

FIBROMES UTERINS

Cours de 5^{ème} année de médecine

Présenté par :

DR MEZAACHE-H

MAITRE ASSISTANTE EN

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

I. Introduction :

Le léiomyome, communément appelé fibrome, est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer.

Elle est retrouvée chez 20 % des femmes. En fait, la réelle incidence des fibromes est sous-estimée car elle ne prend en compte que les fibromes symptomatiques.

Les fibromes sont des tumeurs formées de fibres musculaires lisses, aux noyaux allongés, entourées de fibres de collagène et d'une pseudocapsule formée par des cellules musculaires lisses.

Les fibromes sont des tumeurs peu vascularisées.

Le fibrome reste la principale indication d'hystérectomie chez les femmes en préménopause.

II. Fréquence :

Elle est extrêmement importante puisque 20 % des femmes de 30 ans et 50 % des femmes de 50 ans sont porteuses de myomes. L'obésité et la stérilité sont retrouvées chez 27,5 % des porteuses de fibromes. La fréquence augmente avec la nulliparité et le tabagisme.

Cependant, seulement 20 à 50 % des fibromes seront symptomatiques et nécessiteront de ce fait un traitement.

III. Étiologie :

On ne connaît rien de précis sur l'étiologie des myomes utérins. Le fibrome serait l'expression myométriale d'une hyperœstrogénie locale. Les œstrogènes joueraient un rôle par l'intermédiaire des facteurs de croissance EGF, IGF, PDGF. 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 ou après castration, ou traitement par analogues du GnRH.*
- *les myomes augmentent parfois sous traitement œstroprogestatif .*
- *les myomes augmentent sous traitement œstrogénique 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.*

IV. Anatomie pathologique :

Anatomie 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, la tumeur 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, son volume varie de celui d'une tête d'enfant à un grain de mil.

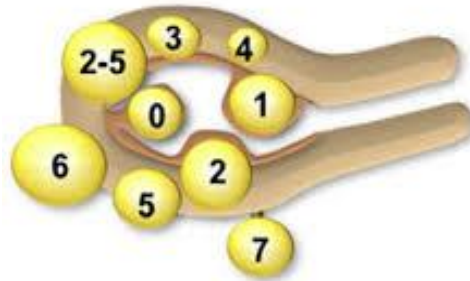
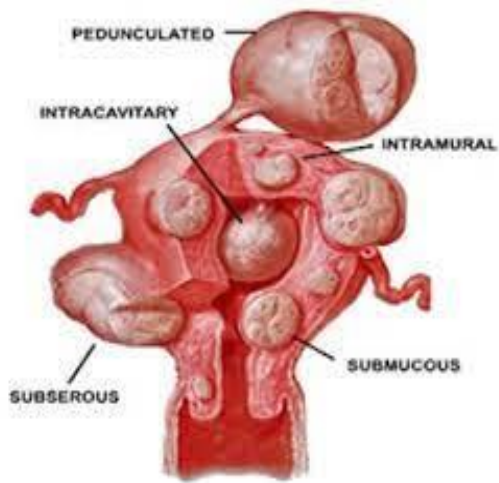


Aspect macroscopique d'un fibrome utérin

V. Classification :

Le siège du myome varie en fonction des différentes parties de l'utérus. Il est défini par la classification FIGO en 2011:

- Sous-muqueux 0 Pédiculé intracavitaire
 - 1 < 50 % intramural
 - 2 ≥ 50 % intramural
- Intramural ou Interstitiel 3 100 % intramural, au contact de l'endomètre
- 4 Intramural
- Sous-séreux 5 Sous-séreux, ≥ 50 % intramural
- 6 Sous-séreux, < 50 % intramural
- 7 Sous-séreux pédiculé
- Autres 8 Autre, parasite (cervical, ligament rond, ligament large)
- Hybride 2-5 Deux chiffres séparés d'un trait
(touchant à la fois l'endomètre et la séreuse) d'union, le premier, précisant le rapport avec l'endomètre, le second avec la séreuse
Exemple : hybride, sous-muqueux de classe 2 et sous-séreux de classe 5



Classification des fibromes utérins



Fibrome sous séreux





Fibrome sous muqueux



Fibrome accouché par le col

VI. Clinique :

1 - Signes fonctionnels :

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 pratiquée pour un tout autre motif.

