

LISTE DES ABREVIATIONS

AG	: Age gestationnel
AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMM	: Autorisation de mise sur le marché
ARNm	: Acide Ribonucléique Messager
ATCD	: Antécédents
Bcl-2	: B- cell lymphoma 2
DIU	: Dispositif intra-utérin
ER	: Récepteur d'œstrogène
F.ant	: Face antérieure
F.post	: Face postérieure
FCS	: Fausse couche spontanée
FSH	: Hormone folliculo-stimulante
GnRH	: Gonadotropin releasing hormone
H	: Heures
HAS	: Haute Autorité de santé
HPP	: Hémorragie du post-partum
HTA	: Hypertension artérielle
IC	: intervalle de confiance
IMC	: Indice de masse corporelle
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
J	: jours
LH	: Hormone lutéinisante
MAP	: Menace d'accouchement prématurée
OR	: Odds ratio
PP	: placenta previa
RCIU	: Retard de croissance intra-utérin
rFVIIa	: Facteur VII recombinant
RPC	: Recommandation pour la pratique clinique
RPM	: Rupture prématurée des membranes
SA	: semaine d'aménorrhée
T	: Taille
T1	: 1 ^{ère} Trimestre
T2	: 2 ^{ème} Trimestre
T3	: 3 ^{ème} Trimestre
UI	: Unité internationale.

PLAN

PREMIERE PARTIE	5
I-INTRODUCTION	6
II-RAPPEL ANATOMIQUE	8
III -PHYSIOPATHOLOGIE DES FIBROMES.....	18
1- origine génétique	18
2- facteurs hormonaux	19
3- facteurs de croissance	20
4- facteurs angiogéniques	21
5- apoptose	21
IV -ANATOMOPATHOLOGIE DES FIBROMES	22
1- Macroscopie.....	22
2- Microscopie	24
3- Variations anatomiques.....	25
4-Evolution des fibromes.....	27
V-Diagnostic différentiel.....	28
VI- FACTEURS DE RISQUE DES FIBROMES UTÉRINS.....	32
DEUXIEME PARTIE: ETUDE PRATIQUE	33
I-MATERIELS ET METHODES.....	34
A-Fiche d'exploitation.....	34
B-Résultats	37
II-DISCUSSION	63
A-DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	63
1-Fréquence	63
2-Facteurs favorisants	64
B-CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC.....	67
1-Diagnostic clinique	67
2-Diagnostic paraclinique	69
C-INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE FIBROME.....	74
1-Modifications physiologiques.....	74
2-Modifications pathologiques.....	76
D-INFLUENCE DU FIBROME SUR LA GROSSESSE.....	83

1- Avortement spontané	83
2-Menace d'accouchement prématurée	86
3-Rupture prématurée des membranes	87
4-Placenta prævia	88
5-RCIU.....	88
6-Décollement du placenta	89
E-DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT	90
1-Présentations irrégulières	90
2-Césarienne	91
3-Accouchement par voie basse.....	93
4-Hémorragie de la délivrance	94
F-COMPLICATIONS DES SUITES DU COUCHES.....	96
1-Nécrobiose aseptique	96
2-Infection.....	96
3-Accidents thromboemboliques.....	98
4-Torsion du fibrome sous -séreux pédiculé:	98
5-Expulsion spontanée d'un fibrome sous-muqueux pédiculé:	98
G-ETUDE DU NOUVEAU-NE	99
1-Mortalité périnatale	99
2-Morbidité	99
TROISIEME PARTIE: CONDUITE A TENIR.....	101
I-ATTITUDE AVANT LA GROSSESSE	102
II- ATTITUDE PENDANT LA GROSSESSE.....	109
III-ATTITUDE PENDANT LE TRAVAIL	114
IV-CONDUITE A TENIR AU COURS DE LA DELIVRANCE	120
V-CONDUITE A TENIR DANS LES SUITES IMMEDIATES	125
VI-CONDUITE A TENIR DANS LES SUITES ELOIGNES	126
CONCLUSION.....	134
RESUMES	137
BIBLIOGRAPHIE	141

PREMIERE PARTIE

I-INTRODUCTION

Le fibrome utérin est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme en âge de procréer.

La probabilité de rencontrer l'interaction du fibrome avec la grossesse est donc forte : elle ne va cesser de croître compte tenu de la survenue de plus en plus tardive des grossesses et l'incidence progressivement élevée des myomes avec l'âge.

De plus l'essor de l'échographie n'a fait qu'augmenter cette fréquence, en révélant au cours des échographies systématiques de grossesse, des fibromes jusqu'alors asymptomatiques.

Le fibrome peut être source de complications obstétricales chez la femme enceinte : en effet, il peut avoir des conséquences sur la fertilité ou encore compliquer l'évolution de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, de même, la grossesse peut avoir une influence sur l'état du fibrome. Plusieurs caractéristiques fibromateuses entrent en jeu dans ce risque: leurs dimensions, leurs positions par rapport au myomètre (sous-muqueux, interstitiels, sous-séreux), leurs nombres, leurs positions sur l'utérus (corporéal, isthmique, prævia) et leurs consistances.

De ce fait, il n'y a pas de généralisation possible des conséquences réciproques que peuvent entraîner l'association fibrome et grossesse.

On comprend ainsi que la découverte des myomes chez une femme enceinte puisse susciter des inquiétudes et des questionnements quant au bon déroulement de sa grossesse et à la prise en charge à adopter.

L'association fibrome et grossesse est une entité qui a souvent été étudiée. Cependant, parmi les résultats obtenus, nombreux sont ceux qui sont encore controversés dans la littérature.

Le but de notre travail est d'essayer à travers une étude rétrospective menée sur 18 cas colligés au service de gynéco-obstétrique du CHU HASSAN II de Fès :

- D'évaluer l'influence des fibromes sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi que l'influence de la grossesse sur les fibromes.
- D'évaluer les problèmes diagnostiques, thérapeutiques et pronostique posés par cette pathologie.
- De déduire une conduite à tenir thérapeutique.

II-RAPPEL ANATOMIQUE :

1 .Situation :

L'utérus est un organe situé dans le petit bassin entre :

- En avant, la vessie
- En arrière, le rectum
- En haut, intestin grêle et le colon pelvien
- En bas, le vagin

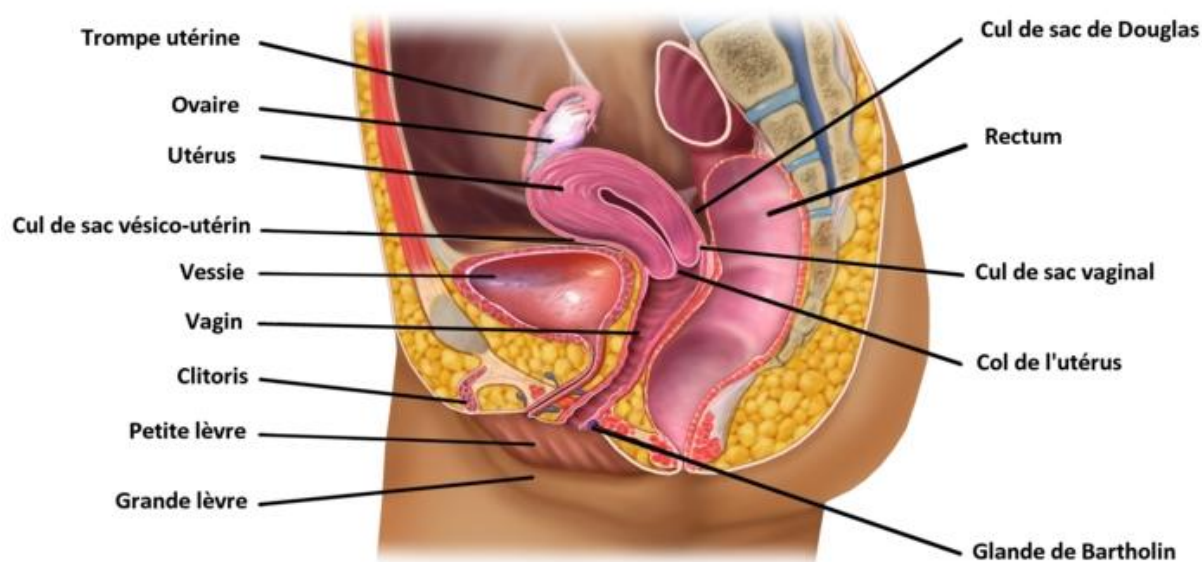


Figure1: Situation de l'utérus dans la cavité pelvienne. [1]

2-Forme[2]

L'utérus a grossièrement la forme d'un tronc de cône à sommet inférieur auquel on distingue de haut en bas :

- Le corps : formé par un peu plus de la moitié supérieure de l'utérus, aplati d'avant en arrière, présente deux faces l'une antéro-inférieure convexe et l'autre postéro-supérieure beaucoup plus convexe.

Il peut être palpé en combinant le toucher vaginal au palpé abdominal, sa consistance est ferme.

- L'isthme : de l'utérus est une zone de rétrécissement séparant le corps du col de l'utérus.
- Le col : formé par la partie inférieure de l'utérus, grossièrement cylindrique et donne insertion à sa partie moyenne au vagin. Son aspect est modifié par la grossesse et l'accouchement, ainsi son orifice externe s'allonge transversalement et ses bords deviennent irréguliers.

3-Les dimensions :

Les dimensions moyennes de l'utérus chez la nullipare [1]:

- Hauteur : 6 à 7 cm.
- Largeur :
 - § 4 cm au niveau du corps
 - § 2,5 cm au niveau du col
- Epaisseur : 2 cm
- La zone rétrécie de l'isthme a 0,5 cm de haut environ.
- Le col utérin fait 2,5 cm de longueur et 2,5 cm de largeur et 2 cm d'épaisseur.

4-STRUCTURE DE LA PAROI UTERINE :[23]

La paroi utérine est constituée par trois tuniques :

- La tunique séreuse, péritonéale

- La tunique musculaire, lisse disposée en trois couches : au niveau de corps la paroi est épaisse et les trois couches sont nettement individualisées. La couche externe est mince, la couche moyenne ou plexiforme, très épaisse formée de fibres entrecroisées dans tous les sens et englobant les vaisseaux sanguins (Stratum vasculosum).

- La tunique muqueuse ou l'endomètre, friable et adhérente au muscle, elle est de structure histologique variable : au niveau du corps c'est la muqueuse déciduale, son épaisseur est variable au cours du cycle menstruel et formant en cas de grossesse la caduque placentaire. Au niveau du col la muqueuse n'a pas le même aspect à l'intérieur qu'à l'extérieur.

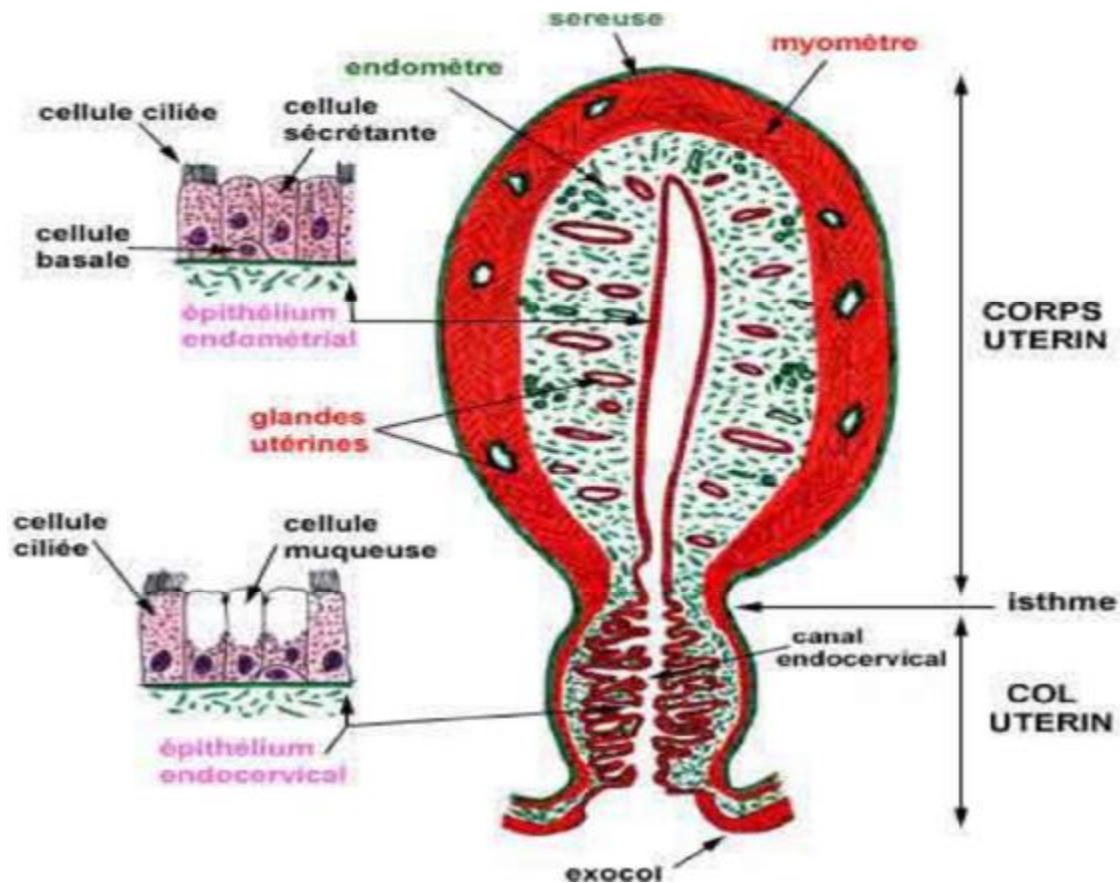


Figure 2: schéma illustrant les constituants de la paroi utérine [2].

5- Les rapports péritonéaux:[1]

Le péritoine recouvre entièrement le corps de l'utérus, l'isthme et la face postérieure du segment sus vaginal du col.

- En avant le péritoine se continue avec le péritoine de la face supérieure de la vessie en formant le cul de sac vésico-utérin.
- En arrière forme le cul de sac de Douglas.
- Latéralement le péritoine se continue avec les feuillets du ligament large.

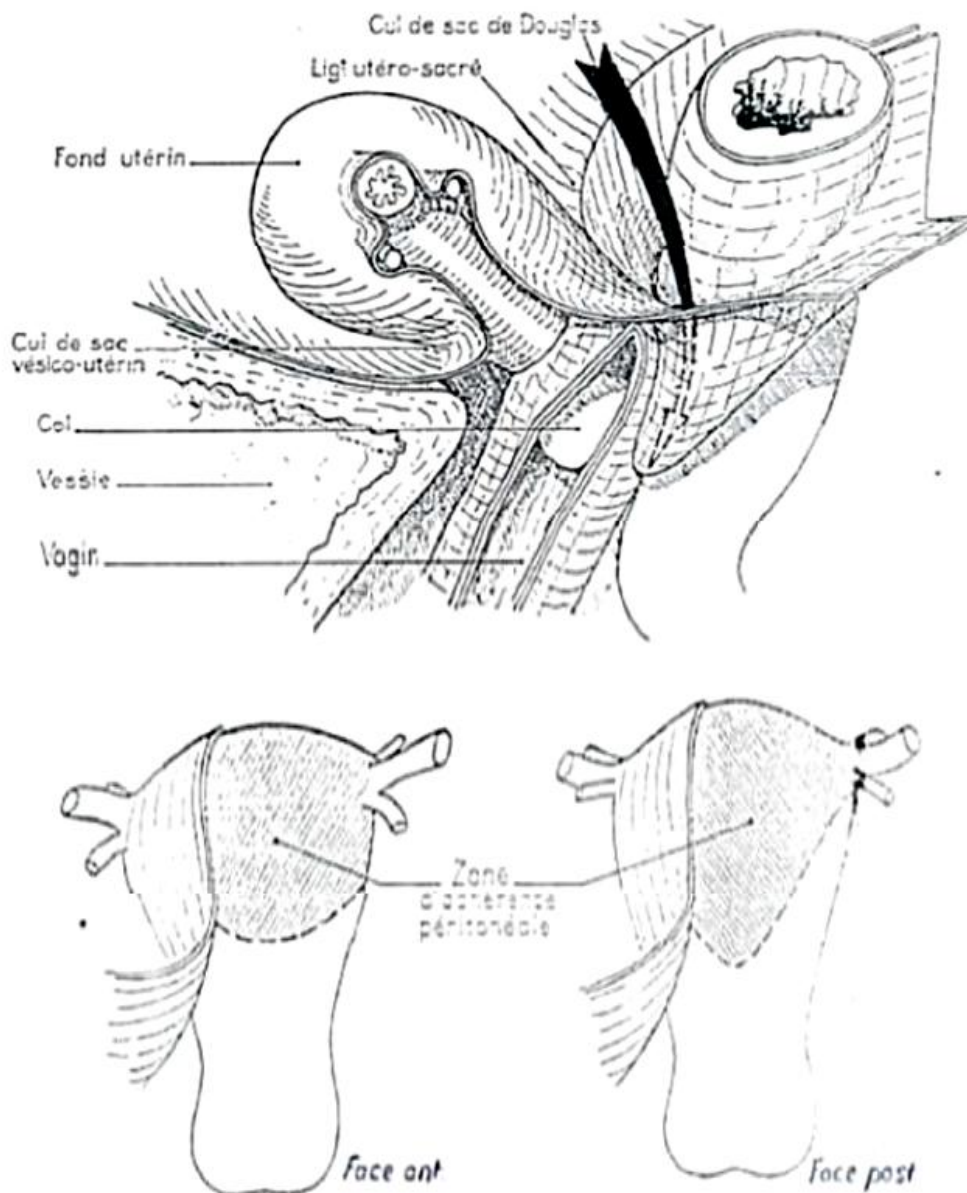


Figure 3 : Rapports péritonéaux de l'utérus [1]

6- Les ligaments utérins :[23]

L'utérus est solidement fixé à la paroi pelvienne par 5 ligaments, de chaque côté :

- Au niveau du corps :
 - o Les ligaments latéraux ou ligaments larges.
 - o Les ligaments antérieurs ou ligaments ronds.
 - o Les ligaments utéro ovariens
- Au niveau du col :
 - o Les ligaments postérieurs ou utéro sacrés.
 - o Les ligaments vésico-utérins.

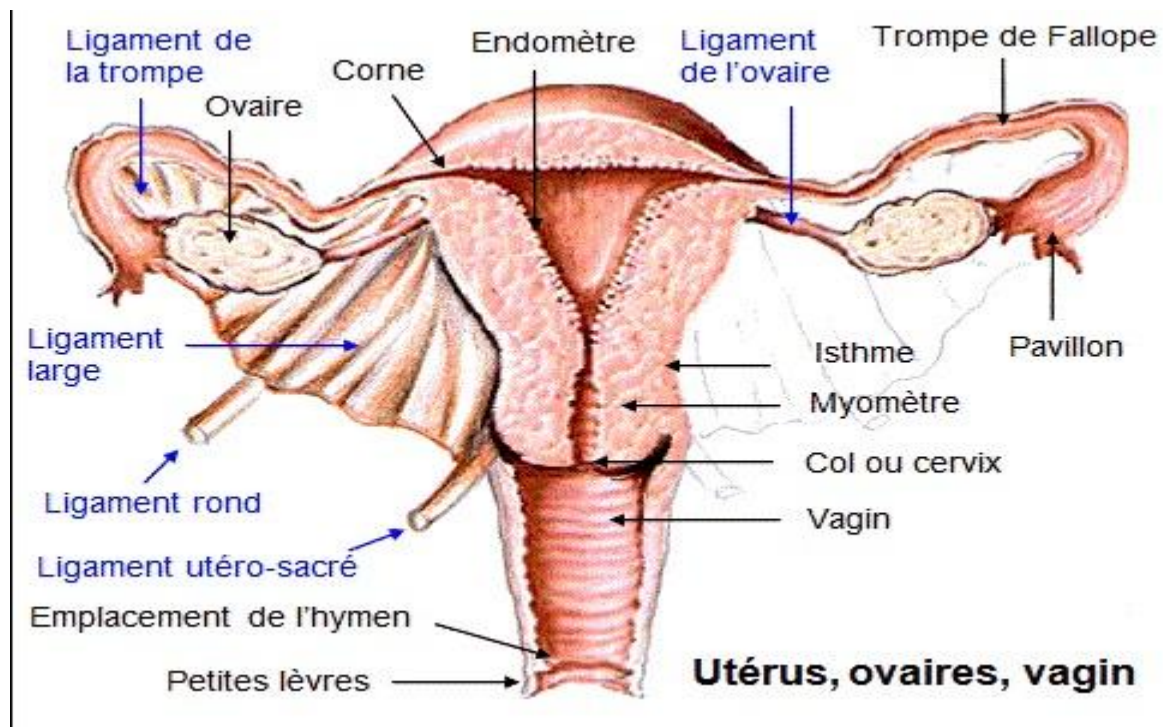


Figure 4 : Les ligaments de l'utérus [1]

7- Les rapports avec les organes :[23]

Ø Le corps utérin et l'isthme :

La face antéro-inférieure répond à la face supérieure de la vessie par l'intermédiaire du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

La face postéro-supérieure et le fond répondent aux anses grêles et au colon pelvien.

Les bords latéraux répondent au bord interne du ligament large, c'est à dire aux éléments compris dans le tissu cellulo-fibreux du mésométrium à savoir l'artère utérine et ses branches, le plexus veineux utérin et le tronc lymphatique latéro-utérin.

Ø La portion sus-vaginale du col utérin :

En avant la face postéro-inférieure de la vessie.

En arrière la face antérieure du rectum pelvien par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas.

En dehors de chaque côté : dans sa partie supérieure juxta-isthmique : la base du ligament large

Au dessus du dôme vaginal : l'uretère, l'artère utérine et les autres éléments du pédicule utéro-vaginal de Fredet. Tous ces éléments sont contenus dans le tissu cellulo-fibro-musculaire lisse de l'espace pelvi-rectal supérieur, ce tissu forme notamment la gaine hypogastrique.

