

MYOME UTERIN

INTRODUCTION

- Tumeur bénigne développée au dépens des cellules musculaires de l'utérus la plus fréquente chez la femme en âge de procréer.
- Fréquence – 20% à 30% des femmes caucasiennes, – 50% des femmes de race noire de plus de 30 ans.
- Manifestations cliniques multiples mais le plus souvent asymptomatiques.
- Risque de dégénérescence faible.
- Principale indication d'hystérectomie chez les femmes en préménopause.

NOUVELLE CLASSIFICATION FIGO

classification system (PALM-COEIN) Sous-muqueux

- 0 : pédiculé intra-cavitaire
- 1 : moins de 50% intra-mural
- 2 : plus de 50% intra-mural Intra-muraux ou interstitiels
- 3 : 100% intra-mural, au contact de l'endomètre
- 4 : intra-mural strict Sous-séreux
- 5 : sous-séreux plus de 50% intramural
- 6 : sous-séreux moins de 50% intramural
- 7 : sous-séreux pédiculé Autres
- 8 : autres, lésions parasites: ligament rond ou large, col utérin

PHYSIOPATHOLOGIE

• Génétique

- Mutations ou réarrangements du bras long du chromosome 7
- Duplications région q13-15 du chromosome 12, q23-24 du chromosome 14
- Réarrangements impliquant le chromosome 6 p21 et le chromosome 10 q22

• Hormones stéroïdes

- L'estradiol stimule la croissance des cellules musculaires utérines.
- La progestérone inhibe la mort cellulaire (rôle trophique).

– La prolactine a une activité mitotique au niveau de la cellule du myome et sur les cellules myométriales normales.

- **Facteurs de croissance** régulés par les stéroïdes

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- Tumeur mésenchymateuse développée aux dépens du muscle lisse et souvent séparée du myomètre normal par une pseudo-capsule liée à la condensation du tissu conjonctif.
- Chaque myome est d'origine unicellulaire (monoclonale) : ainsi deux myomes chez la même patiente, provenant donc de cellules différentes, peuvent donc avoir une évolution tout à fait différente .

EPIDÉMIOLOGIE

- **Facteurs non modulables**

- Age
- Ethnie
- Antécédents familiaux
- Ménarche précoce
- Infertilité

- **Facteurs modulables**

- **Favorisants** : Obésité - Nulliparité
- **Protecteurs** : Multiparité - Age tardif dernière grossesse- Contraception orale - Tabac (effet anti-oestrogène)

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Formes classiques simples

- **Interrogatoire**

- **Signes fonctionnels**

- Ménorragies +++ – Métrorragies – Pesanteur pelvienne – Dysménorrhée

- **Recherche d'antécédents** – Familiaux – Personnels » Médicaux » Chirurgicaux » Gynécologiques (infertilité, traitement hormonal de la ménopause, contraception hormonale) » Obstétricaux (avortements à répétition)

Examen clinique

- Etat général (signes d'anémie)

- Examen mammaire
- Examen abdominal (masse abdomino-pelvienne) et des fosses lombaires
- Examen gynécologique
- Spéculum » Aspect du col, frottis » Saignements » Troubles de la statique pelvienne
- TV » Gros utérus bosselé » Masse latéro-utérine ferme lisse bien limitée déformant la surface de l'utérus non douloureuse si non compliquée, signe du sillon.

Formes compliquées

- **Complications hémorragiques** – Myomes sous muqueux
- **Complications douloureuses**
 - Torsion d'un myome pédiculé
 - Accouchement par le col d'un myome pédiculé (contractions utérines)
 - Nécrobiose aseptique de myome (douleur abdominales mal systématisées, hyperthermie, TV douloureux, utérus globuleux), fréquent lors de la grossesse par privation du flux sanguin.
- **Complications mécaniques**
 - Vésicale : pollakiurie, dysurie, rétention aigue
 - Rectale : ténesme
 - Veineuse : thrombose ou œdème des membres inférieurs
 - Nerveuse : sciatalgies
 - Uretères : urétérohydronéphrose, coliques néphrétiques, pyélonéphrite.

Le lien myome-sarcome est incertain et aucune filiation n'est démontrée.

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE IMAGERIE PAR ULTRASONS

- **Echographie pelvienne**
 - Par voie transabdominale et transvaginale
 - Examen diagnostique de référence
 - Diagnostic positif : localisation myomes, taille, nombre, modifications (recherche d'une nécrobiose aseptique : image en cocarde)
 - Doppler couleur : analyse de la vascularisation
 - Diagnostics différentiels : kyste ovarien, grossesse, hyperplasie endométriale, adénomyose.
- **Hystérosonographie**

- Distension de la cavité utérine par du sérum physiologique à l'aide d'un cathéter
- Précise le développement intra-cavitaire avec une meilleure sensibilité.