- Le signe fonctionnel révélateur essentiel est la ménorragie : règles plus abondantes (hyperménorrhée) et surtout plus prolongées (de 10 à 25 jours).

- Les métrorragies isolées sont rares (10 % des cas).

Souvent, il s'agit de ménométrorragies pouvant donner un aspect presque continu aux hémorragies. Il faut rechercher les signes d'anémie parfois aiguë en cas d'hémorragie ou chronique ferriprive devant des ménorragies répétées.

- Les leucorrhées sont banales, surtout abondantes avant les règles ; rarement, il s'agit d'une hydorrhée ou d'une pyorrhée.

- 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.

- Enfin, la stérilité ou l'augmentation du volume de l'abdomen peuvent être des motifs de consultation.

2-Examen gynécologique :

Il n'est contributif que si l'utérus est volumineux.

Inspection de l'abdomen : dans les formes à développement abdominal, elle fait percevoir le volume utérin à travers la paroi abdominale.

Examen au spéculum : il va rechercher des myomes accouchés par le col.

Toucher vaginal : Il précise : la situation du col : dévié ou non ; la situation du corps utérin : antéversé ou rétroversé déformé par une masse arrondie, lisse, de volume variable, ferme et

élastique ou dure, surtout indolore, mobile et solidaire du corps ; le toucher vaginal étudiera l'état des ovaires.

VII. Examens complémentaires :

Ils sont indispensables pour affirmer un diagnostic douteux et sont utiles dans bien des cas pour préciser l'importance des lésions.

1-Échographie :

C'est l'examen diagnostique de référence. Elle doit être réalisée par voie transabdominale et transvaginale. Échographiquement, le myome est habituellement une formation échogène, 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.

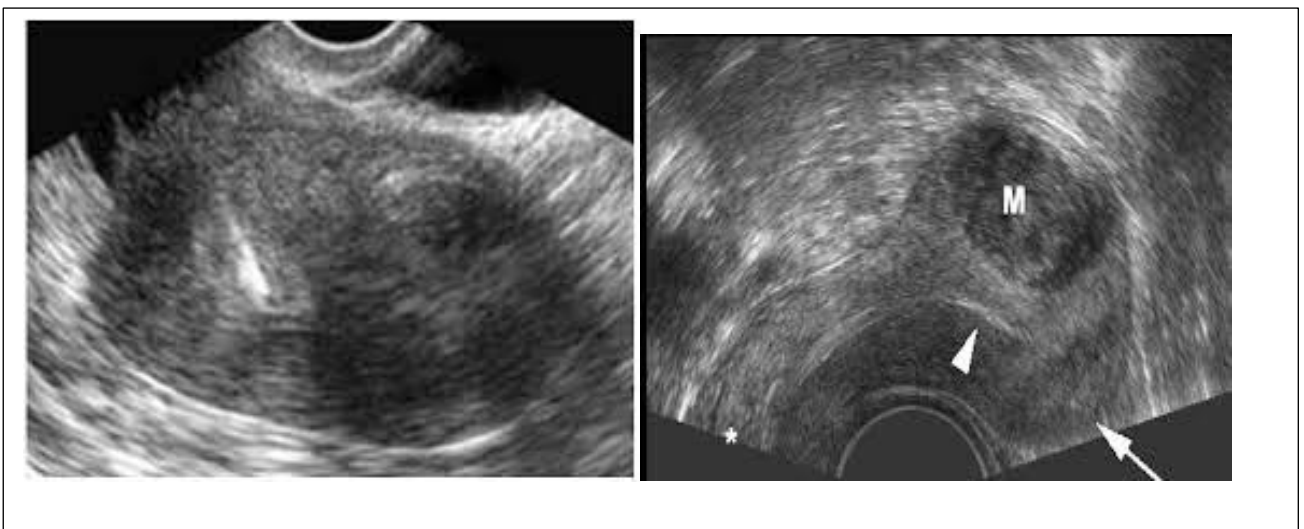
L'échographie pelvienne permet de faire la cartographie de l'utérus et des myomes, de mesurer la taille du ou des myomes, de suivre leur croissance, ou leurs modifications.