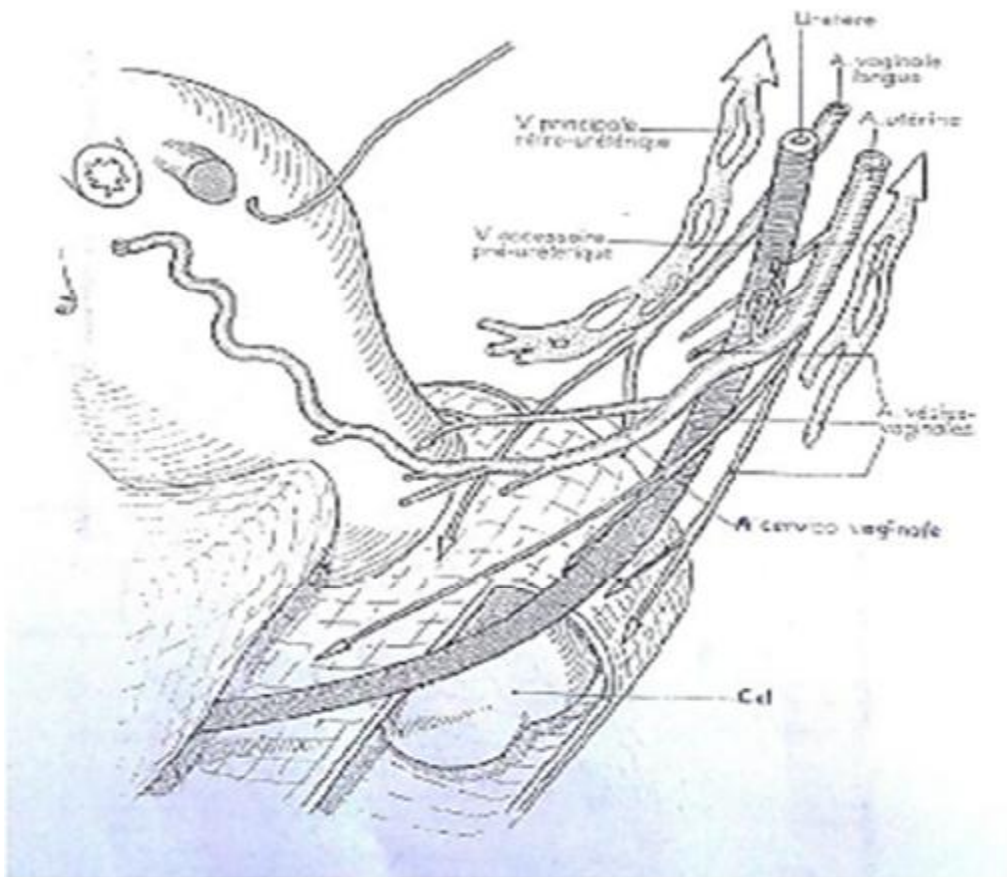


Figure 5: Les rapports de la portion sus-vaginale du col .[1]

8-Vascularisation:[23]

L'utérus est vascularisé :

- essentiellement par les artères utérines droite et gauche, branches des artères hypogastriques.
- accessoirement par les artères ovariennes, branches de l'aorte, et du ligament ronds.

Les veines sont satellites aux artères.

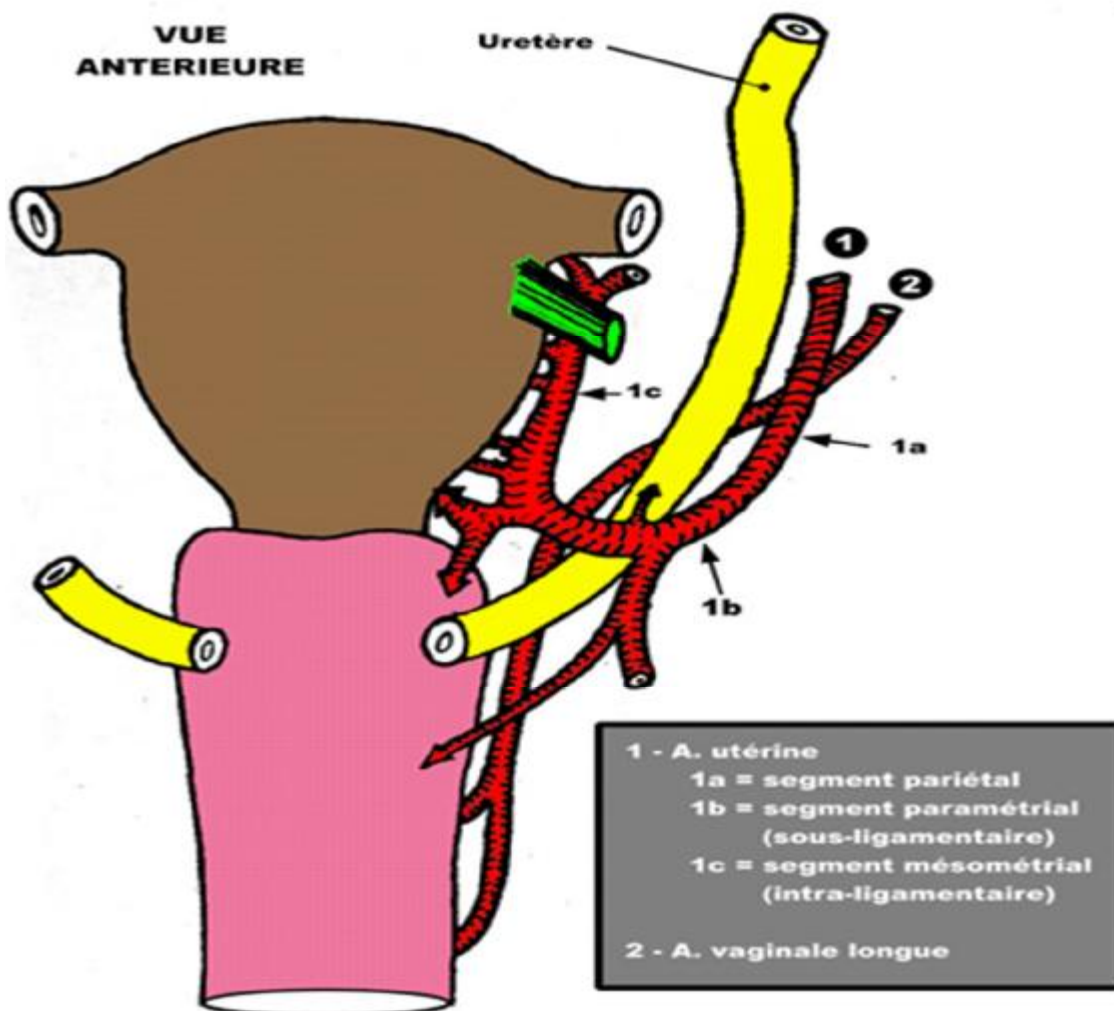


Figure 6 : Vascularisation de l'utérus .[2]

9-Innervation :[88]

Ø L'innervation sympathique s'effectue par le plexus hypogastrique localisé antérieurement au promontoire du sacrum. Il est vasoconstricteur sur les viscères pelviens et viscéro inhibiteur de l'utérus (il permet sa relaxation). Puis le plexus se subdivise en plexus utérovaginal de Frankenhauser qui comprend des ganglions de taille variée, localisés essentiellement latéralement au col ou supérieur au fornix du vagin. Le plexus utérovaginal de Frankenhauser est latéral au ligament utéro sacré et médial à l'artère utérine, et reçoit des sensations de douleur uniquement du corps de l'utérus et du vagin. Les ganglions de ce plexus se terminent dans le myomètre et dans l'endomètre.

Ø L'innervation parasympathique est fournie par les nerfs du pelvis qui dérivent du 2, 3, et 4ème nerf sacré et se terminent dans le ganglion cervical de Frankenhauser. On peut noter l'importance du fascia pré sacré à travers lequel passe les nerfs sacrés.

Les fibres sensibles de l'utérus sont localisées dans la 11ème et 12ème racine thoracique et dans la 1ère lombaire.

Les fibres motrices de l'utérus partent du rachis au niveau des 7ème et 8ème vertèbres thoraciques.

Donc une lésion médullaire au niveau de la 10ème vertèbre thoracique peut provoquer une anesthésie de l'utérus sans toucher la fonction motrice, permettant les contractions utérines.

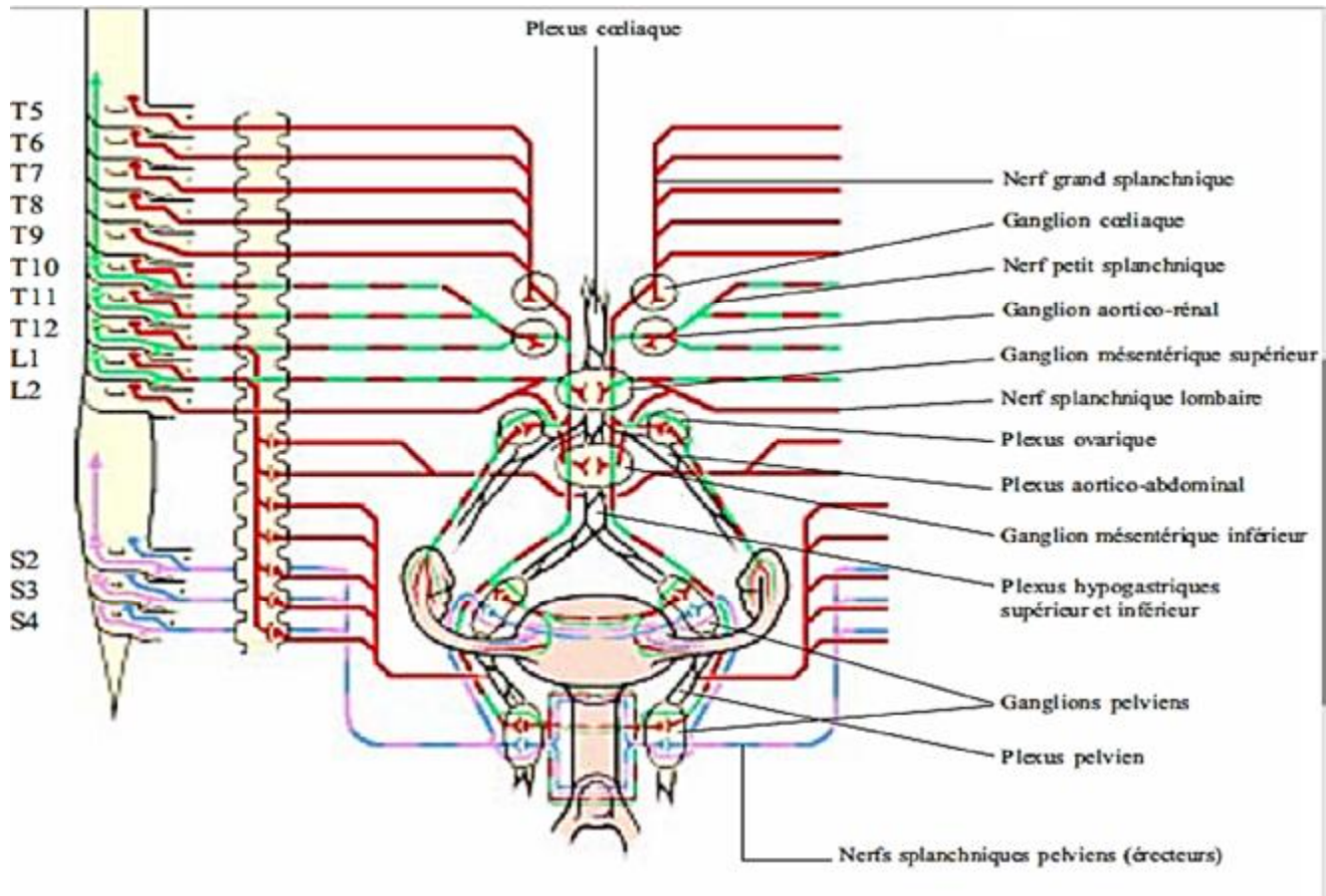
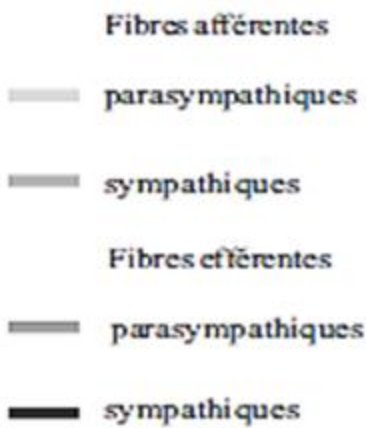


Figure -7 : Innervation de l'utérus.[88]



III- PHYSIOPATHOLOGIE DES FIBROMES :

A-origine génétique:[28,47]

En effet ; 50% des fibromes proviennent de mutations génétiques dont les plus fréquentes surviennent lors des translocations entre les bras longs des chromosomes 12 et 14 ; les autres sont dus à la perte d'une partie du bras long du chromosome 7.

Les fibromes provenant des mutations des chromosomes 12 et 14 sont généralement plus gros que ceux originaires de la perte du chromosome 7.

De même ; les fibromes sous-muqueux présentent moins de variations génétiques que les fibromes intra-muraux ou sous séreux.

Néanmoins, les facteurs en cause dans l'initiation du myome restent encore méconnus.

Les anomalies cytogénétiques ne sont cependant pas obligatoires dans la formation des fibromes puisque 50% d'entre eux ne représentent aucune anomalie cytogénétique.

Au sein du même utérus chaque fibrome a son histoire et sa génétique propres laissant penser à l'origine monoclonale des fibromes utérins.

B- facteurs hormonaux :[25,34]

L'hormono-sensibilité du fibrome utérin est bien démontrée, mettant en jeu non seulement l'œstrogène mais aussi la progestérone.

Ø Rôle de l'œstrogène :

Les œstrogènes sont depuis longtemps considérés comme le principal agent impliqué dans la croissance des fibromes. Ce rôle a d'abord été constaté cliniquement: les fibromes sont présents chez des femmes cyclées et régressent après la ménopause dans un climat d'hypoestrogénie.

D'autre part, il existe une progression de ces tumeurs pendant la grossesse.

Les taux de récepteurs d'œstrogène (ER) ont été mesurés dans les fibromes au cours du cycle menstruel, soit par mesure de l'ARNm, soit par mesure de l'expression de la protéine.

Toutes les études récentes convergent pour trouver une élévation d'ER dans le tissu fibromateux par rapport au myomètre sain.

Ø Rôle de la progestérone :

La progestérone aurait un rôle mitogène sur les fibromes. En effet ; sur le plan clinique une augmentation du volume des fibromes a été observée en cas d'administration de fortes doses de progestatifs.

Les analogues de la Gn-RH entraînent une réduction variable du volume des myomes, elle est diminuée, voir supprimée, si l'on associe un progestatif. Enfin l'administration d'un agent antiprogestérone (RU 486 à la dose de 25 mg/J.) réduit de 50 % le volume des myomes.

Toutes ces données sont tout de même en faveur d'un rôle trophique de la progestérone vis-à-vis des myomes.

C- Facteurs de croissance :[25]

Ø L'EPIDERMAL GROWTH FACTOR(EGF) :

L'EGF est connu pour augmenter le nombre des mitoses dans l'endomètre, les ovaires et le myomètre.

Il est synthétisé par les cellules myométriales, le taux d'EGF contenu dans les cellules myométriales normales est indépendant de la phase du cycle, par contre dans le tissu fibromateux, le taux d'EGF augmente pendant la phase lutéale.

La production d'EGF pourrait correspondre à une des voies utilisées par la progestérone pour stimuler l'activité mitotique du myome.

Ø L'INSULINE-LIKE GROWTH FACTOR 1 (IGF1) :

L'IGF-I est un polypeptide structurellement similaire à l'insuline, il se fixe à un récepteur spécifique et exerce un effet mitogénique dans l'ovaire et l'endomètre.

Différentes études ont permis de retrouver un taux élevé d'ARNm de l'IGF-I dans les myomes utérins, surtout en fin de phase folliculaire.

Ø L'INSULINE-LIKE GROWTH FACTOR 2 (IGF2) :

L'IGF-II est structurellement proche d'IGF-I. IGF-II est un puissant inducteur de mitoses dans les cellules cibles.

Le taux d'IGF-II est plus élevé dans les myomes que dans le myomètre pendant toute la durée du cycle.

Le rôle exact joué par IGF-II et son implication dans la genèse de fibrome ne sont actuellement pas connus.

D- Facteurs angiogéniques : [25]

Les fibromes nécessitent une vascularisation riche pour s'accroître, facilement mesurée par Doppler couleur au niveau des artères utérines. Il est normal que les facteurs angiogéniques soient fortement impliqués dans la régulation de la croissance des myomes.

E-apoptose :[25]

La protéine Bcl2 est une protéine connue pour inhiber la mort cellulaire programmée dans de nombreuses cellules, en particulier dans l'ovaire.

Récemment une augmentation de l'expression de Bcl-2 a été mise en évidence dans les fibromes par rapport au tissu du myomètre sain.

De plus, le traitement de cultures primaires de cellules fibromateuses par de la progestérone induit une augmentation majeure du taux de Bcl2 alors que le traitement par œstrogène reste sans effet.

Ces expériences suggèrent que l'augmentation de volume du fibrome pourrait être due à une diminution de l'apoptose, via une surexpression de Bcl2.

IV-ANATOMO-PATHOLOGIE DES FIBROMES

1-Macroscopie:[26]

a)-L'Aspect

L'utérus myomateux apparaît le plus souvent déformé, bosselé par une ou plusieurs formation (s) tumorale (s) constituant chacune un noyau myomateux.

Le noyau myomateux est une formation plus ou moins arrondie de coloration blanche ou rose, lisse limitée de consistance ferme pierreuse. Une pseudo capsule formée par la condensation du tissu conjonctif constitue un excellent plan de clivage et en permet l'énucléation.

Habituellement sur les coupes on observe une structure tourbillonnaire de couleur rosée, tranchant sur les zones de teintes blanches nacrées. Cependant des zones ramollies de nécrobiose aseptique ou même des points de calcification ont été rencontrés.

b)- Le Nombre: est variable d'un noyau à plusieurs noyaux

c)- La Taille : varie de la tête d'une épingle à celle d'un adulte. Le myome se prête à toutes les descriptions maraîchères : citron, mandarine, orange, pamplemousse.

d)- Le poids : va de quelques grammes à plusieurs kilogrammes

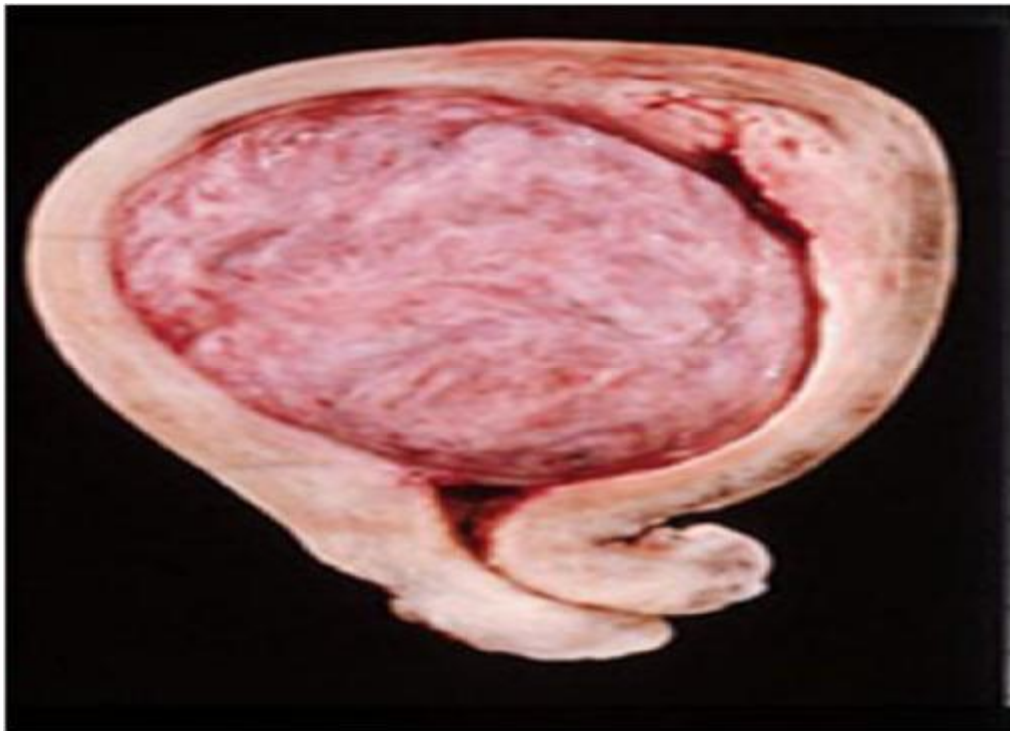


Figure 8 : aspect macroscopique d'un myome utérin sur pièce d'hystérectomie en coupe sagittale.[9]

2-Microscopie.[26]

Le tissu myomateux est fait de cellules musculaires lisses au cytoplasme peu abondant finement rayé ou homogène, au noyau allongé; serrées les unes contre les autres et regroupées en faisceaux qui se ramifient, s'anastomosent et s'enchevêtrent dans tous les sens donnant une véritable image tourbillonnaire.

Certains myomes très évolués sont fortement scléreux avec des plages collagéniques ou hyalines presque avasculaires, rencontrées souvent au centre du noyau tumoral.

Le myome peut aussi être le siège d'une imprégnation calcaire et parfois même d'une métaplasie osseuse.

