

LES FIBROMES UTERINS

DR LAHMAR MANAR
MAITRE ASSISTANT CHUC
INTRODUCTION-DÉFINITION:

ceux sont des tumeurs bénignes encapsulées constituées de tissu musculaire utérin

ceux sont des lésions fréquentes retrouvées dans 30% des cas chez les femmes de plus de 35 ans, rarement les jeunes femmes retrouvées plus fréquemment chez les africains

□. ETIOPATHOGENIE: reste mystérieuse

- * leur apparition est liée à la période de sécrétion oestrogénique jamais retrouvée avant la puberté
- * à la ménopause; il subit une involuion
- * ceux sont des tumeurs hormono-dépendantes liée à une hyperoestrogénie relative avec un nombre de récepteurs d'oestrogènes important au niveau du myomètre et un nombre de récepteurs de progestérone réduit
- * rôle du tissu conjonctif (race noire)

□. ANATOMIE

a- macroscopie: tumeur développée à partir du muscle utérin, dont il est séparé par une pseudo capsule blanche formées de fibres conjonctifs permettant son clivage lors d'une myomectomie

il peut être unique ou multiples de volume variable

* siège dans l'utérus: dans 90% des cas il est corporeal ; isthme ; portion vaginal du col

* situation dans la paroi utérine: - interstitiel: ou intra-mural dans l'épaisseur du myomètre

- sous-muqueux: fait saillie dans la cavité utérine en refoulant l'endomètre

- intra-cavitaire: est pédiculé peut être accouché par le col

- sous séreux: à l'extérieur de l'utérus

:sessile ou rattaché par un pédicule

b-microscopie: enchevêtrement des fibres musculaires lisses, ~~des~~

Da modifications de structure peuvent s'observer : hyaline ; œdémateuse ;

kystique

calcification ; dégénérescence sarcomateuse et nécrobiose

aseptique

□. ETUDE CLINIQUE:

1- formes asymptomatiques: découvert lors d'un examen systématique: bilan d'infertilité ou échographie pour autres pathologies

2- troubles du cycle menstruel :

a- ménorragies : plus fréquentes

b -métrorragies: dans 10% responsable d'anémie

3-troubles urinaires: pollakiurie par compression vésicale

4-douleurs: variable dans son siège et son intensité

5-augmentation du volume abdominal : gros fibromes

EXAMEN CLINIQUE: après vidange de la vessie et du rectum

inspection : augmentation du volume abdominal

palpation+ toucher vaginal : masse de volume variable ,ferme

indolore et les mouvements que l'on imprime au col sont transmis à la masse et inversement

examen général : signes d'anémie

#EXAMENS PARACLINIQUES:

1- ~~échographie pelvienne~~: tumeur solide échogène de densité variable de celle du myomètre

on précise le siège : sous séreux , intra-mural
sous-muqueux ou intra-cavitaire

si: -calcification: image hyper-échogène

- kystique: image anéchogène

-nécrobiose aseptique: image en cocarde:

~~œdème qui entoure la nécrose dense~~

2-hystéro-salpingographie: en absence de contre indication: infection ou
l'hémorragie

surtout dans un bilan d'infertilité pour les fibromes

intra-cavitaire

3- scanner et IRM n'ont pas d'indication

□. LES FORMES CLINIQUES:

1-formes compliquées:

a- ~~hémorragie~~: liée à l'hyperplasie de l'endomètre et surtout les fibromes
intra-cavitaire et sous- muqueux , responsable d'anémie

b- ~~infectieuses~~: leucorrhées et saignement surtout pour les fibromes
accoucher par le col

c- ~~mécaniques~~: l'enclavement dans le douglas :évoquant une hernie
étranglée

-compression lente : vessie: pollakiuries; rectum: ténésmes
et épreintes ; veines: varices ; nerfs : sciatalgies

- torsion: pour les fibromes pédiculés : aiguë ou sub aiguë:
douleur abdominal intense évoquant une torsion de l'ovaire

d- ~~la nécrobiose aseptique~~: secondaire à une ischémie circulatoire dans un

territoire du fibrome

forme aiguë: température 38° -39° ;syndrome infectieux et VS

augmentée ; douleurs paroxystiques

TRT: médical : AINS + ANTALGIQUE sinon chirurgie en DH de la grossesse

2- infertilité:

3- fibromes et grossesse:

→ influence de la grossesse sur le fibrome: augmentation de taille par imprégnation hormonal; nécrobiose aseptique

→ influence du fibrome sur la grossesse: stérilité ; avortement; accouchement prématuré; obstacle préavis

4-formes associées: cancer de l'endomètre; cancer du col; ou kyste de l'ovaire

□. TRAITEMENT:

A- l'abstention thérapeutique: fibromes muets surveillance clinique et échographique

B-médical:

1- progestatifs: * naturelle et ses dérivées :duphaston cp 10mg réduisent l'hypertrophie de l'endomètre qui est a l'origine des métrorragies

*19 norstéroïdes :orgametrii cp 5 mg: effet antioestrogenique puissant ,mais leurs effets androgenique limite leurs utilisation

*prégnanes et norprégnanes : luiényl cp 5mg: grande affinité vis a vis des récepteurs de progestérone

doses et durée: 1 a 2 cp / j du (16) au (25) jours du cycle sinon

du 5 au 25 jours

**2-danazol: cp 200mg : androgène de synthèse : entraîne une inhibition de
sécrétion des gonadotrophine hypophysaires donc hypooestrogenie
chronique**

dose 1 à 3 cp / j a partir du 1 jours du cycle

**3- analogues LH-RH: décapeptyl amp 0,1 mg ; 3,75mg lp: désensibilisati
hypophysaire : véritable castration médical réversible**

dose : 1 injection/ mois pdt 4 à 6 mois

C-chirurgie:

*** myomectomie par laparotomie ou coelioscopie (fibromes sous séreux de
petite taille); ou hysteroscopie (fibromes intra-cavitaire de petite taille)**

*** hystérectomie : totale ou sub totale**

EN CAS DE GROSSESSE:

traitement chirurgical est exceptionnel sauf en cas de torsion

necrobiose aseptique: trt médical : ATB+CORTICOIDES