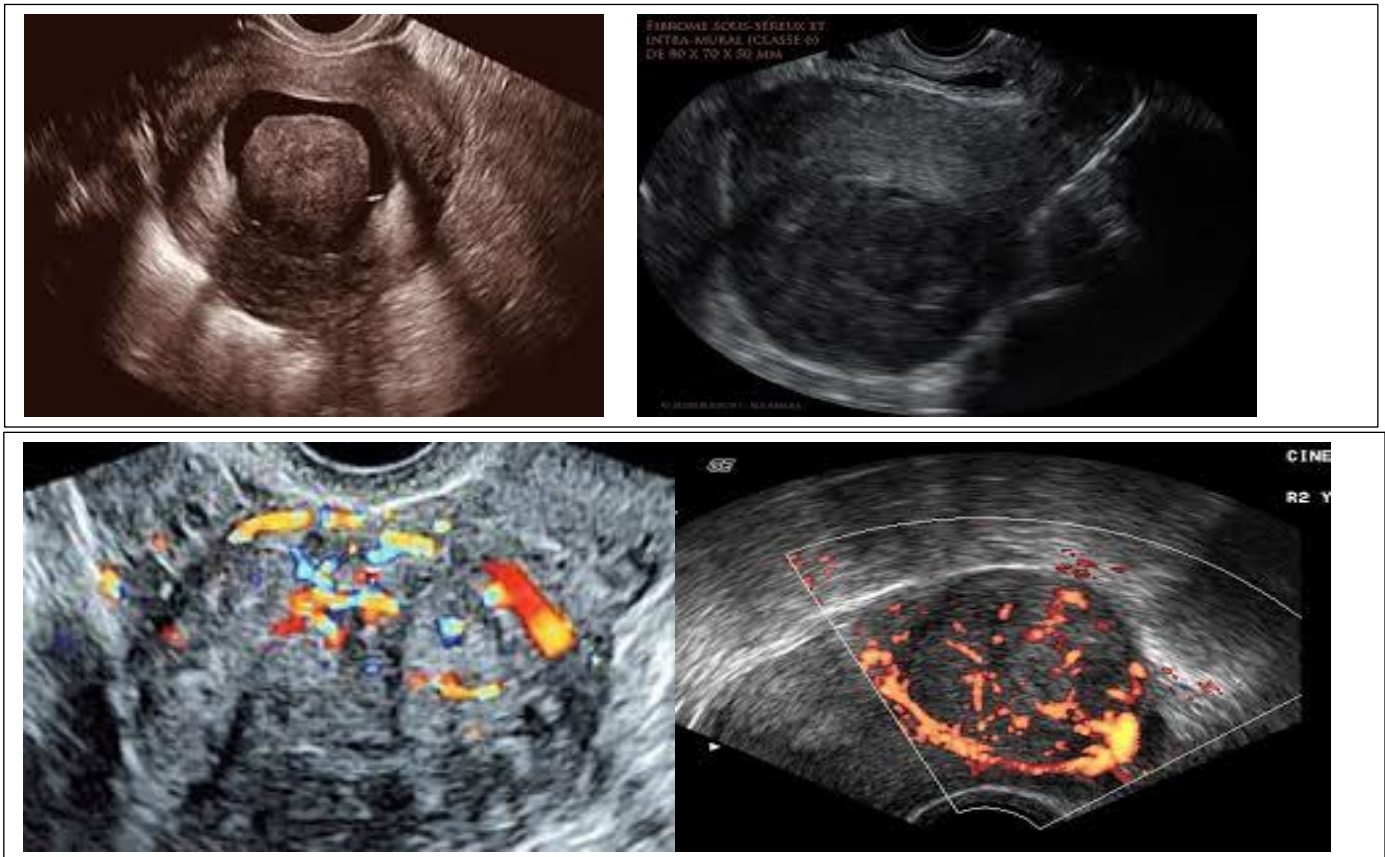
– la voie transabdominale est supérieure pour le diagnostic des volumineux myomes et pour la localisation des myomes multiples, ainsi que pour l'exploration associée des annexes ;

– la voie transvaginale apporte une imagerie de meilleure qualité et est supérieure pour le diagnostic des lésions intracavitaires associées.

Le Doppler couleur permet d'apprécier la topographie et l'importance des vaisseaux nourriciers qui entourent le myome.

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





Images échographiques des fibromes utérins

2-Hystérocopie :

L'hystérocopie diagnostique se réalise en consultation externe, sans anesthésie .