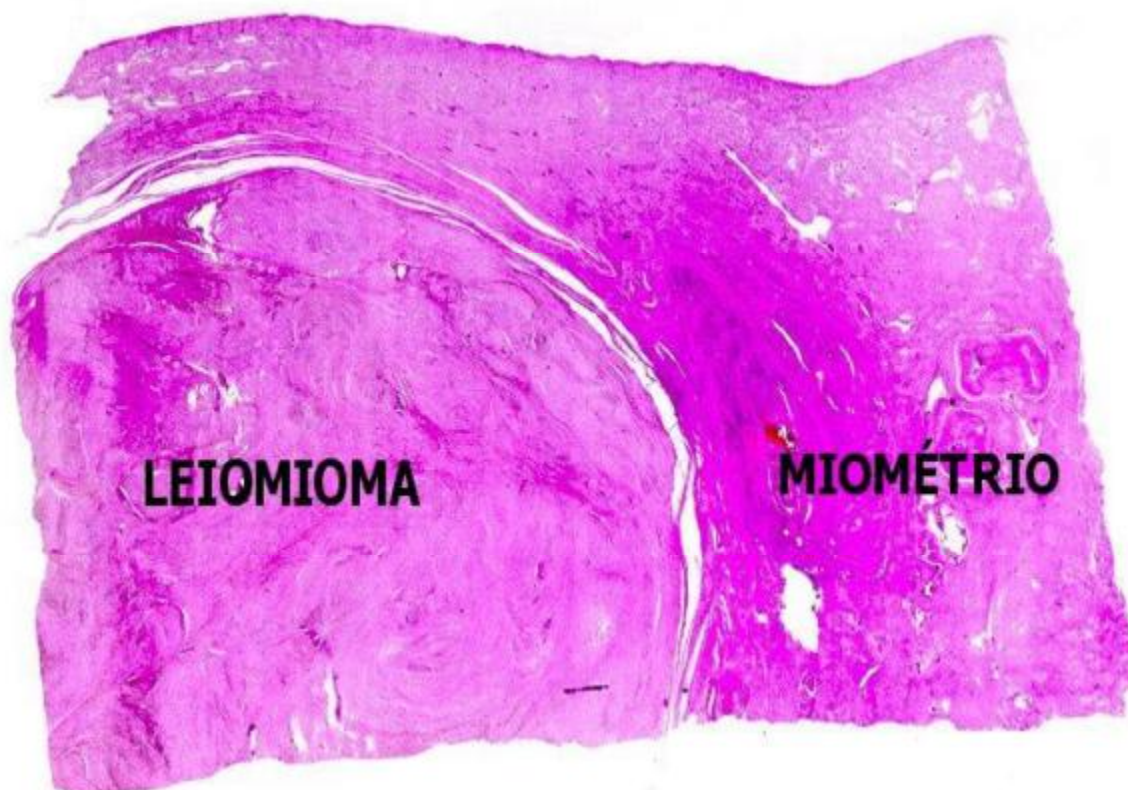


Figure 9 : coupe histologique comparant le myomètre normal au léiomyome. [11]

3-Variations anatomiques[12]

La Classification FIGO 2011 des myomes utérins (PALM-COEIN) permet une description plus objective de la localisation des fibromes utérins (cartographie) et par conséquent une meilleure transmission des données entre le radiologue, le gynécologue et le chirurgien.

Sous-muqueux	0	Pédiculé intra-cavitaire
	1	< 50% intra-mural
	2	≥50% intra-mural
Intra-mural ou Interstitiel	3	100% intra-mural, au contact de l'endomètre
	4	Intra-mural
Sous-séreux	5	Sous-séreux, ≥50% intra-mural
	6	Sous-séreux, <50% intra-mural
	7	Sous-séreux pédiculé
Autres	8	Autre, parasite (cervical, ligament rond, ligament large)
Hybride (touchant à la fois l'endomètre et la séreuse)	2-5	Deux chiffres séparés d'un trait 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

Figure 10 : Classification FIGO 2011 des myomes utérins

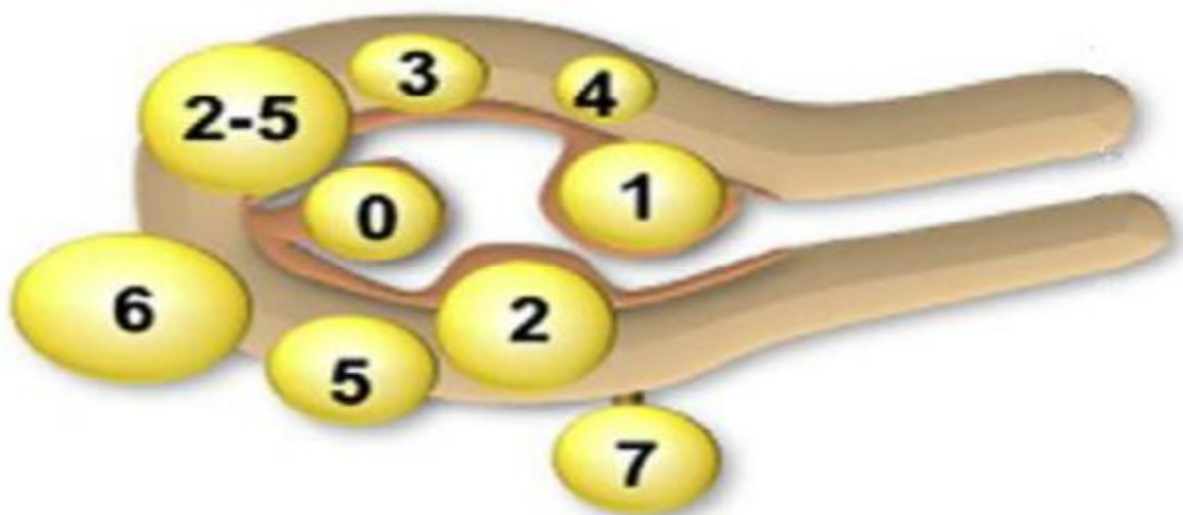


Figure 11: illustration des différents sièges des myomes utérins d'après la classification FIGO 2011 des myomes utérins.

4-EVOLUTION DES FIBROMES:[62]

Les fibromes peuvent rester stables en volume mais la tendance à l'augmentation de volume est l'événement le plus habituel.

Ø L'augmentation de volume des fibromes se fait soit verticalement, c'est-à-dire vers la cavité abdominale, soit horizontalement et à partir de certain volume il peut être à l'origine de phénomènes de compression au niveau des organes avoisinants (vessie, uretères, rectum, vaisseaux pelviens...).

Ø Transformations :

Les fibromes se sont des tumeurs susceptibles d'être le théâtre de perturbations de la vascularisation; l'insuffisance vasculaire aiguë ou chronique explique certaines transformations structurelles comme :

ü L'œdème; la hyalinisation; la thrombose.

ü La calcification.

ü L'involution adipeuse où le fibrome prend l'aspect d'un lipome.

ü La nécrobiose aseptique: c'est un infarctus du fibrome, il se voit fréquemment pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat (après l'accouchement).

ü La cavitation (la transformation pseudo kystique) suite à une nécrobiose où une partie du fibrome se liquéfie aboutissant à des formations cavitaires irrégulières, à contenus troubles dépourvues de revêtement, creusées en plein tissu myomateux.

ü La torsion des fibromes sous séreux pédiculés qui entraîne la nécrobiose du fibrome et la rupture de ses pédicules veineux superficiels avec le risque de l'hémorragie intra-péritonéale.

V-Diagnostic différentiel du fibrome :

1- clinique :

a)-Devant les hémorragies génitales :[22]

√ Les causes organiques :

ü Les causes vulvo-vaginales: -traumatisme

-ulcération

-vulvo-vaginites

ü Les causes cervicales :-Le cancer du col utérin

-Les polypes

-Les lésions post-traumatiques

- L'ectropion

- L'endométriose cervicale

ü Les causes endo-utérines : - Les infections (endométrite)

-Adénomyose

-Le cancer de l'endomètre

ü Les causes annexielles : -Les salpingites aiguës

-L'endométriose externe

- Les tumeurs de l'ovaire et des trompes

√ Les causes fonctionnelles des hémorragies génitales :-

ü Des dystrophies ovariennes

ü Des hémorragies fonctionnelles (de l'ovulation, prémenstruelles, post-menstruelles et anarchiques).

b)-devant une tuméfaction pelvienne :[17]

v Causes Ovariennes :

- Kyste organique ou fonctionnel
- Torsion (kystes dermoïdes, mucineux, para-ovaire)
- Hémorragie intra kystique (kystes fonctionnels)
- Rupture du kyste de l'ovaire
- Abscess ovarien
- Tumeurs de l'ovaire

v Causes tubaires :-Hydrosalpinx,- kyste du mesosalpinx

v Causes digestives : elles sont rares :- cancer du colon, du rectum, du sigmoïde

2- paraclinique : Echographiea)-Devant une tuméfaction solide(fibrome simple)

- v Tumeurs utérines : - polype
- v Tumeurs ovarienne :- fibrothécomes
 - métastases

b)-Devant une tuméfaction hétérogène, mixte(fibrome en nécrobiose aseptique)

v Tumeurs utérines :

- Léiomyosarcome :lésion hétérogène à double composante solide et kystique non spécifique d'où l'intérêt de l'IRM objectivant une masse volumineuse en hyper signale en T2 pondérée ,et hypo signale en T 1
- adénomyome :

L'échographie retrouve de façon variable les signes suivants :

- Utérus globuleux, augmenté de volume ;

- Myomètre épais avec asymétrie entre sa face postérieure et antérieure (la face postérieure étant plus épaisse) ;
- Petites images cavitaires intra-myométriales (adénomyome) ;
- Images nodulaires intra-myométriales hyperéchogènes ;
- Myomètre hétérogène.

▼ Tumeurs ovariennes :

- cancer de l'ovaire : kyste de taille \geq 6 cm avec présence d'une ou plusieurs végétations intra kystiques, caractère multiloculaire, paroi épaisse, ascite .
- kyste dermoïde :Le diagnostic échographique des kystes dermoïdes est basé sur la présence d'une masse annexielle kystique contenant un foyer échogénique avec atténuation acoustique distale ou cône d'ombre (en rapport avec la présence dans la cavité kystique du nodule de Rokitansky, formation contenant de poils, dents, calcifications et d'autres tissus atypiques).

Dans d'autres cas, le kyste dermoïde paraît hétéro-échogène ce qui témoigne de la complexité des structures qui entrent dans sa composition (corps gras, sébum, sérosité, poils, calcifications et tissus variables).

3-Anatomopathologie :

- Léiomyosarcome : en coupe, la tumeur est de couleur rose à gris pale et comporte des zones nécrotiques et hémorragiques.
- adénomyome : présence de glande hétérotopique au sein de myomètre avec profondeur supérieur à 2,5 mm/ basale endométriale avec une hypertrophie musculaire associée

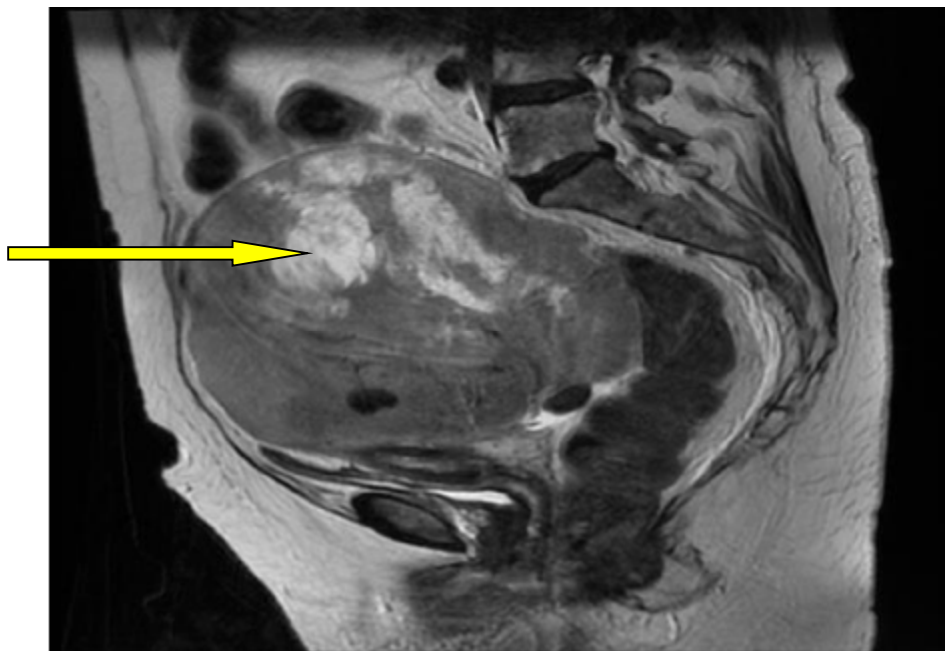


Figure 12 : coupe sagittale en séquence T2 de l'IRM montrant un sarcome utérin.

[63]

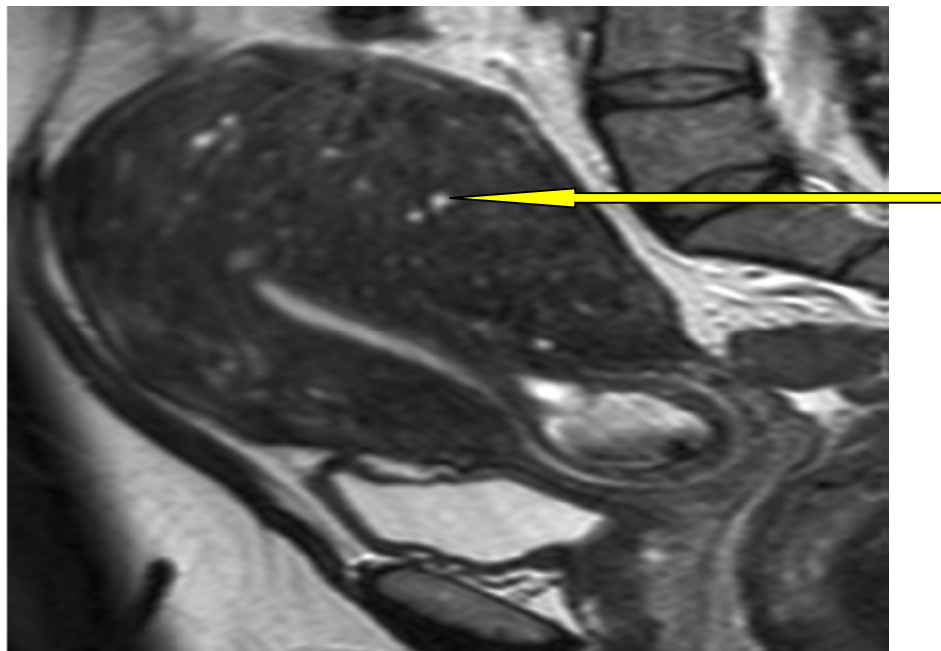


Figure 13 : coupe sagittale en séquence T2 de l'IRM montrant des spots hyper intenses avec un épaississement de la zone jonctionnelle et asymétrie des murs myométriaux en faveur d'une adénomyose diffuse profonde.[64]

VI-LES FACTEURS DE RISQUE DES FIBROMES UTERINS.[13,36]

Plusieurs facteurs de risque ont été épidémiologiquement mis en évidence, qui semblent confirmer une origine œstrogène-dépendante ou impliquant un ou plusieurs perturbateurs endocriniens ; ce sont :

- Ø Âge (en particulier 30-45 ans, stade dit pré-ménopause)
- Ø Facteur ethnique ; en effet les femmes d'origine africaine à la peau de couleur noire sont prédisposées à développer des myomes plus volumineux, plus nombreux, plus souvent symptomatiques que les femmes de type asiatique, caucasien ou hispanique
- Ø Obésité
- Ø Nulliparité
- Ø Menstruations précoces
- Ø Utilisation de dispositifs intra-utérins en cuivre.
- Ø Education élevée
- Ø Antécédents familiaux surtout de premier degré.

Des facteurs protecteurs ont été reportés :

- Ø Curieusement, le tabagisme semble avoir un certain effet protecteur face à ce risque (effet anti-œstrogène).
- Ø La multiparité ainsi que l'âge tardif d'une dernière grossesse semblent diminuer le risque de développer un fibrome utérin.
- Ø Pour finir l'utilisation de la contraception orale est controversée, malgré tout, elle tendrait à diminuer le risque de fibromes en pré- ménopause.

DEUXIEME PARTIE/ETUDE PRATIQUE

I-MATERIELS ET METHODES**A-FICHE D'EXPLOITATION**I/IDENTITE : NOM ET PRENOM :

AGE :

Race :

II/ANTECEDENTS :1- Médicaux :-HTA

-DIABETE

2-CHIRURGICAUX:

- ATCD de myomectomie:-la date : , -le type de myome : , -la taille :

-CRO : oui non - avec ouverture de la cavité : oui non

- ATCD de chirurgie générale:

3-GYNECOLOGIQUES:-contraception oestroprogestative : oui non -le cycle menstruel : régulier irrégulier

Le type de trouble de cycle :

4-OBSTETRICAUX:

- Gestation:

- Parité:

-ATCD de fausses couches : âge gestationnel(AG)

- ATCD de césariennes(CS) :-nombre de CS :

-indication :

-type d'hystérotomie : -segmentaire - corporéale

-ATCD d'accouchement prématuré : âge gestationnel

III/CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC: Index de masse corporel(IMC)

1-AVANT LA GROSSESSE: -les circonstances de découverte :

2-AU COURS DE LA GROSSESSE:

- Age gestationnel de découverte:

- Découverte fortuite:

- Découverte suite à une complication:

- Saignement - douleur plv - fièvre

3-AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT:

4-AU COURS- DE LA DELIVRANCE ET SUITES DE COUCHES:

5-AU COURS DE LA CESARIENNE:

IV/CARACTERISTIQUES DES FIBROMES:

-Siège :

-La taille:

-Nombre:

-Echostructure:

V/-Effet du fibrome sur l'évolution de la grossesse

1SIMPLE :

2COMPLIQUE :

- fausse couche

-MAP

-RPM

- Accouchement prématuré

-RCIU

-placenta bas inséré

-Traitement préconisé:

-Evolution:

VI/-Effet de la grossesse sur le fibrome :

-Nécrobiose aseptique

-Nécrobiose septique

-Torsion

-Augmentation du volume du fibrome

-saignement

VII/-DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT: Age gestationnel :

1-Voie haute:

❖ Indication: -obstacle prævia -dystocie dynamique

❖ TECHNIQUE Opératoire :

- le siège du fibrome gêne l'incision : oui non
- Myomectomie : oui non
- hystérotomie :-segmentaire -corporeale :

2-Voie basse:3-Présentations dystociquesVIII/- DEROULEMENT DE LA DELIVRANCE ET SUITES DE COUCHES:1-SIMPLE:2-COMPLIQUE:

- ❖ Complications immédiates : hémorragie de la délivrance
- ❖ A court terme :-infectieuses : endométrite nécrobiose septique
- thromboemboliques
- ❖ Along terme : nécrobiose aseptique, torsion

IX/-ETUDE DU NOUVEAU-NE:

- POIDS : /Age gestationnel  RCIU :oui non

- APGAR: 1^{ère} minute: 5^{ème} minute:

- Malformations fœtales.

B-RESULTATS

1-EPIDEMOLOGIE:

a-Fréquence:

18 cas d'association fibrome et grossesse étaient recensés au sein de 4800 accouchements qui ont eu lieu entre le 1er janvier 2013 et novembre 2017 au service de gynéco-obstétrique II de CHU Hassan II de Fès ce qui correspond à une incidence de 0,37 %.

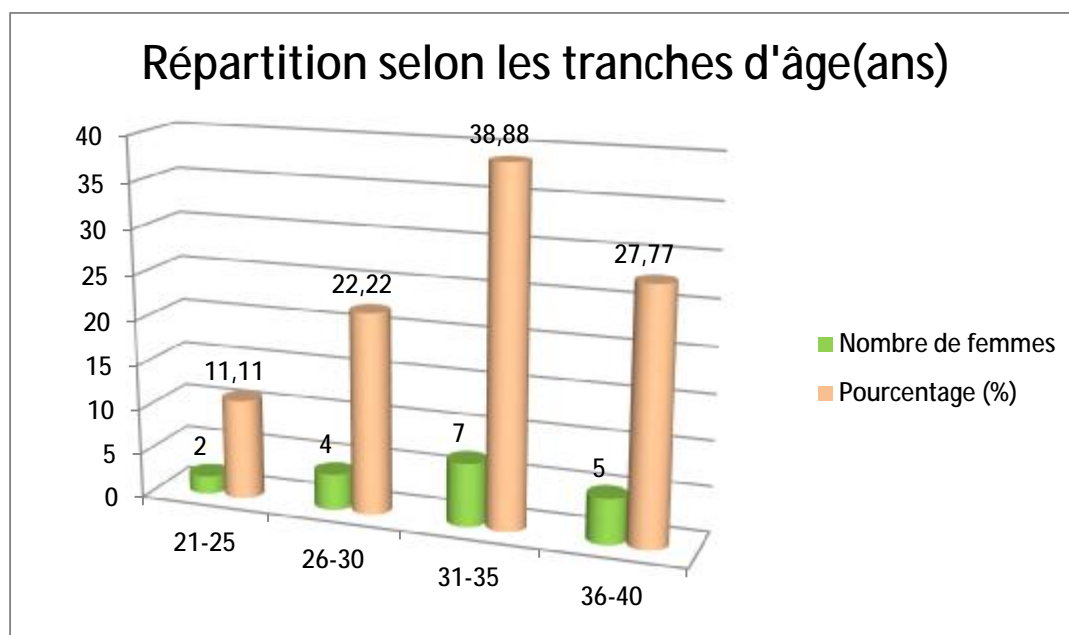
b-Age:

L'âge moyen de nos patientes était de 32,4 ans, avec des extrêmes de 21 ans et 40ans.

La majorité des patientes étaient âgées entre 31ans et 40 ans soit 66,7 %.

TABLEAU- I: Répartition selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge (ans)	21-25	26-30	31-35	36-40
Nombre de femmes	2	4	7	5
Pourcentage (%)	11,11	22,22	38,88	27,77



c-variations ethniques : 5 patientes de notre série étaient de race noire soit 27,27%.

