

Myomes utérins

Cours de 5^{ème} année médecine

Dr.Hafiane

I. Introduction

Léiomyome appelé communément fibrome ou myome est une tumeur bénigne qui se développe aux dépens du tissu myométrial ; touchant 30% des femmes en activité génitale plus de 35ans.

II. Étiologie

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

- il n'y a pas de myome avant la puberté ;
- les myomes se stabilisent ou peuvent régresser après la ménopause.
- les myomes s'accroissent parfois rapidement pendant la grossesse pour régresser ensuite
- les myomes augmentent sous traitement oestrogénique après la ménopause ;
- l'endomètre des femmes porteuses de fibrome témoigne d'une hyperœstrogénie : il existe habituellement **une hyperplasie de l'endomètre**, source de saignements.

Il existe aussi un **facteur ethnique** (fréquence particulière chez les femmes de **race noir**) et facteur héréditaire (fréquence dans certaines familles).

III. Anatomie pathologique

1. Anatomie microscopique et macroscopique

Le myome est une tumeur bénigne du muscle lisse d'où son nom plus adapté que celui de fibrome car il y a peu de tissu fibreux, elle est arrondie, dure, élastique, limitée par une pseudo-capsule qui permet le clivage entre le muscle utérin et le fibrome (c'est la myomectomie). Le myome est rarement seul, s'ils sont multiples on parle **d'utérus polymyomateux** son volume varie de celui d'une tête d'enfant à un grain de mil.

2. Localisation

- **En fonction des différentes parties de l'utérus** :Le siège le plus fréquent est le corps utérin (96 %), alors qu'au niveau de l'isthme il n'est que de 1 %, et 3 % au niveau du col. Dans cette localisation, le

myome est le plus souvent sus-vaginal, refoulant les éléments latérocervicaux, il est exceptionnellement intra vaginal. Si l'on envisage

- **Sa situation par rapport à la paroi utérine** : le fibrome peut être sous-péritonéal (ou sous-séreux) et, dans ce cas, pédiculé ou sessile ; il peut aussi être interstitiel, ou intra mural siégeant dans l'épaisseur du muscle qu'il refoule, ou sous-muqueux, faisant saillie dans la cavité utérine de type 2 (< 50 % intra cavitaire) ou de type 1 (> 50 %). Le plus souvent, il a une base d'implantation large mais il peut être pédiculé, réalisant alors un myome sous- muqueux de type 0 de l'utérus qui peut éventuellement être accouché par le col.

IV. Clinique

1. Signes fonctionnels

Le signe fonctionnel révélateur essentiel est la **ménorragie** : règles plus abondantes (hyperménorrhée) et surtout plus prolongés (de 10 à 25 jours). Souvent, elle s'associe à une poly ménorrhée, les règles se répétant à intervalles rapprochés.

- **Les métrorragies** isolées sont rares (10 % des cas). Souvent, il s'agit de **ménométrorragies** pouvant donner un aspect presque continu aux hémorragies.
- **Les leucorrhées** sont banales, surtout abondantes avant les règles ; rarement, il s'agit d'une **hydrorrhée** ou d'une **pyorrhée** (celle-ci doit faire soupçonner une complication septique ou une autre affection associée).
- **Les douleurs** sont variables, soit à type de **pesanteur pelvienne** ou **rectale**, soit au contraire **aiguës**, à type de **torsion** ou de **coliques expulsives**.
- **Les troubles urinaires** associent en général **pollakiurie**, **troubles de l'évacuation** avec, au maximum, **rétention urinaire aiguë**, voire **incontinence urinaire d'effort**.
- Enfin, **l'infertilité** ou **l'augmentation du volume de l'abdomen** peuvent être des motifs de consultation. Mais il faut savoir que le plus souvent le fibrome est **muet** ou **asymptomatique** et qu'il sera découvert lors d'un examen *gynécologique* ou **une échographie pelvienne pratiqué** pour un tout autre motif.

2. Examen gynécologique

Il sera pratiqué dans de bonnes conditions techniques, sur une table gynécologique, après évacuation vésicale.