- **IRM**

- Indication en cas d'échographie d'interprétation difficile
- Cartographie exacte des myomes
- Diagnostic positif :
 - Forme classique : hyposignal T2, isosignal T1
 - Myome remanié oedémateux : hypersignal T2
- Diagnostic différentiel : léiomyosarcome, adénomyome, masses annexielles
- Diagnostic des lésions associées : adénomyose, endométriose
- Pendant la grossesse : localisation des myomes praevia, nécrobiose
- Limites : disponibilité et coût

Autres examens

- **Hystérographie**

- Rares indications – N'est utile que dans le bilan d'infertilité : analyse de la perméabilité tubaire –
Evalue le retentissement des myomes sur la cavité utérine : lacune à contours nets arrondis ou ovalaires.

- **Scanner abdomino-pelvien**

- Non indiqué, sauf en cas de localisation particulière : compression urétérale.

- **Biologie**

- NFS, ferritine : recherche d'une anémie ferriprive.

- **Hystérocopie diagnostique**

- Possible en consultation externe, sans anesthésie, ni antibioprofylaxie

- **Indications**

- Myomes symptomatiques à développement intracavitaire, sous muqueux, voire interstitiels
- Meilleure sensibilité pour le diagnostic différentiel polype/myome
- Myomes asymptomatiques et désir de grossesse
- Diagnostic de synéchies après résection hystérocopique

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Ménométrorragies :
 - Polype utérin – Déséquilibre hormonal – Hyperplasie ou atrophie endométriale – Adénomyose, endométriose – Cancers : col utérin, endomètre, ovaire (rare)
- Douleur ou masse pelvienne :
 - Endométriose
 - Pathologie annexielle : kyste ovarien, torsion annexielle, grossesse extra-utérine, cancer de l’ovaire
 - Pathologie utérine : cancer du col, cancer du corps utérin
 - Pathologie digestive : infectieuse, néoplasique, fonctionnelle
 - Pathologie urologique : vésicale (néoplasique, infectieuse), rein pelvien.

TRAITEMENT

Méthodes

- Abstention • Médicales • Chirurgicales (Myomectomie)

Indications

- Abstention – Pour tout fibrome asymptomatique sans douleur, ni saignement, ni infertilité, non compliqué

- Hystéroscopie
- Laparotomie
- Coelioscopie
- Voie vaginale –
- Autres techniques

Hystérectomie – Embolisation – Myolyse – Réduction endométriale

- Traitement si symptomatique selon :
 - Age – Symptômes – Désir de grossesse – Désir de conserver son utérus – Taille, siège et nombre des myomes – Myomes compliqués – Pathologies associées – Habitudes chirurgicales

Information claire, loyale et appropriée de la patiente sur les différentes options thérapeutiques

TRAITEMENTS MÉDICAUX

Molécules

- Progestatifs

- Agonistes du GnRH
- Les antifibrolytiques
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Danazol
- Modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone (SPRM)
- Supplémentation martiale

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX- MYOMECTOMIE

- **Hystéroscopie opératoire**

– **Indications**

- Myomes symptomatiques ou asymptomatiques si désir de grossesse
- Myomes sous-muqueux de type 0,1 et 2, de taille inférieure ou égale à 4 cm, possible entre 4 et 6 cm
- Évaluation du mur postérieur par échographie (5 à 10 mm) pour prévenir le risque de perforation utérine
- Résection en deux temps possible si difficultés techniques (taille, saignements, réabsorption excessive du glycolle).

La patiente doit être informée du risque de résection partielle, de récurrence et de l'éventualité d'une seconde intervention

- **Laparotomie**

– **Indications**

- Polymyomectomie (supérieure à 3 myomes)
- Myome de grande taille (supérieure à 9 cm)
- Difficultés et échecs de la coelioscopie.

- **Coelioscopie opératoire**

– **Indications**

- Myomes symptomatiques : Interstitiels et sous-séreux (types 3 à 7)
- Diamètre inférieur à 8 cm
- Nombre limité (3 maximum).

- **Par voie vaginale :**

- En 1ère intention, en l'absence de désir de grossesse, chez une patiente consentante et informée des alternatives
- En 2ème intention, en cas d'échec des techniques conservatrices

TRAITEMENTS NON CHIRURGICAUX EMBOLISATION DES ARTÈRES UTÉRINES .

• **Techniques :**

– Ultrasons focalisés guidés par IRM

• **Myome et grossesse**

– La possibilité de complications dues aux myomes interstitiels durant la grossesse ne constitue pas une indication à la myomectomie, sauf si la patiente a déjà eu des complications imputables à ces myomes lors d'une grossesse antérieure.

– Lorsque les myomes sont diagnostiqués pendant la grossesse, il est nécessaire de surveiller par échographie régulière la localisation placentaire et la localisation éventuelle praevia de ces myomes.
 – En cas de pathologie obstétricale, saignement, nécrobiose et menace d'accouchement prématuré, imputée à la présence de myome, la myomectomie pendant la grossesse n'est pas recommandée.

– La myomectomie peut être justifiée ou nécessaire lors de la césarienne (myome praevia).