2-ANTECEDENTS :

a)-Médicaux :

Ø HTA :

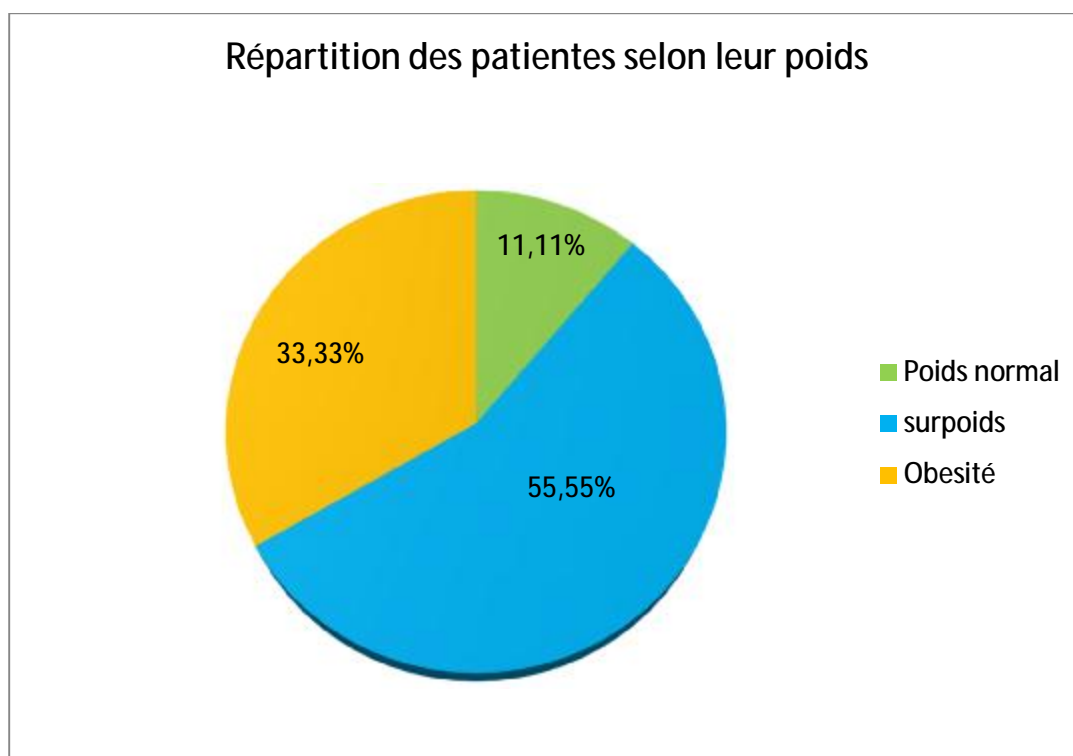
HTA n'a été détectée chez aucune patiente de notre série.

Ø Diabète :

Une seule patiente a présenté au cours de sa dernière grossesse un diabète gestationnel découvert au premier trimestre compliqué d'une FCS à l'âge de 2 mois.

Ø Obésité :

6 patientes de notre série étaient obèses avec un IMC > 30 et 10 patientes présentaient un surpoids avec un IMC > 25 ,alors que 2 patientes seulement avaient un poids normal .



On constate que la majorité de nos patientes présentaient un surpoids (55,55%) alors que 11,11% seulement avaient un poids normal.

b)-Chirurgicaux :

Deux patientes de notre série ont bénéficié d'une chirurgie, l'une pour myomectomie (non documenté) un an avant la conception et l'autre pour migration tubaire de DIU 6 ans avant sa grossesse actuelle avec bonne évolution postopératoire.

c)-GYNECOLOGIQUES :

- Une seule patiente âgée de 29ans a contracté sa grossesse sous contraception oestroprogestative.
- Deux patientes de notre série ont présenté un trouble de cycle à type de spanioménorrhée soit 11,11%, alors que dans la majorité des cas le cycle était régulier avec un pourcentage de 78,79%.

d)-OBSTETRICAUX :**▼ Gestité :**

Dans notre série, 50% des patientes étaient des primigestes et 50% des multigestes.

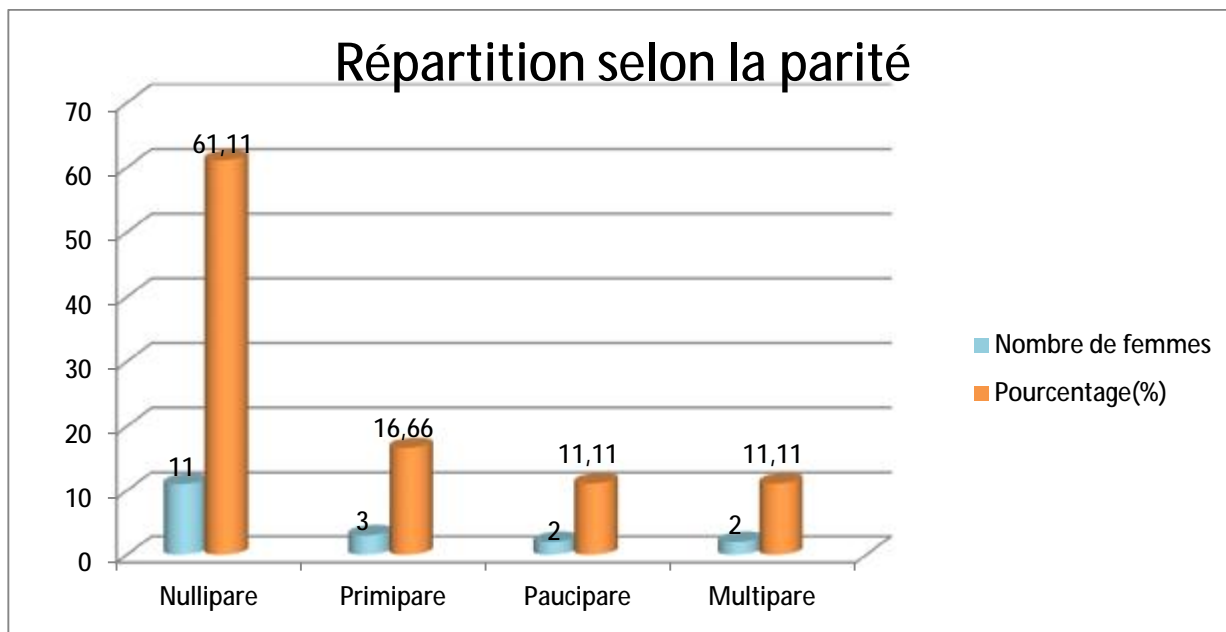


▼ Parité :

La majorité de nos patientes étaient des nullipares, soit 61,11% des cas.

TABLEAU-II: Répartition selon la parité.

Parité	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare
Nombre de femmes	11	3	2	2
Pourcentage(%)	61,11	16,66	11,11	11,11



▼ ATCD de fausse couche :

Trois patientes ont présenté des fausses couches spontanées non curetées à 2 mois de grossesse dans leurs antécédents, soit 16,66%

▼ ATCD de césarienne:

Deux patientes de notre série ont accouché par voie haute dans leurs antécédents soit 11,11%, l'une pour dépassement du terme 5ans avant sa grossesse actuelle, et l'autre pour grossesse gémellaire+macrosomie 4 ans avant sa grossesse actuelle, ces deux césariennes ont été réalisées par hystérotomie segmentaire transverse sans complications postopératoires notables.

Le fibrome chez ces deux patientes n'était découvert que lors de la grossesse actuelle et l'accouchement a été fait par voie haute dans les deux cas (l'une pour présentation siège+utérus cicatriciel et l'autre pour suspicion clinique et échographique de macrosomie).

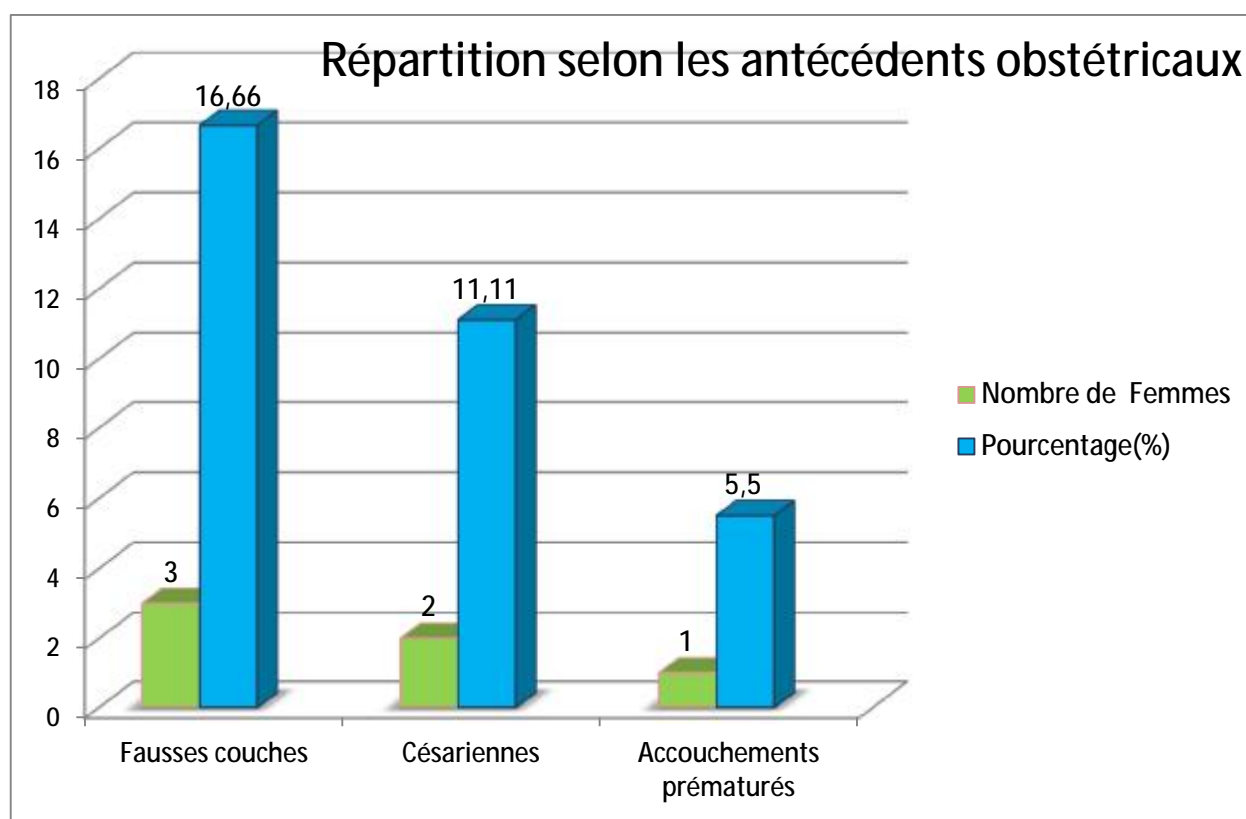
▼ ATCD D'ACCOUCHEMENT PREMATURE:

Une seule patiente a présenté 7 accouchements prématurés entre 6-7 mois de grossesse donnant issus à des morts nés soit 5,5% secondaire à une béance cervico-isthmique, pour laquelle la patiente a bénéficié de deux épisodes de cerclage du col utérin.

Chez cette patiente, le diagnostic de fibrome utérin était posé au cours de la grossesse actuelle à 28 SA sur une échographie obstétricale réalisée dans un contexte de douleur pelvienne.

TABLEAU III : Répartition selon les ATCD Obstétricaux.

ATCDS	Fausses couches	Césariennes	Accouchements prématurés
Nombre de Femmes	3	2	1
Pourcentage(%)	16,66	11,11	5,5



3-CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC :

a)-AVANT LA GROSSESSE :

Quatre patientes de notre série étaient connues porteuses de fibrome utérin avant la grossesse actuelle, soit 22,22%.

ü Deux cas ont présenté une fausse couche spontanée à l'âge de 8 SA, dont l'évolution a été marquée par la persistance des métrorragies après l'expulsion et à l'occasion d'une échographie de contrôle le diagnostic du fibrome a été posé, l'un des deux fibromes était de siège postérofundique interstitiel faisant 54/36mm, et l'autre fibrome sous muqueux isthmique faisant 50 /60mm.

ü Chez les 2 autres patientes, on n'a pas pu préciser les circonstances du diagnostic vu le manque des documents.

ü Toutes ces patientes étaient suivies en consultation gynécologique (rythme de surveillance non précisé), trois parmi elles pendant 2 ans et la 4^{ème} pendant un an et elles n'ont reçu aucun traitement.

b)-AU COURS DE LA GROSSESSE :

Le diagnostic de fibrome était posé au cours de la grossesse chez 11 patientes de notre série, soit 61,11%.

Chez ces 11 patientes :

Ø Six cas de fibrome utérin sont de découverte fortuite, 5 d'entre elles sur les échographies de datation réalisées au premier trimestre et un seul cas découvert à 23SA.

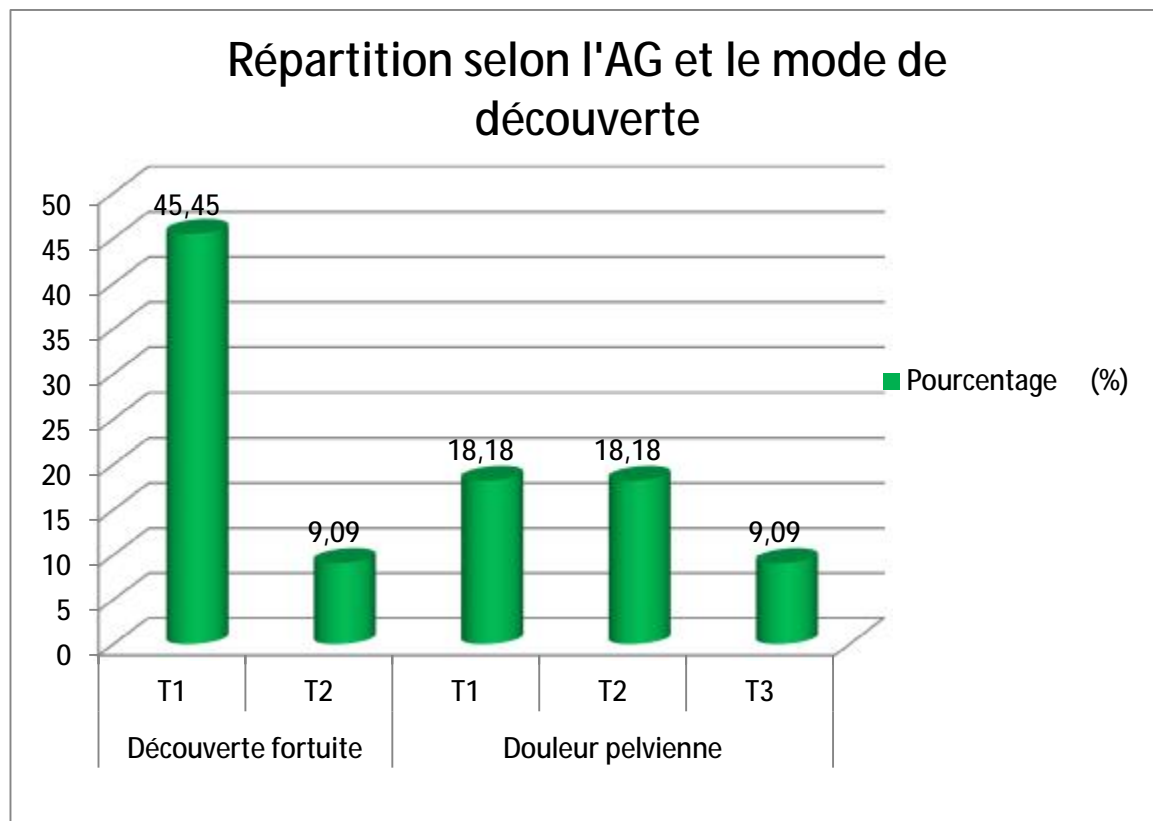
Ø Alors que les autres quatre cas étaient découverts sur les échographies obstétricales réalisées pour un syndrome douloureux fait de douleur pelvienne dans un contexte d'apyrexie mis à part une seule patiente qui a consulté pour douleur pelvienne avec une fébricule à 37,7 ° sans métrorragie ni altération de l'état général, l'examen clinique chez cette patiente a objectivé une sensibilité

pelvienne latéralisée à gauche sans masse palpable et l'échographie obstétricale à mis en évidence la présence d'un gros fibrome interstitiel isthmique faisant 14 cm de grand axe de structure hétérogène évoquant un fibrome en nécrobiose aseptique. parmi ces 4 cas : un seul cas était découvert au premier trimestre, deux au deuxième trimestre et un seul cas était découvert à 28 SA.

Ø chez une seule patiente le diagnostic du fibrome est posé sur l'IRM pelvienne réalisée pour suspicion de tumeur ovarienne à 11SA, le tableau clinique chez cette patiente était fait de douleur pelvienne et le fibrome était sous séreux sessile fundique postérieur faisant 8 cm de grand axe.

TABLEAU IV : Répartition selon l'AG et le mode de découverte.

Mode de découverte	Découverte fortuite					Douleur pelvienne			
	T1			T2	T3	T1		T2	T3
AG de découverte	<8SA	>8SA	Total			<8SA	>8SA		
Nombre de cas	2	3	5	1	0	2	0	2	1
Pourcentage (%)	18,18	27,27	45,45	9,09	0	18,18	0	18,18	9,09



On remarque que 63,63% des fibromes utérins sont découverts au premier trimestre et 54,54% d'entre eux sont de découverte fortuite.

c)-AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT:

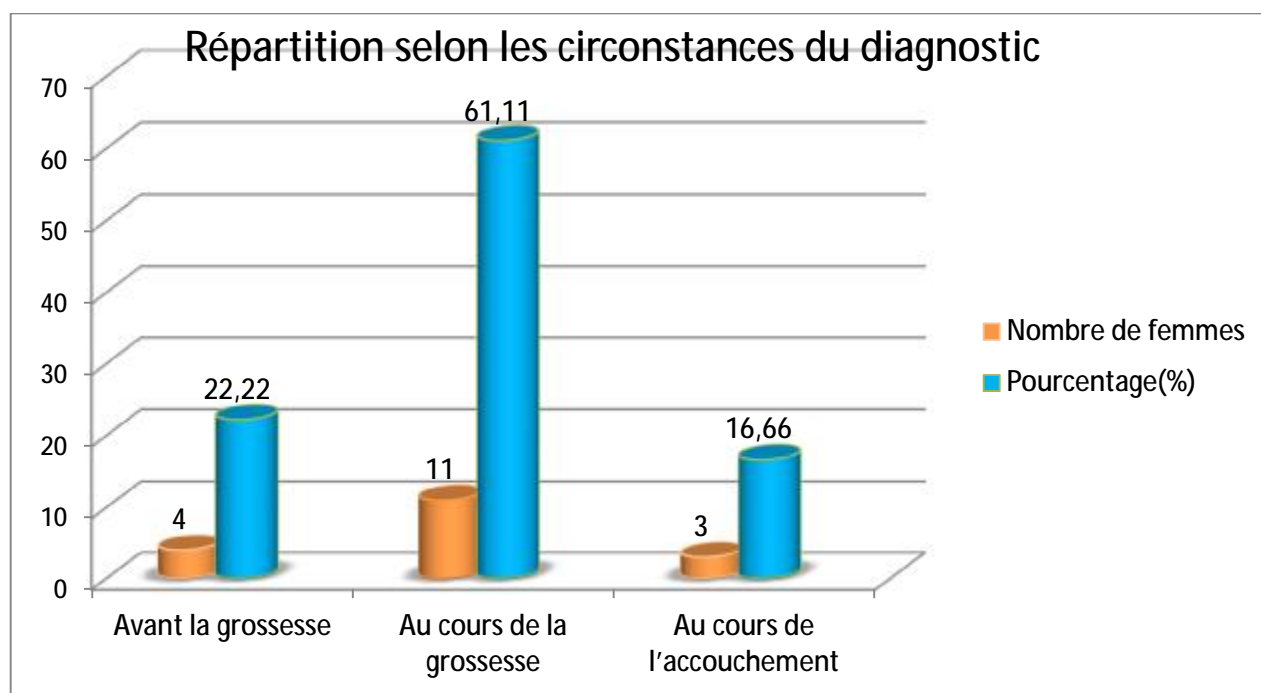
Chez trois patientes, soit 16,66%, le fibrome utérin était découvert au cours de la césarienne, La grossesse s'est déroulée normalement chez toutes ces patientes, elles ont toutes été admises au service après le début du travail.

d)-Au cours de la délivrance et les suites de couches:

Dans notre étude aucun fibrome n'a été découvert lors de la délivrance et les suites de couches.

TABLEAU V: Répartition selon les circonstances du diagnostic.

CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC	Avant la grossesse	Au cours de la grossesse	Au cours de l'accouchement
Nombre de femmes	4	11	3
Pourcentage(%)	22,22	61,11	16,66



On constate que la majorité des fibromes de notre série sont découverts au cours de la grossesse avec un pourcentage de 61,11%.

4-CARACTERISTIQUES DES FIBROMES :

Cette étude est basée sur les résultats des échographies et des comptes rendus opératoires.

a)-Nombre des fibromes:

- 15 patientes, soit 83,33%, ont présenté un myome unique.
- Chez 3 patientes, soit 16,66%, le myome était multiple (6 myomes au total).

b)-Situation des fibromes:

b-1)-Situation par rapport à l'utérus :

Dans notre série, 76,19% des fibromes étaient situés au niveau du corps utérin alors que 23,8% des fibromes avaient un siège cervico-isthmique.

Tableau VI : Situation des fibromes par rapport à l'utérus.