➤ **Inspection de l'abdomen**

Il ne décèlera qu'exceptionnellement une voussure sus- pubienne témoin d'un volume important. La

➤ **Palpation**

Essaiera d'apprécier le fond utérin, lisse et régulier, ou à l'opposé, déformé par des bosselures.

➤ Examen du col au spéculum

Celui-ci a pour but de préciser l'existence ou non d'un écoulement, d'une déviation éventuelle du col et constitue surtout l'occasion de pratiquer un frottis de dépistage si la patiente n'est pas à jour (plus de 3 ans) ou en cas de doute sur une lésion du col notamment devant des métrorragies. Parfois un myome sous-muqueux pédiculé peut apparaître à travers l'orifice cervical. Le myome est parfois noirâtre, sphacélé et peut être pris à tort pour un polype ou un cancer.

➤ Toucher vaginal combiné au palper abdominal

Il précise :

- la situation du col : dévié ou non ;
- la situation du corps utérin : antéversé ou rétro versé, déformé par une masse arrondie, lisse, de volume variable, ferme et élastique ou dure, surtout indolore, mobile et solidaire du corps utérin auquel sont transmis les mouvements imprimés à la tumeur et inversement, sans sillon de séparation entre la lésion et le corps utérin ;
- au niveau des annexes, le toucher vaginal étudiera l'état des ovaires, la souplesse et la sensibilité des culs-de-sac vaginaux

V. Examens complémentaires

Ils sont indispensables pour affirmer un diagnostic douteux et sont utiles dans bien des cas pour préciser l'importance des lésions, les associations éventuelles, l'attitude thérapeutique. La pratique du frottis cervical est nécessaire, s'il n'y en a pas eu de récents (< 3 ans).

1. Échographie

C'est l'examen diagnostique de référence. Elle doit être réalisée par **voie transabdominale** et **transvaginale**. Echo graphiquement, le myome est une formation écho gène, mais moins que le myomètre dans lequel la répartition est homogène. Les limites antérieures sont faciles à identifier. Les limites postérieures sont par contre moins bien dessinées.

-**Les myomes sous-séreux** sont les plus faciles à reconnaître, déformant le contour externe de l'utérus. Cependant, un myome à pédicule étroit peut être confondu avec une tumeur de l'ovaire plein.

-**Les myomes sous-muqueux** sont difficiles à voir en échographie abdominale mais sont bien vus en Échographie vaginale ou en sono hystérogaphie. Ils dévient l'image linéaire de la cavité.

L'échographie permet de mesurer la taille du ou des myomes, de suivre leur croissance, ou leurs modifications histologiques : nécrobiose aseptique, calcification.

- **L'hystérosonographie** est un bon moyen d'exploration de la cavité utérine lorsqu'un myome sous-muqueux est suspecté.

L'échographie permet l'évaluation de l'endomètre qui est souvent hypertrophié en l'absence de traitement.

2. Hystérocopie

Elle permet de :

- affirmer le diagnostic de myomes sous-muqueux ;
- préciser les possibilités de résection endoscopique des myomes sous-muqueux de moins de 2 ou 3cm.

3. IRM

Cet examen permet une cartographie parfaite des myomes surtout en présence de nombreux myomes de grande taille, il permet d'envisager le retentissement sur les autres organes. Elle est donc recommandée avant tout traitement conservateur de type myolyse par ultrasons ou par embolisation.

Elle est néanmoins non indispensable pour choisir la thérapeutique si l'échographie apporte les renseignements nécessaires.

4. Bilan général

Un bilan général complétera toujours l'étude clinique. Il doit apprécier :

- le degré d'obésité, celle-ci pouvant poser des problèmes au chirurgien et à l'anesthésiste ;
- l'état cardio artériel : prise de la tension artérielle, radio graphie pulmonaire, électrocardiogramme le retentissement de l'anémie
- l'état de la circulation veineuse, en particulier recherche d'antécédents de phlébite.

VI. Évolutions et complications

Un tiers des myomes sont bien tolérés. De volume modéré, non compliqués, ils permettent à la femme d'arriver sans ennuis à la ménopause. Celle-ci faite, le myome subira comme l'utérus une involution et ne fera plus parler de lui si la femme ne prend pas de traitement hormonal. D'autres myomes au contraire vont provoquer des complications.

