreintes, faux besoins) : fibrome post**

**Vasculaire (rare)**

**Nerveuse (rare)**

**Torsion d'un fibrome pédiculisé sous-séreux**

**avec douleurs abdominales brutales, défense et vomissements**

**nécessitant une intervention en urgence**

**Parfois crises douloureuses intermittentes**

**Nécrobiose aseptique par thrombose du pédicule nourricier**

**Fièvre à 38°5 + douleurs pelviennes aiguës paroxystiques (+ pertes noirâtres seulement si sous muqueux)**

**Diagnostic échographique**

**Favorisé par la grossesse et ttt par oestrogène**

**Traitement par anti-inflammatoires et antalgiques**

**« Infertilité » : responsabilité des fibromes est controversée**

**Complications obstétricales : augmentation du risque de Grossesse**

**- 1er trimestre : FCS précoce, MTR du 1er trimestre, diagnostic de grossesse jeune peut être gêné par un fibrome**

**- 2ième trimestre : Risque accru de nécrobiose aseptique ou de torsion s'il est pédiculisé**

**- 3ième trimestre : Placenta praevia, HRP, MAP**

**- Favoriserait les RCIU**

**- Travail**

**- Dystocie dynamique (mv contractilité utérine)**

**- Dystocie mécanique (Obstacle praevia, mv accommodation fœtale, mv présentation)**

**- Délivrance**

**-Risque accrue d'hgic de la délivrance : par rétention placentaire et/ou inertie utérine**

**Récidive après myomectomie**

**Polyglobulie vraie**

**Dégénérescence sarcomateuse (exceptionnelle) : 0.5 % à évoquer sur une augmentation rapide du volume utérin**

**Traitement curatif :**

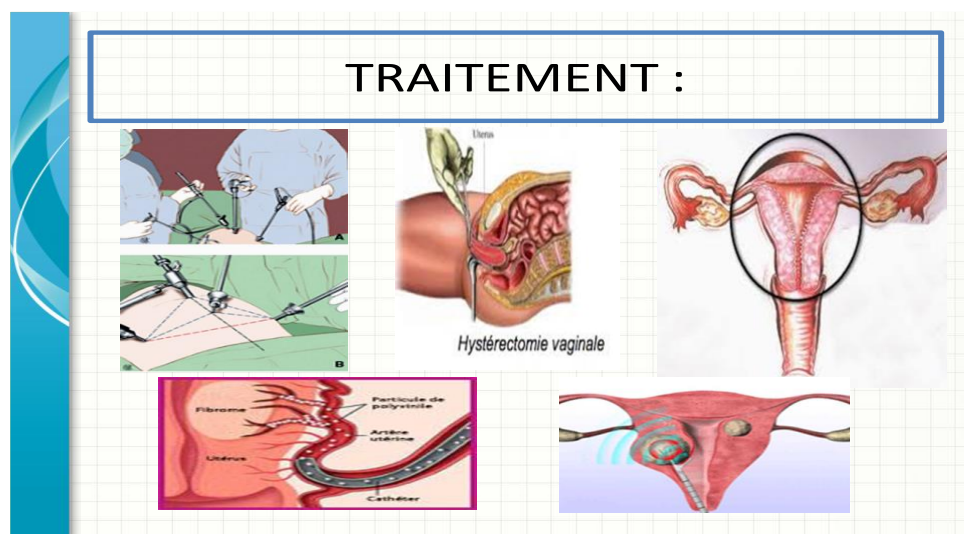
#### **INDICATIONS EN FONCTION**

- **Symptomato et gravité**
- **Caractéristiques des myomes : nb, taille, type, localisation, évolutivité**
- **Age et statut hormonal**
- **Parité et désir d'enfant**
- **Existence d'une stérilité**
- **Existence d'une pathologie associée gynécologique (endométriose)**
- **Terrain : ATCD chir, CI à AG ou à certaines voies d'abord chirurgicales**
- **interrogatoire, clinique, écho, hystérocopie, Hb**

**Traitement :**

#### **ABSTENTION**

- **Si asymptomatique, petite taille, sans troubles du cycle**
- **Surveillance clinique et échographique**





## MEDICAL

- *Si ménorragies isolées, à visée symptomatique pour « passer un cap difficile » et éviter complications / différer intervention*
- *But = corriger l'hyperoestrogénie relative*
- *Permet de réduire taille des fibromes et  $\bar{}$  symptomatologie (mais ne fait pas disparaître les fibromes)*
- *Peut servir à préparer une chirurgie (aide à corriger anémie, diminue saignement, réduction de volume des fibromes)*
- *Progestatifs*
- *En discontinu du 14e au 25e jour du cycle*
- *Efficace sur les symptômes surtout*
- *Effet inconstant sur la réduction de volume des fibromes*
- *Agoniste de la LH-RH (Décapeptyl LP, Enantone LP) : castration médicale ou ménopause thérapeutique*
- *Principal ttt médical des fibromes actuellement*
- *Ttt limité à 3 mois, réservé aux fibromes responsables d'une anémie et pour préparer une chirurgie*
- *Efficace sur la réduction de volume + sur les phénomènes hémorragiques*
- *Effets secondaires : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, troubles de la libido (+ ostéoporose si utilisation prolongée)*

## CHIRURGICAL

- *Seulement si symptomatique avec lésion associée ou complications ou résistance au traitement médical*
- *Ttt conservateur : myomectomies*
- *En 1ère intention si Femme en âge de procréer pour préserver fertilité ou pour éviter le traumatisme psychologique d'une hystérectomie*
- *par résection hystéroscopique, par coelioscopie, par voie vaginale ou par laparotomie*
- *(en cours d'évaluation : coagulation par laser, embolisation artérielle)*
- *intervention très adhésiogène peut retentir sur fertilité*
- *utérus cicatriciel ms faible risque de rupture lors de grossesse ultérieure*

**Ttt radical : hystérectomie**

***Totale ou subtotale (laisse le col en place)***

***Associé ou non à annexectomie (trompes + ovaires si ♀ ménopausée ou si anomalie macroscopique perop)***

***-Femme < 45 ans ne désirant plus de grossesse : Hysterectomie interannexielle***

***- Femme > 47 ans : Recommander l'hysterectomie totale avec annexectomie bilat***

***- Par laparo, par voie vaginale ou coelio***

***Cas particulier des fibromes intracavitaires***

***Résistant au ttt médical par progestatif***

***Indication fréquente d'un ttt chirurgica***