Localisation	Nombre de cas	Pourcentage(%)
<u>Corps utérin :</u>		
F.ant	3	14,28
F.post	5	23,8
F.latérale droite	3	14,28
F.latérale gauche	2	9,5
Fond	3	14,28
Corne	0	0
<u>Isthme et col :</u>	5	23,8

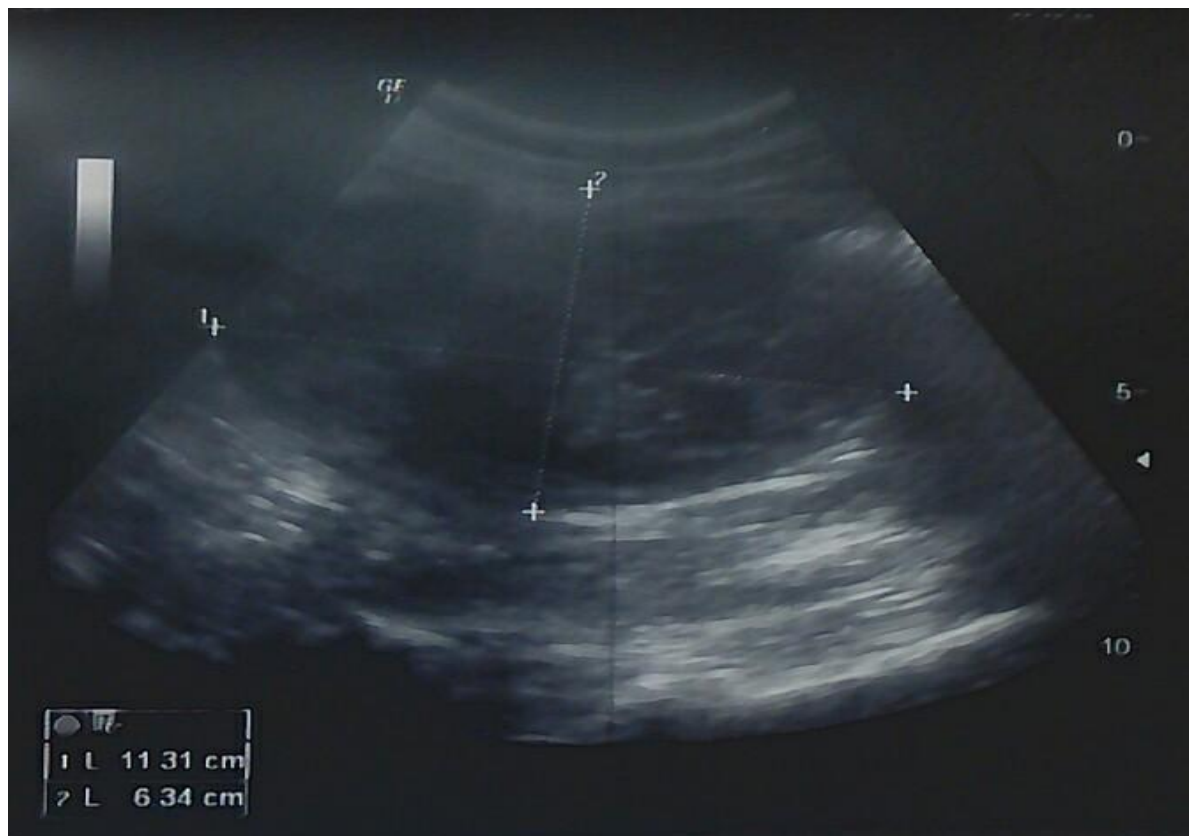


Figure-14 : Coupe échographique montrant une grossesse évolutive de 23SA avec un fibrome sous séreux sessile fundique mesurant 11,3/6,3 cm chez l'une de nos patientes.

b-2)-Situation par rapport à la paroi utérine:

Les fibromes interstitiels sont les plus fréquents (52,38 %), suivis des myomes sous-séreux (38,09 %), les myomes sous muqueux sont les plus rares(9,5%).

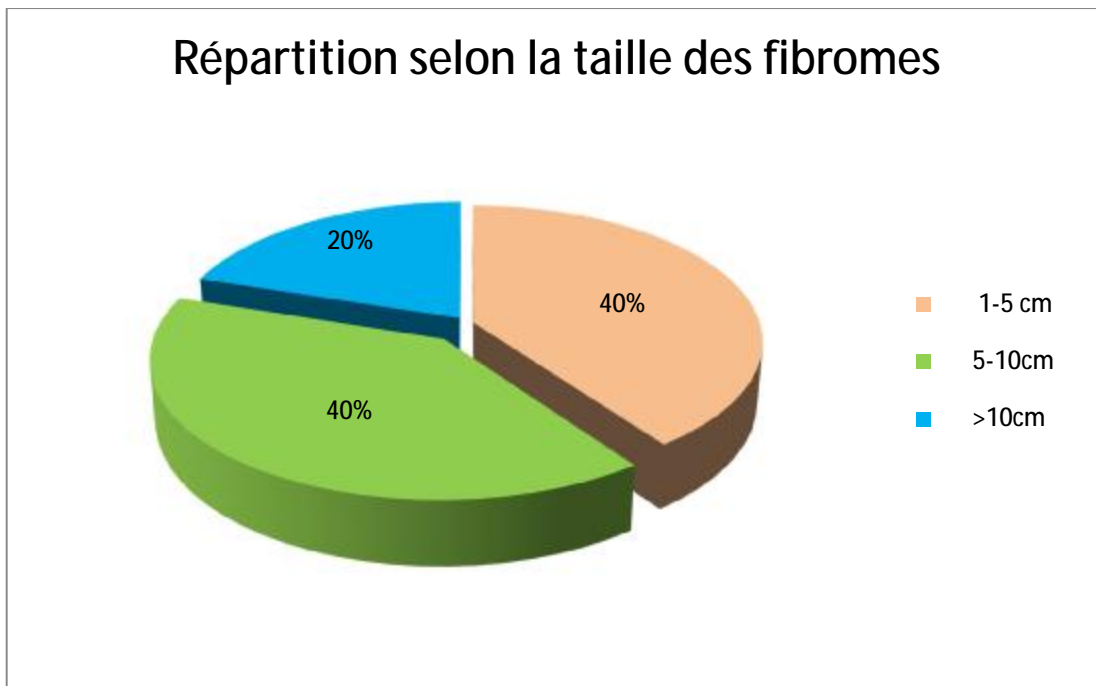


Figure-15 : Coupe échographique montrant un myome sous séreux de la paroi antérieure mesurant 3/2 cm chez l'une de nos patientes.

c)-Taille des fibromes:

En se référant au diamètre moyen des fibromes, nous allons les classer en 3 groupes:

- ü Fibrome dont le diamètre moyen est compris entre 1-5 cm (petits fibrome).
- ü Fibrome dont le diamètre moyen est compris entre 5-10 cm (fibromes moyens).
- ü Fibrome dont le diamètre est supérieur à 10 cm.



Dans notre série les fibromes de petite et moyenne taille sont les plus fréquents soit 80%.

d)-Evolution de la taille du fibrome au cours de la grossesse:

Chez les 14 patientes dont le diagnostic du fibrome était posé avant ou au cours de la grossesse et qui sont arrivées à terme, la taille des myomes a augmenté sans qu'elle gêne l'évolution de la grossesse dans 35,71 % des cas constatée sur les échographies réalisées entre 2ème et 3ème trimestre.

Alors que dans 50 % des cas la taille des myomes n'a pas changé et elle a diminué dans 14,28% des cas.

5-Retentissement du fibrome sur la grossesse:

L'association fibrome et grossesse peut entraver le déroulement de cette dernière et on peut alors observer les complications suivantes :

- § Fausse couche
- § Rupture prématurée des membranes
- § Menace d'accouchement prématurée
- § RCIU
- § Placenta prævia

a)-Fausse couche(FC) :

Dans notre série nous avons recensé une seule fausse couche, soit 5,5%, survenue à 11 SA chez une patiente connue porteuse de fibrome utérin à 8 SA.

Chez cette patiente nullipare le fibrome était unique, sous muqueux type 2 isthmique, mesurant 8cm de grand axe.

b)-Menace d'accouchement prématurée(MAP):

Lors de notre étude, nous avons rencontré 4 menaces d'accouchements prématurés survenant chez des patientes connues porteuses de fibrome utérin, soit 23,52 %.

- 1er cas: la menace est survenue à 28SA, la patiente a échappé à la tocolyse.
- Chez les autres patientes: la menace a survenu entre 24 et 25 SA et elles ont reçu la corticothérapie en ambulatoire.
- 3 patientes ont accouché par voie basse à terme.
- La 4^{ème} patiente a accouché par voie haute pour obstacle prævia à 38 SA.



Figure-16 : Coupe échographique montrant un fibrome postérofundique mesurant 12/13 cm d'échostructure homogène chez l'une de nos patientes.

c)-Rupture prématurée des membranes(RPM):

Dans notre étude nous avons eu trois cas de rupture prématurée des membranes, soit 17,64%.

ü Dans le 1^{er} cas, la RPM s'est survenue à 38SA chez une patiente connue porteuse de fibrome, diagnostiqué 2 ans avant la grossesse actuelle.

ü Chez la 2^{ème} patiente, dont le diagnostic de fibrome était posé sur l'échographie de datation, la rupture prématurée des membranes a survenu à 37 SA+4 jours.

ü Chez la 3^{ème} patiente le diagnostic du fibrome n'était retenu qu'au lors de la césarienne indiquée pour RPM>24 h +bishop défavorable à 39 SA.

ü Le prélèvement vaginal était négatif chez une seule patiente et il n'a pas été fait chez deux patientes.

d)-placenta preavia (PP):

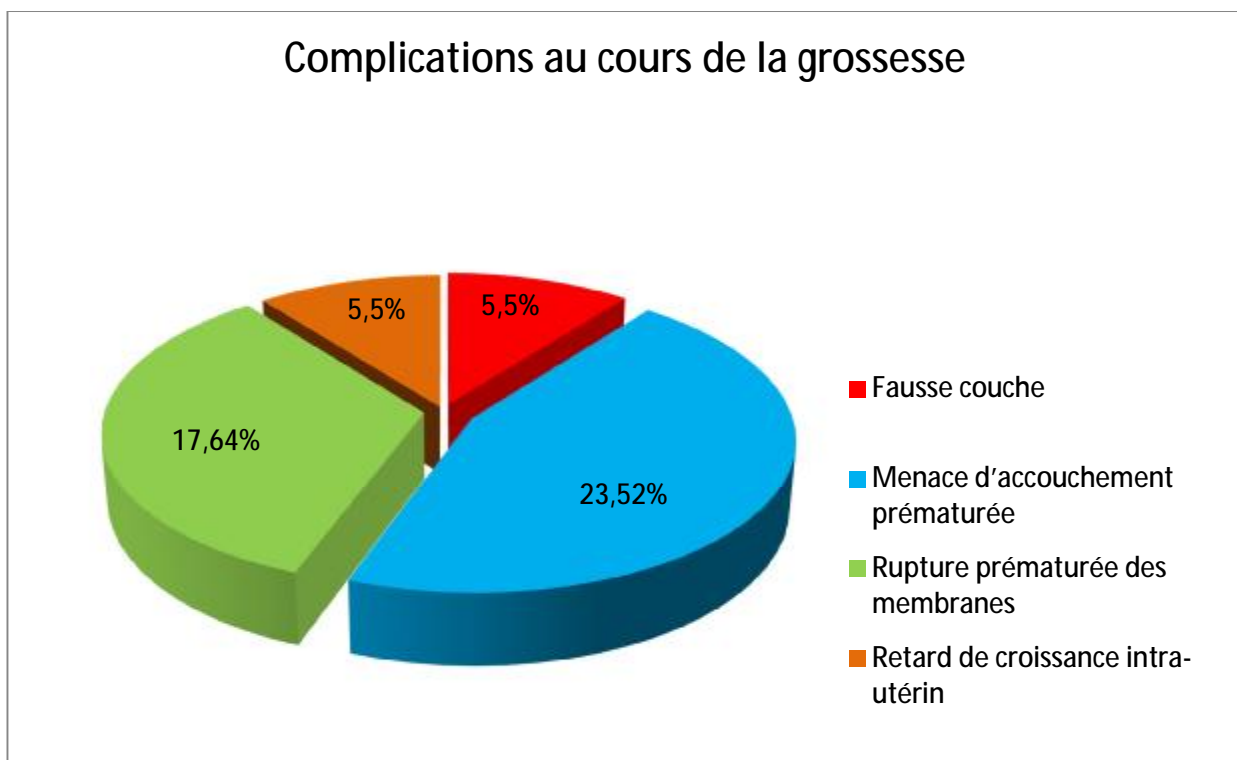
Aucun cas de placenta preavia n'a été rencontré dans notre série.

e)-RCIU:

Un seul cas de RCIU a été rencontré dans notre série, soit 5,5%.

Le poids de naissance du nouveau né était de 2500g à 38SA .le fibrome chez la mère était interstitiel postérofundique faisant 12/13 cm de taille.

En l'absence d'autre cause de RCIU, chez ce nouveau né le retard peut être lié à la coexistence de grossesse gémellaire+fibrome.



On constate que les complications obstétricales étaient dominées par la menace d'accouchement prématurée avec un pourcentage de 23,52% suivie par la rupture prématurée des membranes 17,64%.

6-Retentissement de la grossesse sur le fibrome:

L'imprégnation gravidique entraîne des complications propres au fibrome:

- Nécrobiose aseptique.
- Torsion.
- Troubles de compression.

a)-Nécrobiose aseptique:

Nous avons eu dans notre étude 4 cas, soit 22,22 % de nécrobiose aseptique.

a-1)-Tableau clinique:

La complication est survenue lors du 1er trimestre Chez 3 patientes et à 21SA chez la 4^{ème} patiente. Le tableau clinique s'est limité à des douleurs pelviennes intenses à type de torsion évoluant par poussée sur un fond douloureux avec une fébricule.

a-2)-Echographie:

Chez les 4 patientes le fibrome avait une échostructure hétérogène avec alternance de zones anéchogènes et d'autres hypoéchogènes témoignant de l'ischémie et la nécrose.

a-3)-Evolution :

L'évolution était marquée par la régression du tableau clinique et la disparation de la douleur après traitement (repos au lit+antalgique et antispasmodique) chez 3 patientes.

ü Deux patientes ont accouché par voie basse, l'une à 38 SA et l'autre à 39SA.

ü la troisième patiente a accouché par voie haute à 38SA pour obstacle prævia en travail.

ü la quatrième patiente a présenté une FCS à l'âge de 11SA.

a-4)-Caractéristiques des fibromes :

ü Chez la première patiente le fibrome était interstitiel postérofundique latéralisé à droite mesurant 9/9cm, d'échostructure hétérogène.

ü Chez la deuxième patiente le fibrome était sous-séreux de siège fundique mesurant 4,6 cm, d'échostructure hétérogène.

ü chez la troisième patiente le fibrome était interstitiel de siège isthmique faisant 14 cm de grand axe.

ü chez la quatrième patiente le fibrome était sous muqueux de siège isthmique mesurant 8cm.



Figure-17 : Coupe échographique montrant un fibrome interstitiel postérofundique latéralisé à droite mesurant 9/9cm en nécrobiose aseptique d'échostructure hétérogène chez l'une de nos patientes.

b)-Torsion:

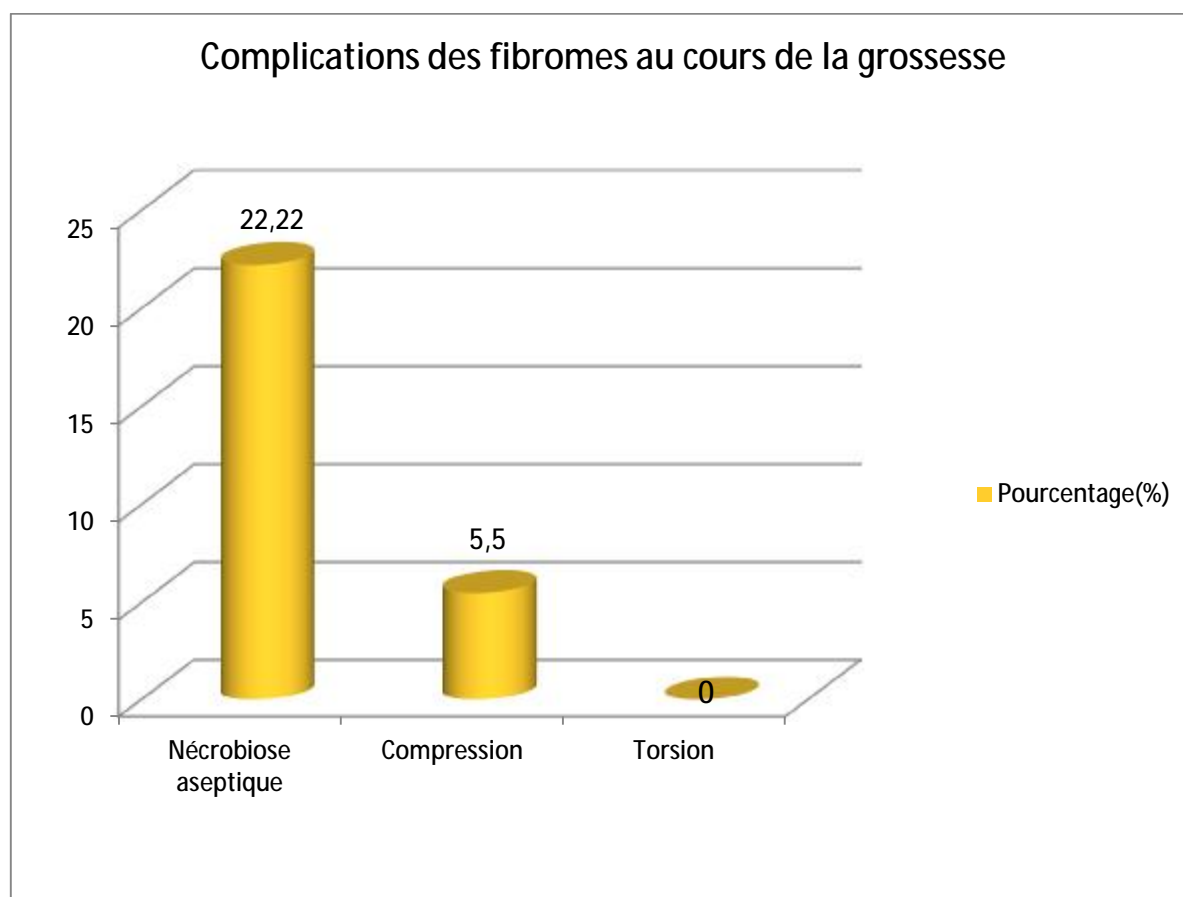
Aucun cas de torsion n'a été révélé dans cette étude.

c)-Troubles de compression:

Un cas de compression rectale s'est manifesté par une constipation chronique à l'âge de 28SA, le fibrome était sous séreux sessile postérofundique de 16cm de taille.

TABLEAU VII : Tableau récapitulatif des complications des fibromes lors de la grossesse.

Complication	Nombre de cas	AG(SA)	Pourcentage(%)
Nécrobiose aseptique	4	8-21	22,22
Compression : rectale	1	28	5,5
Torsion	0	0	0



On constate que la nécrobiose aseptique était la complication la plus fréquente des myomes au cours de la grossesse avec un pourcentage de 22,22%.

TABLEAU VIII: Répartition des complications selon la taille et le siège du fibrome.

COMPLICATIONS	SIEGE DU FIBROME	Type de fibrome	TAILLE DU FIBROME (cm)
Nécrobiose aseptique : -1 ^{er} cas	Interstitiel postérofundique latéralisé à droite	3	9/9
	sous séreux fundique	5	4,6
-2 ^{ème} cas	interstitiel isthmique	3	14
-3 ^{ème} cas	sous muqueux isthmique	2	8
-4 ^{ème} cas			
Compression : -1 cas	sous séreux postérofundique	6	16

On constate que les fibromes dont la taille > 5cm sont plus exposés à développer une complication.

7-Accouchement:a)-Présentations dystociques :

Dans la majorité des cas la présentation était de sommet, chez 15 patientes soit 88, 24%.

-Deux cas de présentation siège soit 11,76% étaient recensés, ces deux patientes ont accouché par voie haute.

-Aucun cas de présentation transverse ou face n'a été recensé.

TABLEAU IX: Caractéristiques des fibromes.

Type de la présentation	Siège de fibrome	Taille de fibrome (cm)
Présentation siège :		
- 1 ^{er} cas	-interstitiel isthmique	8
- 2 ^{ème} cas	-interstitiel antérolatéral gauche	8

On remarque que les fibromes interstitiels et dont la taille ≥ 8 cm sont les plus liés aux présentations siège (100%).

b)-Césarienne:

Dans notre série ,8 patientes ont accouché par voie haute, soit 47,05%.

Cinq patientes étaient connues porteuses de fibrome utérin au cours de la grossesse et les trois autres cas n'étaient révélés que lors de la césarienne.

v Indication:

∅ La césarienne était indiquée pour des raisons liées directement au fibrome utérin chez 4 patientes soit 50%.

Les indications sont :

ü Obstacle prævia chez 2 patientes à l'âge de 38SA, le fibrome dans les deux cas était interstitiel de siège antérolatéral droit isthmique mesurant respectivement 14 cm et 8 cm.

ü Dystocie dynamique avec myomectomie peropératoire chez une seule patiente à l'âge de 37SA+6j, le fibrome chez cette patiente était sous séreux fundique type 5 mesurant 11 cm de taille.

ü Présentation siège +fibrome en travail à l'âge de 38SA, le fibrome chez cette patiente était interstitiel antérolatéral gauche faisant 8cm de taille.

∅ La césarienne était indiquée pour des raisons purement obstétricales chez 4 patientes, soit 50%.

Les indications sont:

ü RPM>24h +bishop défavorable dans 2 cas.

ü Présentation siège+utérus cicatriciel(ATCD de césarienne) dans un seul cas.

ü utérus cicatriciel (ATCD césarienne) + Suspicion clinique et échographique de macrosomie dans un seul cas.

La césarienne était segmentaire, réalisée par une incision type pfannenstiel chez toutes les patientes.

c)-Accouchement par voie basse:

Notre étude était portée sur 17 patientes (une fausse couche).

La naissance a eu lieu par voie basse dans 9 cas, soit 52, 94%.

ü Toutes ces patientes étaient connues porteuses de fibrome, la grossesse s'est déroulée sans aucun problème chez 6 patientes et les trois autres patientes ont présenté une menace d'accouchement prématurée entre 24-28 SA.

ü L'accouchement s'est déroulé sans aucun incident chez toutes les patientes.

La délivrance était dirigée chez toutes les patientes

8-La délivrance :

Dans notre étude, chez les 17 patientes qui sont arrivées à terme la délivrance s'est déroulée sans aucun incident hémorragique. Excepté une seule patiente qui a présenté une hémorragie de la délivrance au cours de la césarienne indiquée pour RPM > 24H (CRP à 11) + bishop défavorable à 39 SA, soit 5,8%. L'utérus chez cette patiente était polomyomateux avec un fibrome fundique type 2 mesurant 10/8cm et l'autre isthmique type 4 faisant 8/4 cm de taille. L'évolution a été favorable avec arrêt du saignement sous perfusion d'ocytocine seul.

La révision utérine a été réalisée chez toutes les patientes qui ont accouché par voie haute.

9-Suites de couches:

Elles se sont déroulées sans aucun incident chez toutes les patientes. Sachant que 47,05% de nos patientes ont accouché par voie haute, elles bénéficient souvent d'un traitement préventif soit pour l'infection ou les thrombophlébites.

Deux patientes de notre série ont présenté une nécrobiose aseptique dans l'année suivant l'accouchement.

Le tableau clinique était fait de douleur pelvienne avec des ménorrhagies importantes.