L'hystérocopie diagnostique permet :

- d'affirmer le diagnostic de myomes sous-muqueux ;
- de préciser les possibilités de résection endoscopique des myomes sous-muqueux de moins de 3 ou 4 cm.



Aspect sous hystérocopie d'un fibrome sous muqueux

3-IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) :

L'IRM est un examen non invasif, non irradiant. L'injection de produit de contraste permet de mieux caractériser le tissu fibromateux.

Elle est plus souvent prescrite du fait des alternatives au traitement chirurgical qui en sont la principale indication en plus des échecs de l'échographie.

4-SCANNER :

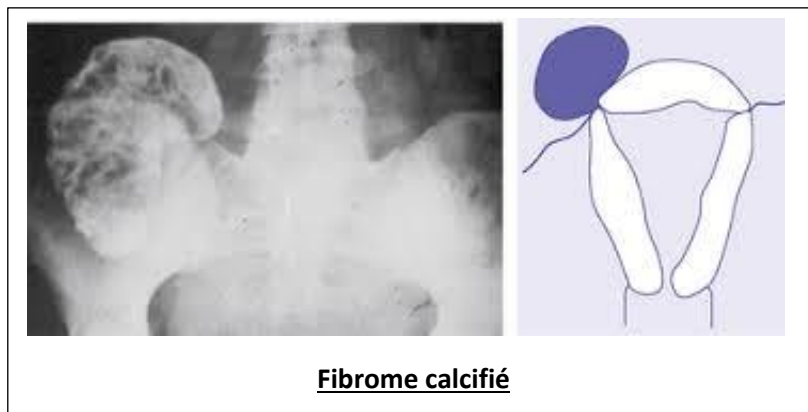
La mauvaise résolution en contraste, la nécessité d'une irradiation de 50 mGy et l'impossibilité de faire des acquisitions multiplanaires rendent le scanner peu performant pour l'étude des myomes utérins.

5-Hystérosalpingographie :

Elle est peu prescrite du fait des progrès de l'échographie et de l'IRM. Elle peut être pratiquée.

6-Radiographie sans préparation du pelvis :

Elle peut repérer un myome calcifié



VIII. Évolutions et complications

❖ Hémorragies :

Elles peuvent constituer une complication du fait de leur abondance ou de leur répétition et de leur prolongation, entraînant une anémie microcytaire, hypochrome, parfois très importante.

❖ Complications mécaniques :

▪ Torsion d'un fibrome pédiculé :

Il peut s'agir d'une torsion aiguë, marquée par une douleur abdominale brutale accompagnée de vomissements ou une torsion latente ; elle est marquée par des crises douloureuses intermittentes.

▪ Les compressions :

Sont fréquentes et le fait de fibromes à développement pelvien :

- Compression de la vessie responsable de rétention d'urines.
- Compression du rectum responsable de « faux besoins ».
- Compression des veines pelviennes pouvant être responsable de thrombose ou d'œdèmes des membres inférieurs, plus rarement de phlébite.

– Compression nerveuse avec sciatalgie à la face postérieure de la cuisse ou compression obturatrice à la face interne de la cuisse.

– Compression des uretères pouvant être responsable d'urétérohydronéphrose et à l'extrême de coliques néphrétiques ou de pyélonéphrites.

❖ **Modifications structurales du myome :**

Transformations bénignes :

- ✓ **La nécrobiose aseptique** : est le sphacèle brutal de la tumeur par ischémie secondaire à l'oblitération des vaisseaux qui irriguent le myome. Dans la forme aiguë, les trois ordres de symptômes sont : une fièvre à 38 °C–38,5, des douleurs pelviennes, des modifications locales du myome qui devient très douloureux au palpé et ramollit, mais reste mobile.
- ✓ **La calcification du myome.**
- ✓ **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, c'est une complication infectieuse. Elle se traduit par des douleurs expulsives violentes.

Transformation maligne : Le lien fibrome-sarcome est incertain et aucune filiation à ce jour n'a été démontrée

IX. Traitement :

L'évolution spontanée est imprévisible ; toutefois, les fibromes régressent habituellement après la ménopause.

A. Abstention et simple surveillance :

Elles sont les seules choses à faire pour les fibromes asymptomatiques de diamètre inférieur à 10 cm (Afssaps, 2004). 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, il est rare qu'un myome de cette taille ne soit pas symptomatique ; il semble alors justifié de réaliser une échographie par an.