- 1. Hémorragies** les ménorragies sont un signe et une complication fréquente des myomes, soit du fait de l'hyperplasie glandulaire créée par le déséquilibre oestro- progestatif et associée à l'augmentation de taille du volume utérin, soit du fait d'une atrophie de l'endomètre, la pression mécanique exercée par les myomes sous-muqueux créant les conditions favorables au saignement : ulcération, infection, endométrite hémorragique Elles peuvent constituer une complication du fait de leur abondance, ou du fait de leur répétition et de leur prolongation, entraînant une anémie microcytaire, hypochrome parfois très importante.

2. Complications mécaniques

➤ Volumineux développement abdominal

Il s'agit d'une masse déformant l'abdomen, palpable jusqu'au dessus de l'ombilic, régulière, arrondie, parfaitement limitée en haut et latéralement, plongeant derrière la symphyse pubienne en bas.

Le toucher vaginal montre que cette masse dépend du col qui est attiré vers le haut, et est solidaire de la masse.

L'échographie abdominale est utile pour distinguer cette tumeur pleine d'un kyste mais c'est l'IRM qui sera nécessaire pour apprécier le nombre des myomes et leur topographie si la patiente souhaite un traitement conservateur.

➤ Torsion d'un fibrome sous séreux pédiculé

Il peut s'agir :

- **d'une torsion aiguë**, marquée par une douleur abdominale brutale accompagnée de vomissements, d'une accélération du pouls ; la température est normale. Au toucher vaginal ou plus souvent au palper abdominal, il existe une douleur importante, utérine ou para-utérine en regard du fibrome.
- **Torsion latente** Elle est marquée par des crises douloureuses intermittentes.

➤ Les compressions sont fréquentes et le fait de fibromes à développement pelvien

La compression urétérale est redoutable car elle évolue généralement à bas bruit. Il faut y penser devant un fibrome latéral ou inclus dans le ligament large.

Au toucher vaginal, le col est refoulé latéralement par une masse qui occupe tout le cul-de-sac latéral et fait corps avec l'utérus. Cette masse est habituellement fixe et non mobilisable. L'échographie rénale dépiste la dilatation.

L'UIV ou l'uro-IRM révèle parfois des lésions très importantes telles qu'un rein muet, une dilatation urétéro-pyélo-calicielle, ou à l'opposé un uretère étiré. Une intervention s'impose pour lever l'obstacle.

➤ Les cystalgies, les pollakiuries

Sont le fait de myomes à développement antérieur qui refoulent le col et le corps en arrière.

- **Les troubles rectaux** à type de pesanteurs, de faux besoins sont liés aux myomes postérieurs qui refoulent l'utérus et surtout le col contre la symphyse. Ces fibromes peuvent s'enclaver dans le Douglas, donnant le tableau très douloureux, ou provoquer une rétention aiguë d'urine

➤ Les compressions vasculaires

Peuvent entraîner un œdème des membres inférieurs par compression des veines iliaques. Il est classique de considérer les phlébites comme liées à des phénomènes de compression vasculaire latente.

3. Hémorragies intra péritonéales

Elles sont rares et liées à la rupture d'une grosse veine superficielle de la tumeur. Elles réalisent tous les aspects d'une hémorragie intra péritonéale.

4. Modifications structurales du myome

➤ Transformations bénignes

- **La nécrobiose aseptique** est le sphacèle brutal de la tumeur par ischémie secondaire à l'oblitération de l'artère centrale qui irrigue le myome. Dans la forme aiguë, les trois ordres de symptômes sont : une fièvre à 38°–38,5° avec un faciès subictérique
- des douleurs pelviennes parfois paroxystiques accompagnant des pertes noirâtres si le myome s'évacue ;
- des modifications locales du myome qui devient très douloureux au palpé et ramolli, mais reste mobile.

. Ce tableau impose la prescription d'antalgiques avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens, le repos et parfois une intervention à distance si les douleurs persistent.