La première patiente a accouché par voie basse à 38 SA, le fibrome chez cette patiente était interstitiel postérofundique latéralisé à droite faisant 12/13cm de taille.

La deuxième patiente a présenté une fausse couche spontanée à 11SA, le fibrome était sous muqueux isthmique faisant 8cm de taille.

Les deux patientes ont bénéficié d'une myomectomie et l'examen anatomopathologique a objectivé une nécrobiose aseptique sans signes de malignité.

10-Etude des nouveau-nés:

a)-Poids:

Le poids des 18 nouveau-nés (une grossesse gémellaire) a été compris entre 2500 et 4400 g avec un poids moyen de 3014g.

b)-Indice d'Apgar:

Nous avons retrouvé:

-2 indices d'Apgar à 10/10 à la première minute.

-14 indices d'Apgar à 9/10 à 1 mn passants à 10/10 à 5mn.

-1indice d'Apgar à 7/10 à 1 mn passant à 10/10 à 5 mn survenant dans un contexte de RCIU sur grossesse gémellaire à 38 SA.

-1indice d'Apgar à 6/10 à 1 mn passant à 10/10 à 5mn survenant dans un contexte d'oligo-amnios sur RPM>24 h à 39 SA.

Chez 17 nouveau-nés soit 94,44% l'Apgar était supérieur ou égale à 7, donc la majorité des nouveau-nés ne présentaient pas une souffrance à la naissance.

c)-Mortalité périnatale :

Nous n'avons eu aucun cas de mortalité périnatale.

d)-Malformation:

Aucune malformation n'a été signalée.

II-DISCUSSION

A-DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES:

1-fréquence:

La fréquence de l'association fibrome et grossesse est variable en fonction des auteurs, Elle varie entre 0,09 et 2,7 %.

Dans notre série nous avons retrouvé une fréquence de 0,37% ceci correspond aux valeurs retrouvées dans la littérature.

Tableau-I: Fréquence de l'association fibrome et grossesse.

Auteurs	Nombre de patientes	Fréquence(%)
ATEF. (2005)[16]	19	0,09
Thèse à Fès(2007)[86]	61	0,36
David (2006)[20]	-	2,4
DELABBARE [3]	80	0,34
QIDWAI (2006)[58]	-	2 ,7
DORRA et al (2012)[14]	79	0,66
Notre série	18	0,37

La différence entre les séries et la difficulté de chiffrer avec précision l'incidence de cette association tient à différentes raisons que nous voudrions exposer:[3]

Ø Les taux les plus bas sont retrouvés dans les séries où le diagnostic était posé cliniquement, ou en peropératoire au moment des césariennes, le taux le plus haut est retrouvé dans les séries, où les diagnostics sont faits au cours de la grossesse lors des échographies répétées.

Ø Les pourcentages varient selon que les études prennent en compte ou non:

§ Tous les fibromes au cours de la grossesse ou uniquement les gros fibromes.

§ Uniquement les fibromes symptomatiques ou qui donnent des complications.

Cette fréquence ne va cesser de croître compte tenu de la survenue plus tardive des grossesses et de l'incidence des myomes qui s'élève progressivement avec l'âge aussi la pratique systématique de l'échographie qui permet de découvrir des fibromes cliniquement muets.

2- Facteurs favorisants :

a)-L'âge et association "fibrome et grossesse":

IL était constaté dans les différentes séries publiées que l'association fibrome et grossesse est plus fréquente chez les femmes âgées de plus de 30ans [3,43] (tableau- II).

Dans notre étude 66,7% de nos patientes ont plus de 30 ans, ces chiffres sont en accord avec ceux retrouvés par divers auteurs.

L'âge moyen de nos patientes était de 32,4ans, comparable avec celui de diverses études (tableau-II).

TABLEAU-II: Age et association fibrome et grossesse.

Auteurs	Nombre de cas de myome	Plus de 30ans(%)	Moyenne d'âge (ans)
BANO et al(2017)[15]	163	89	33
ATEF(2005)[16]	19	65,2	33
Ahmed(2006)[27]	107	-	31
DORRA et al(2012) [14]	80	60	32
VERGANI(2007)[74]	251	-	34
DELABARRE(2011) [3]	79	81	33
Notre série	18	66,7	32

b)-Parité:

L'association fibrome et grossesse concerne plus volontiers la nullipare. [13,3]

Dans notre étude la nullipare constitue 61,11%, ce chiffre rejoint celui retrouvé par VERGANI [74](70% des nullipares).

Il semble que la grossesse à un effet protecteur sur le développement du fibrome utérin, cela a été démontré dans l'étude de CHERLY ET KIMBERLY et le travail de CORONADO qui ont observé que la multipare développe moins de fibrome utérin. [25]

c)-La race:

Les femmes de race noire développent plus de fibrome, à un âge plus jeune et d'une taille plus grande que les femmes de race blanche [13], Il n'y a pas d'explication à cet excès de fibrome chez les femmes noires, certains auteurs suggèrent une étiologie différente de l'apparition des fibromes dans ces deux populations; génétique probablement .Le taux de récepteurs en œstrogènes pour le type négroïde et une altération du métabolisme des stéroïdes pour le type caucasien pourraient promouvoir la croissance du fibrome. [3,28]

DELABARRE [3] a observé une part de patientes d'origine africaine plus importante que dans la population générale française et également plus jeune : elles sont 31,6 % à avoir moins de 30 ans contre 13,3 % de patientes d'origine caucasienne. Dans sa série AHMED[27] a retrouvé 89.4% de race noire, 5.7% Caucasienne, et 4.9% d' autres races .

Dans notre série 27,27% des patientes sont de race noire.

d)-Le poids :

Dans toutes les études ; on retrouve une association positivement significative entre obésité et croissance des fibromes [13].

Sur une étude rétrospective réalisée par Shikori et al sur la relation entre l'obésité et les fibromes utérins portant sur 144 cas opérées ; il s'est avéré que 51% de ces patientes étaient obèses dont 30% étaient sévèrement obèses. Ils évoquent une possible contribution du métabolisme des œstrogènes chez les obèses dans la croissance des fibromes mais cela n'explique pas le facteur déclenchant initial. [3,39,25]

Dans notre série 33,33% des patientes sont obèses ceci correspond aux chiffres retrouvés dans la littérature

B-CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC:

Le fibrome peut être diagnostiqué dans des circonstances différentes.

1-Diagnostic clinique:

a)-Fibrome connu avant la grossesse. [3]

Devant une aménorrhée chez une jeune femme porteuse du fibrome utérin le diagnostic de grossesse est rapidement évoqué.

Par contre chez une femme plus âgée l'arrêt des règles peut être rattaché à l'installation de la ménopause, d'autant plus que l'existence des métrorragies peut égarer le diagnostic du fibrome. D'où l'intérêt des examens complémentaires:

§ Dosage plasmatique de BetaHCG.

§ Echographie.

La grossesse s'est développée sur un utérus déjà connu fibromateux dans 13% des cas pour ATEF [16] et 27,8% pour DELABARRE [3].

Dans notre série, 4 patientes soit 22,22% étaient connues porteuses de fibrome utérin avant la grossesse ceci correspond aux chiffres retrouvés dans la littérature.

b)-Fibrome méconnu avant la grossesse:

b-1)-Signe d'appel pendant la grossesse:

Chez une femme enceinte le diagnostic de fibrome peut être suspecté devant:

- Ø Une hémorragie du premier ou deuxième trimestre. [3]
- Ø Un utérus plus volumineux que ne le voudrait le terme au même titre qu'une grossesse gémellaire ou une erreur du terme. [3]
- Ø La palpation d'un ou plusieurs noyaux fibromateux surtout lors du premier trimestre, par la suite le ramollissement habituel fait disparaître les fibromes de taille moyenne. [3]
- Ø Une masse latéro-utérine:

Le diagnostic clinique de fibrome n'est pas toujours évident en début de la grossesse; ainsi on peut être amené à discuter l'origine d'une masse latéro-utérine qui peut être, outre un fibrome non compliqué, un fibrome en nécrobiose, un kyste fonctionnel ou organique, une tumeur solide de l'ovaire. Si la masse est mobile, indépendante de l'utérus à la mobilisation séparée de celui-ci par un sillon, on discute plus particulièrement un fibrome pédiculé ou un kyste ovarien. [3]

L'échographie redresse le plus souvent le diagnostic.

Ø Une menace de fausse couche tardive ou accouchement prématurée.

Ø Un diagnostic fortuit à l'occasion d'une échographie :

Nous avons eu dans notre série, 6 cas du fibrome utérin de découverte fortuite à l'occasion d'une échographie de datation.

Ø Une complication du fibrome:

-Des douleurs abdomino-pelviennes intenses évoquant une nécrobiose aseptique ou la torsion d'un fibrome pédiculé.

Dans notre série, nous avons posé le diagnostic de fibrome utérin chez quatre patientes qui ont développé un tableau de nécrobiose aseptique.

-Des signes de compression avec névralgies, troubles vésicaux ou troubles rectaux.

Dans notre série une patiente qui est connue porteuse de fibrome au cours de la grossesse, a présenté un tableau de compression rectale.

b-2)-Signes d'appel pendant l'accouchement:[3]

-Une présentation mal accommodée.

-Un obstacle prævia.

-Une dystocie dynamique.

Doivent faire évoquer le diagnostic de fibrome utérin.

b-3)-Signes d'appel pendant la délivrance:

Devant une hémorragie de la délivrance ou une rétention placentaire, la révision utérine permettra de découvrir le fibrome intracavitaire. [3]

b-4)-Signes d'appel en post partum:

Le diagnostic sera évoqué:[3]

ü soit devant un tableau d'endométrite du post partum.

ü soit devant une douleur localisée à une zone précise de l'utérus évoquant une nécrobiose septique.

2-Diagnostic paraclinique:

Il est basé sur :

a)-Echographie:

L'échographie est l'examen de référence [3,48], elle est demandée:

-soit à titre systématique.

-soit devant un des signes cliniques d'appel que nous avons évoqué.

a-1)-Technique d'examen:[26]

La technique la plus ancienne est l'échographie transabdominale vessie pleine, réalisée avec une sonde de basse fréquence (3MHZ) qui permet de visualiser les anomalies de contours et l'augmentation de volume de l'utérus, en revanche, les différences d'organisation tissulaire restent mal perçues.

Sont apparues par la suite les sondes endovaginales autorisant un abord plus directe de l'utérus .Elles utilisent des fréquences plus élevées qui permettent une meilleure résolution mais avec une pénétration plus faible .L'étude de l'architecture tissulaire est ainsi facilitée.

a-2)-Résultats de l'échographie:

Outre le diagnostic positif du myome, elle permet de : [29]

- Ø Dénombrer les fibromes et d'évaluer leur taille au mieux par trois mesures orthogonales, de préciser leur rapport avec la cavité utérine, la séreuse et pendant la grossesse avec le col utérin.
- Ø De préciser leur localisation, fibrome sous-muqueux, intra mural ou sous séreux.
- Ø L'échostructure :[17,29]

Le myome peut revêtir différents aspects échographiques .Il s'agit toujours d'une structure arrondie bien limitée par rapport au myomètre adjacent.

Leur échostructure dépend des modifications histologiques pendant la grossesse.

-Un myome non compliqué va apparaître comme une tumeur solide légèrement moins échogène que le myomètre normal. [17]

-Après le troisième mois, l'échographie permet de mettre en évidence l'éventuel ramollissement ou infiltration œdémateuse du fibrome, conduisant parfois à la disparition échographique du fibrome. [3]

-En cas de nécrobiose, le myome est hétérogène avec alternance des zones kystiques et des zones échogènes témoin de la dégénérescence et de l'infarctus [3].

-Un fibrome ancien peut se calcifier, la calcification se traduit par une échostructure très dense avec un ombre acoustique postérieure .Divers aspects sont possibles depuis les petites calcifications diffuses jusqu'à l'amas de calcifications circulaires disposées à la périphérie du fibrome pouvant évoquer une tête fœtale.[62]

- Ø De localiser l'insertion placentaire, en particulier par rapport au fibrome.
- Ø De préciser le terme de la grossesse et de la vitalité fœtale.

Ø Elle permet aussi le diagnostic différentiel avec les autres masses pelviennes du premier trimestre de la grossesse :

-avec une tumeur solide de l'ovaire adhérente au corps utérin[26]

-avec un rein pelvien. [26]

-avec un utérus double: un fibrome latéral saillant peut créer une apparence d'utérus bicorne. [60]

Ces critères, notés dès le premier trimestre, sont des éléments prédictifs pour la survenue de certaines complications. [3]

NB: En cas d'une masse hétérogène avec alternance des zones hyper-et anéchogènes, les diagnostics différentiels sont un kyste dermoïde, une tumeur maligne de l'ovaire. [17]

Si malgré l'échographie le doute persiste, d'autres explorations peuvent être proposées.

b)-L'imagerie par résonance magnétique(IRM) :[65]

L'étude est réalisée sans injection de gadolinium, qui est contre indiquée chez la femme enceinte .Les fibromes émettent des signaux caractéristiques, permettant leur identification qu'ils soient compliqués ou non, un fibrome non compliqué est gris moyen en T1 pondéré, noir en T2 pondéré; en cas de nécrobiose aseptique le fibrome est en hypersignal périphérique et hyposignal central en T1 et en hyposignal périphérique et hypersignal central en T2 , les tumeurs ovariennes solides sont bien distinctes des structures fibreuses du myome. Seul un doute peut persister vis-à-vis des rares fibromes ovariens, mais il s'agit de tumeur bénigne.



Figure 18 : coupe coronale en séquence T2 de l'IRM montrant un myome sous séreux sessile fundique faisant 8 cm de grand axe sur une grossesse évolutive de 11SA chez l'une de nos patientes.



Figure19 : coupe transversale de l'IRM en séquence T2 montrant un myome sous séreux sessile fundique faisant 8 cm chez l'une de nos patientes.

C-INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE FIBROME:

1-Modifications physiologiques:

a)-Modifications topographiques :

Le noyau fibromateux suit une évolution solidaire de la portion de l'utérus à laquelle il adhère:[26]

∅ certains myomes interstitiels s'extériorisent et semblent alors s'énucléer de la paroi utérine, d'autres au contraire s'aplatissent et s'étalent ou semblent glisser vers le bas et plus souvent vers le haut .cette notion est importante car certains myomes insérés sur la partie haute du segment inférieur peuvent ascensionner au cours de la grossesse et même en début du travail, dégagant ainsi la filière pelvigénitale. Le diagnostic de myome prævia ne doit être porté qu'en fin de grossesse ou en début du travail.

∅ à l'inverse certains myomes sous-séreux pédiculés peuvent tomber dans le douglas.

∅ les fibromes sous-muqueux rarement observés s'hypertrophient et peuvent faire saillie dans la cavité utérine.

b)-Modifications anatomiques:

En se référant à la littérature, on constate que l'évolution de la taille du fibrome au cours de la grossesse est controversée .En effet, cette notion classique de l'augmentation de la taille du fibrome au cours de la grossesse semble être mise en cause par les études échographiques actuelles qui ont montré que beaucoup de myomes ne changent pas de taille ou encore diminuent de taille au cours de la grossesse. [27]

Ahmed [27] rapporte que seulement 17,8% des fibromes utérins augmentaient de taille alors que 64,3% des fibromes ont diminué de taille au troisième trimestre. Une autre étude prospective, menée par Seracchioli et al[41], sur 134 femmes

retrouvent 85 % des fibromes de taille stable ou décroissante durant le 2^{ème} et le 3^{ème} trimestres avec 62 % des fibromes de 5 cm ou moins, devenus indétectables. Les fibromes de plus de 5 cm avaient plus tendance à augmenter de taille (26,2 % versus 9,7 %, $p = 0,03$).

Cependant ATFE [16] a trouvé que 84,2% des fibromes augmentaient de taille alors que 15,78% seulement ne change pas de volume et aucun fibrome n'a diminué de taille.

Dans notre série, chez les 14 patientes qui étaient connues porteuses de fibrome utérin (13 myome unique + un myome multiple) avant ou au cours de la grossesse et qui sont arrivées à terme, 35,71% des fibromes ont augmenté de taille au troisième trimestre et 50% des fibromes n'ont pas changé de taille, alors que 14,28% des fibromes ont diminué de taille entre deuxième et troisième trimestre ceci correspond aux chiffres retrouvés dans la littérature.

TABLEAU-III: Evolution de la taille des fibromes au cours de la grossesse (études échographiques).

Auteurs	nombre de cas de myome	Pas de modification%	Augmentation%	Diminution%
ATEF [16]	19	15,78	84,2	0
AHMED[27]	107	17,9	17,8	64,3
VERGANI[74]	251	-	30	-
NOTRE SERIE	15	50	35,71	14,28

Plusieurs études étaient faites à fin de trouver le mécanisme expliquant l'augmentation de volume du fibrome utérin au cours de la grossesse, LAMB and GREENE ont proposé trois théories ,la première parle d'une augmentation seulement au niveau de la palpation sans augmentation de la masse ,la deuxième attribue cette augmentation à l' hyperplasie et l'hypertrophie des muscles lisses et du tissu

conjonctif ,ils ont montré que le diamètre moyen de la cellule du myome reste approximativement le même durant toute la grossesse, alors que le diamètre moyen de la cellule du myomètre augmente de 50% au cours de la grossesse . Le troisième mécanisme est le changement dégénératif au sein du myome[27], cette théorie n'a pas été soutenue par STROBLET qui par contre montre que la dégénération explique plutôt la diminution de la taille du myome au cours de la grossesse.[27]

Un autre mécanisme non mentionné par LAMB et GREENE est la croissance de la réponse aux œstrogènes et progestérones par l'augmentation du nombre des récepteurs au sein du myomètre au cours de la grossesse. [27]

2-Modifications pathologiques:

Durant la grossesse, les fibromes vont subir des modifications responsables d'une symptomatologie le plus souvent douloureuse. Ces modifications sont dues à un saignement intra fibromateux, une croissance rapide du fibrome, une infiltration œdémateuse ou des troubles de vascularisation .Cependant on doit distinguer les fibromes anciens, des fibromes récents .En effet les fibromes connus de longue date sont rarement le siège de remaniements œdémateux, à fortiori s'ils sont sous séreux.

A l'opposé, les fibromes apparus peu de temps avant la grossesse, se compliquent plus souvent de nécrobiose. [3]

a)-Nécrobiose aseptique:

Il s'agit d'un processus de dégénérescence du à la diminution de la vascularisation lors de l'accroissement rapide du volume du fibrome menant à l'ischémie et à la nécrose. [20]

Pour certains la nécrobiose serait due à l'augmentation rapide du volume de la tumeur, cette hypothèse serait responsable de troubles mécaniques conduisant à l'ischémie. [3]

a-1)-Fréquence:

Elle présente la complication la plus fréquente au cours de la grossesse surtout au quatrième ou cinquième mois. [3]

La fréquence est variable allant de 16,25% pour DORRA et al[14] à 21,73% pour ATEF.[16]

TABLEAU-IV: Fréquence de la nécrobiose.

Auteurs	pourcentage(%)
ATEF [16]	21,73
DELABARRE[3]	17,7
DORRA et al [14]	16,25
NOTRE SERIE	22,22

En effet, la différence entre les auteurs pourrait être due aux critères de diagnostic. Certains auteurs considèrent l'ensemble des syndromes douloureux et d'autres uniquement les cas qui ont nécessité une hospitalisation.

Dans notre étude nous avons trouvé une fréquence de 22,22% : ceci correspond aux chiffres retrouvés par ATEF [16] et DELABBARE[3].

a-2)-Anatomo-pathologie:[62]v Macroscopie:

Parfois l'aspect extérieur du fibrome nécrobiosé ne diffère pas d'un fibrome banal. Par ailleurs, la tumeur sillonnée de nombreux vaisseaux fait saillie sous la séreuse et prend une coloration rougeâtre, sa consistance est molle parfois même fluctuante. A la coupe, on peut observer un œdème localisé ou généralisé, des ilots jaunes chamois, des zones rosées plus souvent rouges violacées classiquement couleur hortensia, des cavités anfractueuses plus ou moins importantes peuvent se créer.

▼ Microscopie:

Les fibres musculaires apparaissent gonflées se colorant mal. Leurs noyaux sont altérés et vésiculaires. Elles sont entourées d'un interstitium œdémateux ou les vaisseaux apparaissent dilatés, gorgés de sang. Elles sont responsables de la couleur hortensia du fibrome. IL n'existe jamais d'infiltration leucocytaire inflammatoire.

Si la nécrobiose est totale, on ne trouve plus qu'un tissu vaguement fasciculé, avec de place en place quelques points granuleux qui sont les vestiges des noyaux.

a-3)-Bactériologie:[26]

Dans l'étude bactériologique, il s'agit d'une nécrobiose aseptique dont les prélèvements sont négatifs et les cultures stériles. La surinfection du fibrome en nécrobiose est exceptionnelle et se voit surtout dans le post-partum dans un contexte d'endométrite.

a-4)-Clinique:

La nécrobiose se manifeste dans la majorité des cas à la fin du premier trimestre ou au début du deuxième trimestre, période de la croissance du fibrome utérin [20].

Dans notre série les trois cas de nécrobiose se sont survenus à la fin du 1^{er} Trimestre et le quatrième cas survenu à 21SA, ce qui est en accord avec la littérature.

Tous les tableaux peuvent se voir depuis la forme latente où le diagnostic n'est fait que lors de l'examen anatomo-pathologique, jusqu'à la forme aigue marquée par une douleur pelvienne très intense, des signes généraux (nausées, vomissements) avec fièvre supérieure ou égale à 38°C, parfois métrorragies de sang noirâtre avec au Toucher vaginal un fibrome augmenté de volume douloureux. [29]

Elle peut se manifester par une douleur en regard du fibrome sans signes généraux; ils 'agit de la forme subaiguë. [26]

a-5)-Examens complémentaires:

▼ Biologie:[20]

Elle montre classiquement :

Une accélération de la vitesse de sédimentation et une hyperleucocytose non significative.

▼ Echographie:

Elle montre une image en cocarde avec une hyperéchogénicité centrale. Témoin de la dégénérescence et de l'infarctus [29].

a-6)-Evolution et traitement:

L'évolution est le plus souvent favorable après un traitement médical simple. [3]

Les traitements symptomatiques sont donc les seuls indiqués (repos au lit, vessie de glace, antalgique) : [29]

Dans la plupart des cas, une sédation complète où une franche amélioration est obtenue. [3,20]

ü Cependant rarement le tableau s'aggrave avec une altération importante de l'état général, imposant alors une myomectomie qui est l'intervention de choix.