B. 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. L'hypothèse d'une origine œstrogénique des myomes étant posée, les drogues ayant un effet anti-œstrogénique sont utilisées pour traiter les ménorragies.

Progestérone et progestatifs :

Ils agissent sur l'endomètre qui est le siège d'une hypertrophie. Ils diminuent ou suppriment les ménorragies.

Ils sont prescrits pour une durée de 3 à 6 mois. En cas d'échec ou de récurrence des saignements, il faut discuter d'un autre traitement médical ou chirurgical.

Le DIU au lévonorgestrel (Miréna•) est utilisable dans cette indication.

Les dérivés de la 19-norprogestérone (norpregnanes, Lutény1•, Surgestone•) et de la 17OH-progestérone (Lutéran•) sont actuellement utilisés.

Les progestatifs sont prescrits du 15' au 25' jour du cycle, et du 5' au 25' jour si un effet contraceptif est souhaité.

Les agonistes de la GnRH: (leuproréline, triptoréline, goséline)

En cas de volume jugé trop important et/ou d'anémie sévère, la prescription d'agonistes de la GnRH peut être indiquée dans un but exclusivement préopératoire et pour une durée de 2 à 3 mois. Elle permet de mettre les patientes en ménopause artificielle et donc de diminuer le retentissement du myome : aménorrhée avec correction de l'anémie, et réduction de taille pouvant aller de 10 à 40 %.

Il faut craindre en revanche les effets secondaires de la ménopause artificielle.

Ils ne peuvent pas remplacer la chirurgie car leur effet est inconstant et surtout transitoire, le retour au volume initial se faisant dans les 6 mois qui suivent l'arrêt du traitement.

Antifibrinolytiques:

Comme l'acide tranexamique (Exacyl) ; sont efficaces sur les ménorragies fonctionnelles.

Anti-inflammatoires non stéroïdiens :

Les AINS sont utiles pour les douleurs liées aux myomes et à la nécrobiose.

Antiprogestatifs ou SPRM (selective progesterone receptor modulator) tels que Mifépristone et ulipristal : Les antiprogestatifs , ou plus exactement les modulateurs sélectifs des récepteurs à la progestérone (SPRM), sont très certainement une classe d'avenir; leur effet sur les saignements est rapide (risque d'hépatotoxicité qui est en cours d'investigations).

C. Traitement chirurgical :

Deux grands types d'intervention sont possibles conservateur ou radical : la myomectomie ou l'hystérectomie.

Traitement chirurgical conservateur : myomectomie

L'indication du traitement conservateur des fibromes est guidée par le désir de la patiente de préserver sa fertilité ; Elle comporte un risque d'hémorragie peropératoire ainsi que la possibilité de récurrence tardive du myome.

Myomectomie par voie abdominale, par laparotomie ou par cœlioscopie selon la taille du fibrome, ou résection de fibrome endocavitaire sous hystérocopie pour les fibromes intracavitaires de taille inférieure à 4 cm et développement majoritairement intracavitaire.

Traitement chirurgical radical : hystérectomie

Les fibromes restent la première indication des hystérectomies.

Les indications sont représentées par le volume utérin, les métrorragies, les syndromes de compression, les nécrobioses aseptiques chez les patientes n'ayant plus de désir de grossesse.

La technique d'hystérectomie se répartit entre voie abdominale, voie vaginale et cœlioscopie.

Les indications du traitement chirurgical :

- Utérus myomateux associé à des ménorrhagies fonctionnelles résistant au traitement médical, surtout en cas de retentissement général (anémie, transfusions).
- Myomes comprimant les organes de voisinage avec retentissement notamment sur l'appareil urinaire.
- Myomes sous-séreux pédiculés tordus ou en nécrobiose, responsables de douleurs pelviennes.

D. Myolyse:

Elle a pour objectif la destruction du fibrome utérin. Il en existe deux types :

L'embolisation des artères utérines : consiste en l'obstruction de la vascularisation du fibrome par injection de particules dans les artères utérines sous contrôle radiologique.

La myolyse par thermocoagulation utilise les ultrasons (HIFU), la radiofréquence, la coagulation ou la cryothérapie.

X. Conclusion :

- Fibrome utérin est une 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.*