- **La calcification du myome** est un diagnostic radiologique.
- **La dégénérescence œdémateuse** entraîne une augmentation du volume de la tumeur qui est ramollie mais non douloureuse.
- **La sphacèle d'un myome** accouché par le col est la seule complication infectieuse fréquente. Elle se traduit par des douleurs expulsives violentes, des métrorragies intriquées de pertes fétides avec élimination de débris sphacéliques. À l'examen au spéculum, on retrouve au fond du vagin une masse noirâtre, hémorragique, friable, appendue à un pédicule intra cervical.

➤ **La transformation maligne du fibrome est difficile à prouver, il existe en revanche des leiomyosarcome utérins qui en ont des caractéristiques proches**

Un certain nombre de signes doivent le faire redouter :

- la survenue d'hémorragies utérines après la ménopause ;
- l'augmentation rapide du volume de la tumeur, associée à des troubles compressifs.
- l'altération de l'état général
- une vascularisation différente et atypique souvent plus importante. Mais il arrive que le cancer se révèle par une métastase (en particulier pulmonaire ou hépatique) ou que le diagnostic ne soit porté qu'à l'intervention, ou même lors de l'examen histologique systématique de la pièce opératoire.

VII. Formes associées

1. L'association à un cancer du col doit toujours être redoutée

2. L'association à une lésion annexielle

3. Fibromes et grossesses

La coexistence d'un fibrome et d'une grossesse peut entraîner des troubles de gravité inégale.

➤ **Au cours des premiers mois de la grossesse**

L'avortement spontané représente le risque majeur. Il est en général précoce, hémorragique et compliqué de rétention placentaire.

➤ **Au cours des six derniers mois de la grossesse**

L'existence d'un myome abdominal pourra avoir des conséquences d'abord sur le myome (avec poussées passagères d'hypertrophie douloureuse, risque de nécrobiose aseptique, accidents de compression) et surtout sur la grossesse : le myome est en compétition avec la grossesse, il entraîne saignements et infections urinaires, il gêne l'accommodation du fœtus, il est la cause de présentations anormales et de menace d'accouchement prématuré.

Lors de l'accouchement qui est souvent prématuré, et surtout gêné dans son déroulement par l'insuffisance fonctionnelle de l'utérus myomateux, on aura fréquemment une dystocie dynamique.

Lors de la délivrance, il faudra se méfier d'une hémorragie avec décollement placentaire incomplet.

Les suites de couches sont menacées d'accidents thromboemboliques.

➤ **En présence d'un fibrome pelvien**, la grossesse évolue en général sans trop de troubles, le fibrome ne se complique pas mais l'accouchement par les voies naturelles est impossible. Le fibrome constitue un obstacle *prævia* irréductible qui impose la césarienne.

4. Fibrome et infertilité Il y a un lien entre myome et infertilité si le ou les myomes déforment la cavité utérine car ils perturbent l'implantation du fait de leur présence ou de l'altération de l'endomètre. Les myomes intracavitaire et sous muqueux déformant la cavité utérine doivent être opérés avant l'assistance médicale à la procréation pour ne pas gêner une future implantation embryonnaire.

VIII. Traitement

1. Abstention et simple surveillance

Elles sont les seules choses à faire pour les fibromes asymptomatiques de diamètre inférieur à 10 cm (Il n'est pas recommandé de faire un suivi échographique des myomes asymptomatiques de petite taille, en revanche, au-delà de 8 à 9 cm, beaucoup d'alternatives à la chirurgie par laparotomie ne sont plus possibles et il est rare qu'un myome de cette taille ne soit pas symptomatique, il semble alors justifié de réaliser une échographie par an.

La contraception orale œstroprogestative ou progestative et le traitement hormonal substitutif ne sont pas contre-indiqués).

Seuls les myomes sous-muqueux sont une contre-indication aux dispositifs intra-utérins.

2. Traitement médical

L'étiologie du fibrome étant mal connue, il n'y a pas de traitement médicamenteux susceptible de faire disparaître les fibromes. Seuls les fibromes symptomatiques seront traités. Le traitement qui sera de courte durée (< 6 mois) aura pour but de faire disparaître le symptôme (L'hypothèse d'une origine oestrogénique des myomes étant posée, les drogues ayant un effet anti-œstrogénique sont utilisés pour traiter les ménorragies. Ne pas oublier d'associer un traitement **martial** de la probable anémie associée en cas de ménorragies (surtout avant une chirurgie programmée).