[3]

ü La nécrobiose peut être à l'origine de l'interruption prématurée de la grossesse, malgré le traitement tocolytique [17].

Dans notre série, 3 cas de nécrobiose aseptique se sont améliorés sous traitement médical et la quatrième s'est compliquée d'une FCS à 11SA.



Figure- 20: pièce de myomectomie d'un myome faisant 9 cm de grand axe en nécrobiose aseptique.[62]

b)-Torsion du fibrome sous-séreux pédiculé :

Elle est rare, on note 3 types:[26]

- La torsion aiguë du fibromyome sous séreux pédiculé réalisant un véritable syndrome abdominal aigu qui se manifeste par une douleur pelvienne brutale intense, des signes d'irritation péritonéale (vomissement, nausée) arrêt des matières et des gaz. A la palpation, on trouve un abdomen douloureux sans contracture.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal trouve une masse pelvienne.

- Torsion subaigu marquée par des douleurs; des coliques accompagnées de lipothymie.
- Torsion axiale d'un utérus fibromateux au niveau d'un isthme utérin étiré rencontrée le plus souvent dans les suites de couches.

Le diagnostic différentiel avec la torsion d'un kyste de l'ovaire est parfois difficile mais dans les 2 cas, la laparotomie s'impose.

Aucun cas de torsion du fibrome sous-séreux n'a été rencontré dans notre série.

c)-Compression:

L'augmentation de la taille et le déplacement du fibrome peut être responsable de la compression des organes voisins. [29]

Les fibromes pelviens peuvent être responsables de compression :[29]

- vésicale (rétention d'urines)
- rectale (« faux besoins »)
- veineuse pelvienne, pouvant entraîner thrombose ou œdèmes des membres inférieurs, plus rarement des phlébites
- nerveuse responsable de sciatalgie, à la face postérieure de la cuisse, ou névralgie obturatrice, à la face interne de la cuisse

- urétérale : responsable d'une urétéro-hydronephrose, voire de coliques néphrétiques ou de pyélonéphrites.

Les fibromes abdominaux, quand ils sont importants peuvent donner des compressions digestives qui peuvent entraîner des occlusions du grêle [59].

Dans une étude rétrospective menée sur 80 patientes porteuses de fibromes utérins DORRA et al[14] ont retrouvé des signes de compression dans 15 cas(18,75%) responsable de signes urinaires, de faux besoins et de sciatalgies dans respectivement : 80%, 13,33% et 6,66% des cas.

Dans notre étude nous avons rencontré un seul cas de compression rectale, soit 5,5%.

d)-L'enclavement :[17]

Très rare, il est dû au myome postérieur assez volumineux, qui augmente de volume assez brutalement, qui va se bloquer dans le petit bassin, avec apparition de douleurs vives et majoration des signes de compression urinaire et rectale.

Dans ce cas il faut essayer de désenclaver le cul de sac de douglas par un toucher.

C'est l'apanage des fibromes de l'isthme.

D-INFLUENCE DU FIBROME SUR LA GROSSESSE:

L'évolution de la grossesse est en général assez simple, mais les fibromes peuvent avoir des conséquences probables sur toutes les étapes du développement fœtal. On suggère que la présence de fibrome durant la grossesse est associée à des complications anténatales dans 10 à 40 % des cas.[3]

Dans une grande cohorte rétrospective de plus de 12 000 femmes, on a estimé qu'une grossesse sur 500 avait une complication secondaire à un utérus myomateux et que 10 % des femmes avec un utérus myomateux avaient une complication obstétricale. Malheureusement, il n'y a pas eu de comparaisons faites entre les taux de complications chez les femmes porteuses et les femmes indemnes de pathologie myomateuse.[14]

1-Avortement spontané:

a)-Fréquence:

La fréquence des avortements spontanés varie dans la littérature de 13% et 25,3%. [3]

Tous les auteurs suggèrent que le fibrome utérin augmente le risque d'avortement spontané, cependant ce risque n'est pas égale pour tous les fibromes, les fibromes sous-muqueux de grande taille qui tordent la cavité utérine ont été uniformément liés aux avortements spontanés. [20]

TABLEAU-V: Pourcentage de l'avortement spontané.

Auteurs	Pourcentage(%)
ATEF [16]	13
THESE RABAT[66]	17,41
DELABARRE[3]	25,3
RADHIKA et al [95]	20
Notre série	5,5

Le diagnostic de l'association fibrome et grossesse en début de gestation n'est pas toujours fait, surtout si le fibrome est petit ce qui explique les résultats discordants.

Dans notre série, nous avons retrouvé un pourcentage d'avortements de 5,5%, le fibrome chez cette patiente était sous muqueux isthmique faisant 8 cm. On peut expliquer cette faible fréquence du fait que 80% des fibromes avaient une taille moyenne (<10cm) et que 9,5% seulement étaient sous muqueux.

Trois facteurs semblent influencer la fréquence des avortements:

- ü la localisation placentaire, ainsi le risque est plus augmenté si le fibrome est au contact du placenta.[3]

- ü Le type et la taille du fibrome :le pourcentage de menace de fausse couche est supérieur si le fibrome est gros et sous muqueux, il est deux fois plus élevé chez les patientes porteuses de myomes intramuraux (OR 1,82 ; IC 95 % [1,43–2,30]) et quatre fois plus chez les patientes porteuses de myomes sous-muqueux (OR 3,85 ; IC 95 % [1,12–13,27]).[19]

Plusieurs mécanismes ont été suggérés pour expliquer l'association entre fibrome utérin et l'avortement spontané. [20]

- ü les lésions dystrophiques de la muqueuse endométriale surtout en cas de fibrome sous-muqueux qui se projette dans la cavité utérine.[15]

- ü Les anomalies vasculaires à type de congestion par compression des veines endométriales ou d'ischémie.[94]
- ü l'absence ou la diminution de la capacité de l'utérus à augmenter de volume comme l'exige la croissance embryonnaire.
- ü l'augmentation rapide de la taille du myome utérin avec ou sans dégénération peut provoquer une augmentation de la contractilité du myomètre et/ou altérer les échanges placentaires d'oxygène conduisant par conséquent à un avortement spontané.[15]

Ces avortements surviennent volontiers tardivement vers le troisième ou quatrième mois. Ils sont souvent longs et hémorragiques.

Du fait de la mauvaise contractilité de l'utérus, le décollement de l'œuf se fait mal et incomplètement, d'où l'obligation d'intervenir.

Le curage digital est préférable au curetage qui est rendu difficile par les déformations et les recessus créés au niveau de la cavité utérine. En effet, on peut traumatiser un myome qui peut saigner à son tour et s'infecter. L'évacuation utérine devra se faire donc avec douceur et sous couvert d'antibiotique.

2-Menace d'accouchement prématurée :

Le pourcentage de menace d'accouchement prématurée varie de 7,6% pour DELABARRE [3] à 30% pour DORRA et al [14] avec un accouchement prématuré dans 1,26% à 33% des cas (tableau-VI).

TABLEAU-VI: Fréquence de menace d'accouchement prématurée et d'accouchement prématuré.

Auteurs	Accouchement prématuré%	Menace d'accouchement prématurée%
VERGANI[74]	7,6	-
RAJA[18]	-	10
DELABARRE[3]	1,26	7,6
LEE [21]	-	16,1
ATEF [16]	33	26
BANO et al[15]	-	15,3
DORRA et al[14]	8,75	30
NOTRE SERIE	0	23,52

RICE et al ont observé une augmentation de menace d'accouchement prématurée et d'accouchement prématuré chez les femmes porteuses de fibromes dont le diamètre était supérieur à 3cm (de 20 à 28% pour ceux supérieurs à 5cm),il n'y a pas d'augmentation de taux d'accouchements prématurés en cas de myomes de taille inférieurs à 3cm. [14]

La méta-analyse de Klatsky[19]retrouve un risque accru d'accouchement prématuré chez des patientes porteuses de fibromes utérins (OR 1,5 ; IC 95 % [1,3-1,7]).

Ce risque augmente aussi si le myome est de siège rétro- placentaire, sous muqueux ou au niveau de l'isthme.[20]

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la base physiologique des menaces d'accouchements prématurées en cas d'utérus myomateux :[3,15]

-Les déformations de la cavité utérine.

- Le défaut de compliance de l'utérus, entraînant une surdistension.
- L'augmentation de la contractilité utérine.
- La rupture prématurée des membranes, liée à leur fragilité par compression irrégulière de la poche des eaux pendant la contraction utérine.

Dans notre série, elle est de 23,52%, ce chiffre correspond à celui retrouvé par ATEF [16].

3- Rupture prématurée des membranes:

Comme la menace d'accouchement prématurée, il existe une association entre le fibrome utérin et le risque de rupture prématurée des membranes. CORONADO et ces collègues ont rapporté que les femmes porteuses d'un utérus myomateux ont deux fois plus le risque de présenter une rupture prématurée des membranes que les femmes indemnes de fibrome.[14]

Cette association a été confirmée par une étude rétrospective au cours duquel 7% des femmes avec un fibrome utérin ont développé une RPM contre 1% chez les femmes sans fibrome, ce risque est plus important si le myome est en contact directe avec le placenta. [20]

TABLEAU-VII: Fréquence de rupture prématurée des membranes

Auteurs	pourcentage(%)
DELABARRE[3]	5,6
ATEF[16]	17,39
DORRA et al [14]	13,75
VERGANI[74]	18
RADHIKA et al[95]	20
SARWAR et al[94]	10
Notre série	17,64

Dans notre étude la fréquence est de 17,64%, ceci correspond aux chiffres retrouvés par ATEF[16] et VERGANI[74].

4-Placenta prævia :

La présence du fibrome utérin est considérée comme un facteur favorisant de l'insertion du placenta au niveau du segment inférieur. [14,3,50]

La méta-analyse de Klatsky[19] a mis en évidence un taux significativement augmenté de placenta prævia (OR 2,3 ; IC 95 % [1,7-3,1])de même pour vergani [74] avec un Odds ratio (OR) de 3,1 et un intervalle de confiance(IC) 95%[1.4-7.2] .

Dans notre étude, nous n'avons rencontré aucun cas d'insertion basse du placenta.

5- RCIU:

Il se définit par une biométrie fœtale à l'échographie inférieure au 10^{ème} percentile (ou < 2 DS)[57].

TABLEAUX-VIII : Fréquence de retard de croissance intra-utérin.

Auteurs	Pourcentage (%)
DELABBARE[3]	6,3
VERGANI[74]	10
KLATSKY[19]	11,2
BANO et al [15]	6,1
RAJA [18]	4
LEE [21]	11,2
NOTRE SERIE	5,5

Selon Aydeniz les fibromes sous muqueux en regard de l'insertion placentaire augmente le risque de retard de croissance intra utérin (14% versus 6,6%).[14]

On peut penser que la présence d'un volumineux myome, d'un utérus polomyomateux ou sous-muqueux peut détourner le flux sanguin destiné au placenta pour s'alimenter. Toutefois, le fibrome a peu d'influence sur la croissance fœtale [55,15].

Dans notre étude nous avons retrouvé un seul cas de RCIU soit 5,5% avec un poids de naissance de 2500g à 38 SA survenant sur grossesse gémellaire, le fibrome chez la mère était interstitiel postéroofundique faisant 12/13 cm de taille.

6-Décollement du placenta:

Le fibrome peut être responsable de troubles vasculaires de l'endomètre, de la caduque et du placenta pouvant engendrer le décollement placentaire. [20,14,31]

Une analyse rétrospective de 6706 grossesses a objectivé que parmi les 93 patientes qui avaient un fibrome utérin, 14 patientes (15%) avaient un ou plusieurs fibromes rétroplacentaires, 8 (57%) ont développé un décollement placentaire provoquant une mort fœtale in utero chez 4 patientes, parmi les 79 patientes qui n'ont pas un fibrome en rétroplacentaire, seulement deux patientes (2,5%) ont présenté un décollement placentaire, donc le fibrome de siège rétroplacentaire augmente le risque de décollement placentaire. Cette étude a été critiquée par ce que l'échographie obstétricale n'a pas été régulièrement réalisée chez ces patientes [20].

La méta-analyse de Klatsky[19] met en évidence un taux significativement augmenté de décollement placentaire (OR 3,2 ; IC 95 % [2,6-4,0]) chez les patientes porteuses de myomes, notamment sous muqueux ou rétroplacentaires.

Il explique cette augmentation de fréquence en cas de myome rétroplacentaire par l'existence d'une ischémie partielle secondaire à la diminution du débit sanguin au niveau du myome et du tissu adjacent [19].

Dans notre série, aucun cas de décollement placentaire n'a été retrouvé.

E-Déroulement de l'accouchement:1-Présentations irrégulières:

Les fibromes peuvent être responsables de présentations dystociques :présentation siège, transverse, oblique, ou présentation céphalique défléchie primitive. [3]

La fréquence des présentations irrégulières varie selon les auteurs, l'étude de Coronado retrouve un risque relatif de 4 de présentation siège.[20]

Dans une étude cas témoin SENTILHES et al[82]avaient retrouvé 4 % dans la population témoin et 11 % dans la population de patientes porteuses de fibromes) .alors que dans sa série, DELABARRE[3] a retrouvé 20,5 % de présentation podalique .On a donc ici une augmentation importante des présentations dystociques, surtout en ce qui concerne les sièges car les taux de présentations transverses sont peu modifiés. Cela s'explique par un défaut d'accommodation de la présentation et d'ampliation du segment inférieur gêné par un fibrome prævia, isthmique ou encore volumineux déformant la cavité utérine [3,93].

Dans notre étude les deux cas de présentation siège (100%) étaient associés à des myomes interstitiels, ce qui correspond aux données de la littérature.

TABLEAU-IX: Présentation fœtale et utérus myomateux.

Auteurs	Siège%	Transverse%	Sommet%
ATEF [16]	13	0	67
VERGANI[74]	12	0	88
LEE[21]	13	0	87
RAJA[18]	4	0	96
BANO et al[15]	7,4	0	92,6
DELABARRE[3]	20 ,5	2,7	76,7
NOTRE SERIE	11,76	0	88,24

Pour la majorité des auteurs, la présentation dystocique la plus fréquente dans le cas d'association fibrome et grossesse est celle du siège.

Dans notre étude, nous avons retrouvé 11,76% de présentations siège ce qui est en accord avec les chiffres retrouvés par VERGANI[74]et LEE[21] .

2-Césarienne:

Tous les auteurs trouvent une fréquence élevée de la césarienne dans l'association fibrome et grossesse (tableau-X), mais dans toutes ces études le facteur évident et notable d'erreur c'est la détection du fibrome pour la première fois au cours de la césarienne. [20 ,19]

Selon KLATSKY [19] un taux plus important de césarienne est mis en évidence en cas d'utérus myomateux en perpartum (49 % versus 13 % ; OR 3,7 ; IC 95 % [3,5-3,9]) .

Selon Qidway et al. [58], le taux de césarienne en per-partum était significativement plus élevé en présence d'utérus myomateux : 49,1% contre 21,4%. Le nombre et la taille n'influeraient pas cette donnée.

Dans une étude chez les 91,67%patientes qui ont accouché par voie haute le diagnostic du fibrome était posé lors de la césarienne dans 85,24% des cas comparé à 6,43 des parturientes connues porteuses de fibrome au cours de la grossesse [86].

Ce risque élevé est probablement lié à plusieurs facteurs: la fréquence élevée des présentations irrégulières, la dystocie dynamique, le décollement placentaire et des tares surajoutées (HTA, diabète). [3]

VERGANI[74] a rapporté que le risque d'accouchement par voie haute en per-partum est significativement plus élevé chez les patientes porteuses de fibromes (26% versus 13%; $P < .001$), d'autant plus si le fibrome est situé au niveau du segment inférieur (39% versus 18%; $P < ,01$) et si sa taille est plus de 5cm (35% VERSUS17%).

TABLEAU-X: Fréquence de la césarienne.

Auteurs	pourcentage %
VERGANI[74]	26
ATEF[16]	47,8
QUIDWAY[58]	49
DELABARRE[3]	60,3
DORRA et al [14]	60
Notre série	47,05

Dans notre série 47,05% de nos patientes ont accouché par voie haute, et le diagnostic de fibrome était posé pour la première fois au cours de la césarienne chez 16,66% des cas.

la césarienne était indiquée pour des raisons liées directement aux fibromes dans 50% des cas, chiffre proche de celui retrouvé par ATEF [16].

3-Accouchement par voie basse :

La présence du fibrome est tout à fait compatible avec un accouchement par voie naturelle .Surtout si le fibrome est à localisation haute.

La fréquence d'accouchement par voie basse sur un utérus myomateux est variable selon les auteurs (TABLEAU-XI).

TABLEAU-XI: Fréquence d'accouchement par voie basse.

Auteurs	Pourcentage(%)
ATEF[16]	52,17
VERGANI[74]	74
QUIDWAY[58]	51
DELABARRE[3]	34,4
DORRA et al [14]	37,5
NOTRE SERIE	52,94

Dans toutes ces séries mentionnées dans le tableau-XI, la fréquence d'accouchement par voie basse était calculée seulement on prenant en compte les grossesses développées sur un utérus déjà connu myomateux.

Dans notre série, 15 grossesses se sont développées sur un utérus connu myomateux, 9 d'entre elles ont accouché par voie basse soit 52,94% ce qui est en accord avec le chiffre retrouvé par ATEF[16].

La dystocie peut cependant survenir [20]

les fibromes haut situés sont responsables de dystocie dynamique plus ou moins associée à une dystocie cervicale, en raison de la mauvaise qualité des contractions utérines ,et de la mauvaise diffusion de l'onde contractile à tout le corps utérin.[20]Coronado et ces collègues[3] ont rapporté un risque de 1,85 de la survenue de la dystocie dynamique sur un utérus myomateux, les ocytociques sont le plus souvent aptes à résoudre cette complication, mais en cas d'inefficacité de ce traitement ou apparition des signes de souffrance fœtale ,l'intervention s'impose.[20]

les fibromes segmentaires bas situés intra-pelviens sont responsables d'obstacle prævia empêchant l'accommodation de la présentation et gênent aussi l'ampliation du segment inférieur, cependant ils peuvent remonter en fin de grossesse ou même en début de travail.[3]

Ainsi le pronostic de l'accouchement ne pourra être donné qu'en début de travail. A ce moment-là, un myome qui reste prævia doit conduire, quelle que soit sa taille à la césarienne.[3]

Dans notre série, nous avons rencontré :

- un cas de dystocie dynamique (5,88%) qui a mal répondu aux ocytocines, et l'accouchement s'est fait par voie haute.
- deux cas d'obstacle prævia (11,7%) qui ont imposé la réalisation de la césarienne.

4-Hémorragies de la délivrance:

La délivrance peut être incomplète ou difficile, ce qui expose au risque d'hémorragies de la délivrance. [52,32]

a)-Mécanismes:

Le décollement placentaire peut se trouver gêner par l'insuffisance et l'inefficacité des contractions utérines ou par une adhérence au niveau du myome pouvant confiner au placenta accreta. Parfois le placenta va s'enchatonner derrière un myome déformant la cavité. [3]Après la délivrance on pourrait avoir des difficultés de rétraction et d'involution utérine, ces troubles doivent être corrigés rapidement par les traitements parentéraux utérotoniques. Une hémorragie de la délivrance par inertie utérine est possible, elle peut conduire à une hystérectomie d'hémostase.[32]

b)-Fréquence:

Plusieurs études retrouvent une association entre myome et hémorragie du post-partum (HPP) surtout en cas de fibrome de grande taille(>3cm), ou s'il est situé au contact du placenta [20]. Dans la méta-analyse de Klatsky [19], l'hémorragie du post-partum est la complication la plus fréquente (2,5 % en présence de fibromes versus 1,4 % en leur absence ; OR 1,8 ; IC 95 % [1,4-2,2]), Dans la série de VERGANI[74] ,les hémorragies de la délivrance ont touché 6%de la population des femmes dont l'utérus était myomateux contre 2% pour la population témoin. Les recommandations françaises concernant l'HPP ne font pas de l'utérus myomateux un cas différent de l'utérus normal. [82]

Les mesures de prévention habituelles de l'HPP sont donc recommandées quelle que soit la voie d'accouchement.

Dans notre série, nous avons rencontré un seul cas d'hémorragie de la délivrance, soit 5,8%, survenue chez une patiente porteuse d'un utérus polomyomateux avec un fibrome fundique type2 mesurant 10/8cm et l'autre isthmique type4 mesurant 8/4cm découvert lors de la césarienne indiquée pour RPM>24 h avec bishop défavorable.

L'évolution a été marquée par l'arrêt du saignement sous perfusion d'ocytocine seul.

F- Complications des suites de couches:

Dans la majorité des cas, on assiste à une involution du fibrome.[14]

Cette évolution était confirmée par l'étude échographique de DORRA et al [14] qui ont retrouvé une régression de la taille des fibromes dans 60% des cas en postpartum.

Dans notre étude on n'a pas pu suivre l'évolution de la taille des fibromes après l'accouchement.

Même si dans la majorité des cas, les suites de couches se déroulent normalement, des complications peuvent survenir, les risques infectieux et thromboemboliques sont pour MONNIER et EXACOUSTOUS nettement augmentés. (4% versus 0,4%)[3]

1-Nécrobiose aseptique:[14]

Bien qu'elle survienne préférentiellement au cours de la grossesse, elle peut se produire parfois dans le post-partum. Elle se manifeste souvent sur le mode subaiguë.

Son traitement est avant tout médical selon les mêmes modalités qu'au cours de la grossesse (repos au lit, traitement antispasmodiques et antalgiques).

2-Infection:

Elle peut revêtir deux formes:

a)-Endométrite:[40]

§ Facteurs favorisants : rupture prématurée des membranes, accouchement dystocique, manœuvres endo-utérines (délivrance artificielle, révision utérine), chorioamniotite, rétention placentaire.

§ Début : souvent précoce, 3 à 5 jours après l'accouchement.

§ Signes d'appels : fièvre modérée à 38 °C, douleurs pelviennes peu intenses, lochies abondantes et malodorantes (fétides), parfois hémorragiques.