➤ **Progestérone et progestatifs**

La progestérone et les progestatifs n'ont pas d'indications pour traiter les myomes ni pour réduire le volume ou empêcher la croissance de ceux-ci. En revanche, ils agissent sur l'endomètre qui est le siège d'une hypertrophie. Ils diminuent ou suppriment les ménorragies. P

➤ **Antifibrinolytiques**

Les antifibrinolytiques comme l'acide tranexamique Exacyl®, Spotof® gélules) sont efficaces sur les ménorragies fonctionnelles et sont prescrits à la dose de 2 à 4 g/jour – 2 comprimés ou une ampoule buvable 3 ou 4 fois/jour

➤ **Anti-inflammatoires non stéroïdiens**

L'acide méfénamique peut être utilisé dans le traitement des ménorragies : 2 gélules 1 à 3 fois/jour dès le premier jour des règles pendant 2 à 5 jours maximum. Les AINS sont utiles pour les douleurs liées aux myomes et à la nécrobiose.

➤ **Analogues du LHRH (leuproréline, triptoréline, goséreline)**

Ils entraînent une castration médicamenteuse réversible. Ils permettent d'obtenir une réduction de taille de 50 % en 6 à 8 semaines dans la moitié des cas, peuvent avoir un intérêt en préopératoire pour mettre la patiente en aménorrhée et lui permettre de corriger une anémie (hémoglobine ≤ 8 g/dl), ou rendre un geste chirurgical plus facile en diminuant le volume du fibrome. Ils ont une AMM pour 3 mois.

❖ **Indications du traitement médical**

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

- entraînant des ménorragies ;
- dont le diagnostic est certain ;
- de petit ou de moyen volume ;
- ne donnant pas d'autres complications que les saignements et les douleurs. Il peut être prescrit en pré thérapeutique d'une technique invasive ou mini-invasive.

3. Traitement chirurgical

Deux grands types d'intervention sont possibles : myomectomie et hystérectomie.

➤ **Myomectomie**

Elle permet de conserver l'utérus et la fonction reproductive. Son indication est guidée par le désir de la femme de préserver sa fertilité.

Elle comporte un risque d'hémorragie péropératoire ainsi que la possibilité de récurrence tardive du myome.

Elle se fait par voie hystéroscopique, abdominale, coelioscopique, voire vaginale.

Si le myome est intracavitaire de type 0, pédiculé ou de type 1 de petite taille (< 4 cm), il faut essayer de le retirer par hystéroscopie opératoire avec résection.

➤ **Hystérectomies**

- **Inter-annexielle** si la femme non ménopausée.
- **Ave annexectomie bilatérale** après 50ans.

Par voie vaginale ; par coelioscopie ou par laparotomie si le volume utérin est très important

Dans tout les cas : **examen anatomopathologique** systématiquement de la pièce opératoire

4. Traitement destructeur : embolisation

Effectuée sous anesthésie péri durale ou sous analgésie au cours d'une hospitalisation de 24 heures, elle consiste à obtenir l'occlusion des vaisseaux myomateux par des microsphères calibrées de grosse taille 500 à 800 microns, ce qui réalise une nécrose ischémique du myome.

Elle peut être proposée pour des fibromes interstitiels de moins de 10 cm entraînant des ménorragies. La réduction de volume est de 50 % environ à 6 mois et la disparition des symptômes, en particulier les hémorragies.

Il s'agit d'une technique fiable qui a peu d'échecs et de très exceptionnelles complications graves : nécroses extensives, dissection artérielle. L'embolisation est donc une option thérapeutique pour les myomes symptomatiques non sous-muqueux chez la femme qui n'a plus de désir de grossesses.

Conclusion

Tumeur bénigne de la femme en activité génitale ; il est volontiers asymptomatique et régressif avec l'installation de la ménopause.

Le choix entre un traitement médical et chirurgical des fibromes symptomatiques non compliqués

Sera fondé sur l'étude des risques ; des nécessités et des avantages de chaque traitement