§ Examen clinique : utérus mal involué avec stagnation de la hauteur utérine, col béant, douleur à la mobilisation utérine, lochies abondantes et malodorantes.

§ Examens complémentaires :

- NFS, CRP, hémocultures si $T^{\circ} > 38,5$, ECBU,
- échographie à la recherche d'une rétention placentaire (facteur favorisant),
- examen bactériologique vaginal dont le but est surtout d'identifier le germe en cause pour adapter si besoin le traitement antibiotique.

§ Prise en charge :

- hospitalisation habituelle,
- antibiothérapie à large spectre de première intention sans attendre les résultats bactériologiques. Elle est intraveineuse au début avec un relais per os après normalisation de la température, adaptée secondairement aux résultats de l'ECB vaginal. La durée optimale du traitement est de 5 à 10 jours :
- discuter un traitement anticoagulant préventif, surtout en cas de mauvais terrain veineux,
- pas d'argument pour prescrire systématiquement des utérotoniques dans le but de favoriser la rétraction utérine (oxytocine, dérivés de l'ergot de seigle type méthylergométrine),
- surveiller : température, hauteur, tonicité et sensibilité de l'utérus, aspect des lochies. Rechercher une complication thrombo-embolique.
- en l'absence d'allaitement maternel : association clindamycine (900 mg 3 ×/jour) et gentamycine (1,5 mg/kg 3 ×/jour) par voie intraveineuse,
- en cas d'allaitement maternel, l'antibiotique doit être compatible (absence de risque chez l'enfant) et comporte : soit une céphalosporine de 3e génération (type ceftriaxone, 1 g/jour par voie IM ou IV associé ou non à du métronidazole 2 × 500 mg/j), soit une pénicilline combinée à un inhibiteur des β -lactamases (type amoxicilline + acide clavulanique, 3 à 4 g/jour),

§ Évolution : elle est en général rapidement favorable sous traitement adapté mais parfois, elle pourra être le point de départ de l'infection du myome nécrobiosé : c'est la nécrobiose septique

b)-Nécrobiose septique:

IMEN [96] et ATEF [16] rapportent un cas et DELABARRE[3] rapporte deux cas.

A chaque fois, la contamination a pour origine une endométrite. Le même germe, respectivement bacteroides fragilis, proteus et bacteroides bivirus, a été retrouvé aux hémocultures et au niveau du myome.

Une antibiothérapie à large spectre associée à des ocytociques et aux antalgiques permet souvent d'éviter une hystérectomie de propreté. [3]

3- Les accidents thromboemboliques:

Ils sont favorisés par:[20,3,10]

-L'âge.

-L'anémie.

-L'infection.

-Les manœuvres obstétricales et les interventions éventuelles.

Dans notre série, nous n'avons rencontré aucun cas.

4-Torsion du fibrome sous -séreux pédiculé:

Elle est très rare, favorisée par l'involution utérine [3].

5-Expulsion spontanée d'un fibrome sous-muqueux pédiculé:

Elle survient habituellement dans les premières heures ou les premiers jours du postpartum, exceptionnellement deux ou trois mois après l'accouchement.

Le tableau clinique est celui d'une rétention placentaire avec métrorragies, douleurs à type de coliques expulsives, fièvre, gros utérus mou, douloureux et col ouvert. [3]

G- Etude du nouveau-né:

Le pronostic est satisfaisant lorsque la grossesse est menée à terme. Mais il reste réservé en raison des risques d'accouchements prématurés, spontanés ou secondaires à la myomectomie. [20]

1-Mortalité périnatale:

La mortalité est comparable à celle de la population générale, elle varie entre 1,95% et 4,3%[14] .

L'association fibrome et grossesse ne semble pas influencer la mortalité périnatale.[3]

Dans notre étude nous n'avons rencontré aucun cas de mort fœtale.

2-morbidité:

a)-Etat de l'enfant a la naissance:

Plusieurs études ont comparé le score d'Apgar à 5minutes chez des parturientes connues porteuses des fibromes utérins et d'autres indemnes, la plupart de ces études n'ont pas trouvé de différence significative entre les deux groupes.[3,14]

Dans notre étude, les indices d'Apgar sont à 10/10 dans 100% des cas à 5minutes.

b)-Malformations fœtales:

Il existe une association entre le fibrome utérin et les malformations fœtales selon la majorité des auteurs [3,14], Au cours de la 5ème journée de Médecine Foetale [37], il a été dit que les fibromes, par compression, pouvaient être responsable d'une hypomobilité foetale, risquant d'entraîner des anomalies touchant les membres et les extrémités, telles une extension complète et constante des membres inférieurs, des articulations fixées, des malpositions des pieds, des mains voire des doigts.

Selon un argumentaire de l'HAS [38], les pathologies congénitales du pied représentent entre 1 et 6,7% des naissances selon les auteurs. Par pathologies congénitales, cet argumentaire entend : le pied calcanéus (parfois dénommé pied talus), le pied supinatus (parfois dénommé pied varus), le pied métatarsus varus (parfois dénommé métatarsus adductus), le pied bot varus équin, et le pied convexe (ces deux dernières font partie des déformations les plus rares soit 1 à 2 pour 1000 naissances).

Parmi les causes possibles à ces anomalies sont[3] :

- un volumineux fibrome sous-séreux (de plus de 10 cm), ou
- gros ou volumineux myome isthmique ou prævia, ou
- volumineux myome sous-muqueux déformant la cavité utérine, ou
- utérus polymyomateux avec de gros myomes.

Dans notre série, nous n'avons révélé aucun cas de malformation.

En conclusion, le pronostic fœtal, en dehors d'une pathologie surajoutée ou d'une trop grande prématurité, n'est pas aggravé par la présence du fibrome. Mais le risque de malformation est réel.

TROISIEME PARTIE :

CONDUITE A TENIR

A travers cette étude nous avons essayé de dégager une ligne de conduite pratique devant l'association fibrome et grossesse.

I-ATTITUDE AVANT LA GROSSESSE:

1-TRAITEMENT MEDICAL:[17]

a)-A visée anti-hémorragique :

Ø Les progestatifs ne doivent plus être utilisés. Ils visent à minimiser les saignements liés à l'hyperœstrogénie relative en compensant l'insuffisance lutéale, mais ne peuvent réduire le volume des fibromes. Leur effet est plutôt de favoriser la croissance de ces derniers.

Ø Le DIU au lévonorgestrel ou Miréna® est le seul stérilet contenant un progestatif pouvant être utilisé en l'absence de myome sous-muqueux.

Ø L'acide tranexamique (Exacyl®, Spotof®), antifibrinolytique, prescrit pendant les règles, peut également être utilisé de même que les AINS, en particulier l'acide méfénamique (Ponstyl®).

b)-Traitement pré chirurgical

En cas de volume jugé trop important et/ou d'anémie sévère, la prescription d'agonistes de la Gn-RH peut être indiquée dans un but exclusivement pré opératoire 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.

De la même manière il est désormais possible d'utiliser l'ulipristal (Esmya®) avec 1 cp par jour pour 3 mois de traitement qui permet d'obtenir une aménorrhée plus rapidement qu'avec les analogues, avec une diminution de taille du myome possible même si un peu moins importante.

2-TRAITEMENT CHIRURGICAL:

Une myomectomie chez une jeune femme porteuse de fibrome utérin peut être indiquée avant la grossesse dans quelque cas. L'indication doit être posée avec discernement, car la morbidité d'une myomectomie par laparotomie n'est pas négligeable et les adhérences postopératoires peuvent être, à elles seules, source de stérilité. [50]

a)-Indication de myomectomie avant la grossesse:

Dans la littérature la myomectomie prophylactique n'est pas systématiquement recommandée chez toutes les femmes qui ont présenté des fausses couches spontanées à répétition ou des complications au cours des grossesses antérieures probablement liées au fibrome utérin, en général les auteurs suggèrent que les fibromes volumineux de siège sous muqueux ou rétroplacentaire sont les plus responsables des complications au cours de la grossesse. Cependant il est difficile même impossible de prévoir le développement de ces fibromes au cours de la grossesse ou le siège de l'insertion placentaire. Ainsi la décision de la myomectomie prophylactique doit être individualisée en fonction de l'âge de la patiente, la parité, la taille du fibrome et sa localisation au niveau du corps utérin.[20]

Les indications chirurgicales restent basées sur des données « empiriques », mais relativement consensuelles après échec des traitements médicaux et parfois précédées par les analogues pour réduire la taille et corriger le retentissement des myomes :[17,89]

§ utérus myomateux associé à des ménométrorragies 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.

§ Infertilité .

b)-Efficacité de la myomectomie:

La myomectomie prophylactique semble améliorée de façon considérable le taux de grossesse chez les femmes porteuses du fibrome utérin, et qui présentaient une infertilité, surtout si aucune autre cause d'infertilité n'a été identifiée.

[51,46,30]

- Pour les myomes sous muqueux :le taux global de grossesses après myomectomie par voie hystéroscopique varie de 17 à 77% avec un taux moyen de 45%.[51]Dans un essai contrôlé randomisé de Casini et al[92] en 2007 comparant la fertilité pour 181 patientes porteuses de myomes sous muqueux(chirurgie versus abstention) , à 1an de randomisation la myomectomie par hystéroscopie(associée ou non à une myomectomie par laparotomie) était associée à un taux de grossesse doublé par rapport à l'abstention chirurgicale(RR=1,9[1,0-3,7]), dans un autre essai randomisé de shokeir et al[93] en 2010, les taux de grossesses spontanées après chirurgie par hystéroscopie en comparaison avec le groupe de patientes avec un myome sous muqueux non opéré sont :57,9% versus 33,3% pour les myomes type 0 et35,7% versus 17,2% pour les myomes type 1 , pour le myome type2 la myomectomie est sans effet sur le taux de grossesse[51].
- Pour les myomes intra muraux et sous séreux : le taux de grossesse après myomectomie n'est pas significative.[51]

Dans la méta analyse de Pritts et al[90]le traitement chirurgical des myomes intra muraux en conception spontanée n'a pas montré de bénéfice sur la fertilité. [51]Dans l'essai contrôlé de casini et al[92]comparant le taux de grossesse chez les patientes infertiles après myomectomie par laparotomie (myome intra muraux seul ou association avec myome sous séreux)versus patientes infertiles avec un myome mais non opéré, l'étude ne retrouve pas d'amélioration significative après myomectomie par laparotomie pour les myomes intramuraux purs ou pour les myomes sous séreux. Dans la méta analyse de la cochrane de 2007 par Griffiths et al [91] comparant myomectomie par voie coelioscopique à la voie laparotomique, les auteurs de la cochrane concluaient à l'absence de supériorité de la myomectomie par coelioscopie ou laparotomie chez une patiente infertile, et l'absence de bénéfice sur les paramètres de fertilité.

Les conséquences de la myomectomie ne sont pas anodines et c'est bien pour cela qu'il faut retenir des indications reconnues. [53]

La cicatrice utérine peut être responsable d'une anomalie de l'insertion placentaire et cause de rupture utérine (taux à peu près estimé à 1%.[4]Une revue de la littérature réalisée par Nahum et Pham[6] et décrite par Landon dans son article de synthèse [5] retrouvait un taux de rupture utérine globale de 0,7 % après myomectomie. Dans cette étude, ce taux était de 1,7 % chez 179 patientes avec antécédent de myomectomie laparotomique versus 0,49 % chez 822 patientes après myomectomie par coelioscopie.

Kelly et al. [7] rapportent dans une étude rétrospective portant sur 92 cas de grossesses survenues après myomectomie réalisée par laparotomie. Cinquante-quatre essais de voie basse étaient réalisés avec 45 accouchements par voie vaginale ; aucun cas de rupture utérine n'a été observé. Le seul cas de rupture utérine décrit dans cette série était survenu à 36 SA après myomectomie laparoscopique.

Avec la généralisation de la myomectomie par voie coelioscopique, plusieurs études portant sur un faible nombre de cas ont été publiées. Elles sont rétrospectives et de faible niveau de preuve. La plupart des auteurs de ces courtes séries ne rapportent pas de cas de rupture utérine. [4]

Une étude multicentrique italienne portant sur 386 grossesses après myomectomies coelioscopiques rapporte 1 cas de rupture utérine survenu à 33 SA (0,26 %).[42]

Néanmoins, plusieurs observations de ruptures utérines spontanées pendant la grossesse ou pendant le travail ont été rapportées depuis une vingtaine d'années après la réalisation de myomectomie par voie coelioscopique. Une revue récente des cas rapportés dans la littérature rapporte 19 ruptures utérines après coelioscopie [8]. Il est intéressant de noter à propos de ces cas que la plupart survenait en dehors du travail et que 15 cas sur 19 étaient observés avant 36 SA(médiane 29 SA).

Les RPC (recommandations pour la pratique clinique) de 2011 sur la prise en charge des myomes [51, 10] concluent à un risque de rupture utérine après myomectomie par voie haute faible, inférieur à 1 %. Les facteurs de risque pouvant influencer la survenue d'une telle rupture sont difficiles à identifier. Les RPC suggèrent de limiter le nombre et la taille des sutures, l'utilisation de l'électrocoagulation et une fermeture de la loge de résection en deux plans semble souhaitable. L'impact du délai entre la chirurgie et la survenue d'une grossesse n'a cependant pas été étudié. Une étude française [4] rapporte pour 106 myomectomies un délai de conception de 7,6 +/- 2,6mois en cas de laparoscopie et de 15,1 +/- 2,4 mois après laparotomie ;l'étude ne rapporte aucun cas de rupture utérine.

Landi et al [4] rapportent 76 cas de grossesse après myomectomie coelioscopique. Trente une patientes avaient accouché par voie basse et 26 par césarienne. Le délai de conception était de moins d'un an chez 82 %des opérées et

de moins de 6 mois chez 55 %. Aucun cas de rupture utérine n'était observé. Enfin, une observation décrit un cas de rupture utérine spontanée lors d'une grossesse 8 ans après une myomectomie coelioscopique.[4]

Il paraît donc impossible de connaître l'impact du délai entre l'intervention et la grossesse sur le risque de rupture utérine et il n'existe aucun argument objectif pour recommander un délai particulier à ces patientes avant de pouvoir envisager une grossesse.

Dans la série de Seracchioli [41] qui compare myomectomie par laparoscopie et myomectomie par laparotomie, aucune rupture utérine n'est retrouvée. Il n'y avait pas non plus de différence significative entre le pourcentage d'accouchements par césarienne (65% versus 78%).

Après résection chirurgicale, un contrôle hystéroscopique en consultation, à 2 mois, est souhaitable afin de diagnostiquer et traiter les synéchies utérines postopératoires toujours possibles (30% par coelioscopie, 90% par laparotomie).[4]

Après myomectomie, les récurrences des myomes sont possibles avec un pourcentage de 15 à 30%.[24]

Au total, la décision thérapeutique doit être prise en fonction du bilan des fibromes qui doit être complet avec : [29]

- Une analyse des symptômes.
- Un examen clinique détaillé.
- Une échographie abdominale, et par voie endovaginale pour évaluer le nombre, la taille et la situation des myomes par rapport à l'anatomie de l'utérus et par rapport à la cavité utérine.
- L'IRM : l'examen de seconde intention lorsque l'échographie est insuffisante, ou devant toute masse de plus de 10 cm ou tous fibromes en nombre supérieur à 5, et devant toutes masses complexes ou indéterminées échographiquement.il

permet de caractériser le siège, le nombre, la taille et la transformation du fibrome, et représente l'examen le plus efficace pour la cartographie exacte des fibromes. Elle peut également permettre le diagnostic différentiel avec l'adénomyose et les masses annexielles.

- L'hystérocopie diagnostique (ambulatoire dans un premier temps) permet de contrôler la cavité utérine. Indiquée en cas de fibrome symptomatique à développement intra cavitare, sous muqueux, voire interstitiel ou en cas de fibrome asymptomatique et désir de grossesse.[13]

La conduite à tenir est fondée sur les résultats du bilan. L'abstention se justifie pour les petits fibromes (moins de 3 cm) asymptomatiques intra muraux ou sous séreux.

II-ATTITUDE PENDANT LA GROSSESSE:

Dans la majorité des cas, au cours de la grossesse, le fibrome reste asymptomatique, seule une surveillance attentive s'impose et ceci d'autant plus que la patiente porteuse d'un fibrome devient enceinte souvent tardivement, avec difficulté et de ce fait la grossesse longtemps désirée et particulièrement précieuse.

Plusieurs auteurs l'ont classé parmi les grossesses à risque. [14]

Les moyens thérapeutiques médicaux seront utilisés au maximum pour traiter les complications survenant au cours de la grossesse. [3]

1 - TRAITEMENTS MEDICAUX :

a) - Menace de fausse couche:

Le traitement fait appel :

- ü Au repos.
- ü Aux antibiotiques.
- ü Aux antispasmodiques.
- ü Plus au moins la progestérone.

b) Menace d'accouchement prématurée:[49]

Elle est prévenue par :

- ü repos accru
- ü plus ou moins le cerclage du col

Une fois déclarée, elle est traitée par :

- ü Le repos au lit.
- ü Une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme sera prescrite uniquement si une infection est diagnostiquée.
- ü En cas de rupture des membranes l'antibiothérapie est systématique sous forme d'un court traitement (amoxicilline pendant 48 h).

ü Tocolyse pendant 48 h :

- inhibiteurs calciques pas d'AMM,
- antagoniste de l'ocytocine AMM+.

ü Entre 24 et 34 SA : corticothérapie anténatale par bêtaméthasone 12 mg/j pendant 2 jours en intramusculaire ou dexaméthasone.

ü Antipyrétique.

ü Prévention de l'allo-immunisation Rhésus par gammaglobulines anti-D dans les 72 h si Rhésus négatif.

ü Prévention des complications de décubitus

c)-Nécrobiose aseptique: [29]

Le traitement médical doit être toujours utilisé dans un premier temps :

ü par le repos au lit.

ü par vessie de glace.

ü Hydratation.

ü contrôle de la douleur par un antalgique standard (paracétamol), au besoin on pourrait utiliser des antalgiques d'action centrale. [20] Qui permettent de soulager la femme pendant l'épisode d'ischémie aigue.

Ces moyens médicaux éviteront dans la majorité des cas le recours à la chirurgie.

2- TRAITEMENT CHIRURGICAL:

- Indication de la laparotomie:

Une laparotomie doit être proposée devant un abdomen chirurgical évoquant une torsion d'organe. [14]

- Indication de la myomectomie au cours de la grossesse:

L'abstention doit être la règle durant la grossesse .Toute intervention fragilise l'utérus et risque de provoquer une fausse couche .L'indication se discute en cas de complications graves. Elle posera moins de problèmes si elle est réalisée au cours du premier ou deuxième trimestre. [56]

Dans la littérature plusieurs cas de prise en charge chirurgicale au cours de la grossesse ont été rapportés, toutes réalisées une fois le premier trimestre révolu [68,56,45].

Les patientes sélectionnées présentaient toutes un syndrome douloureux abdominal sévère [82]. Quinze ont bénéficié d'une myomectomie par laparotomie couronnées de succès, excepté pour une où la grossesse s'est soldée par un avortement spontané. Un seul cas de myomectomie par coelioscopie est rapporté pour un fibrome de 5 cm [82].

L'intervention s'est compliquée d'une nécrose septique myométriale, mettant à nu le sac amniotique sur 5 cm et responsable secondairement d'un placenta accreta diagnostiqué au cours de la césarienne programmée à 37 SA. Cette complication est imputée à la section du pédicule par un courant monopolaire, dont la diffusion est augmentée par le CO₂, mais aussi par la distension et l'augmentation de la vascularisation utérine pendant la grossesse.

L'utilisation d'un courant bipolaire pourrait être une alternative pour pratiquer une myomectomie coelioscopique au cours de la grossesse. Cependant, dans la majorité des cas où est posée l'indication opératoire, les fibromes sont volumineux,

occupant la quasi totalité de la cavité abdominale. Le site opératoire est difficilement accessible par voie coelioscopique. Le recours à la morcellation du myome pour l'extraire de l'abdomen s'impose, allongeant le temps opératoire et augmentant le risque de complications maternofoetales.[56]

Bien que longtemps contre-indiquée, la chirurgie coelioscopique reste, néanmoins, une technique de choix dans la prise en charge des pathologies appendiculaires, vésiculaires et annexielles au cours de la grossesse [69]. Son intérêt dans le traitement des fibromes au cours de la grossesse reste discutable.

Le risque de fausse couche après myomectomie est variable selon les auteurs.

Dans une étude menée par Mollica et ses collègues ou ils ont comparé le taux de fausse couche et d'accouchement prématuré chez des patientes porteuses du fibrome utérin, et qui ont présenté un tableau de nécrobiose aseptique, chez un groupe de ces patientes le traitement était seulement médical, chez le reste la myomectomie était nécessaire. Ils ont constaté que chez les patientes traitées chirurgicalement aucune fausse couche n'a été signalée alors que dans l'autre groupe 13,6% des patientes avaient une fausse couche, le taux d'accouchement prématuré était significativement plus élevé chez les patientes non opérées (22,7%versus 5,6%), alors que le taux de césarienne était très élevé chez les patientes myomectomisées (93,7%versus 34%).[56]

D'après ces données la réalisation de la myomectomie au cours de la grossesse n'expose pas la patiente au risque de fausse couche ou d'accouchement prématuré, mais la plupart de ces études ont concerné un nombre limité des patientes et n'avaient pas des résultats statistiques satisfaisants pour tirer une conclusion définitive.

Donc, il est préférable que la myomectomie ne soit réalisée au cours de la grossesse qu'en cas d'indication bien précise. [56]

Les seules indications formelles sont:

∅ la torsion d'un fibrome sous- séreux pédiculé, il s'agit de l'indication la plus rare. Elle se pose en urgence devant un tableau aigu.

∅ la nécrobiose aseptique résistante au traitement médical.

Dans notre série aucune myomectomie au cours de la grossesse n'a été effectuée, les trois cas de nécrobiose recensés se sont bien évolués sous traitement médical et le quatrième cas s'est compliqué d'une FCS à 11SA.

III- ATTITUDE PENDANT LE TRAVAIL:

1-Accouchement par voie basse:

Le travail devra être le plus souvent dirigé en corrigeant les troubles de la contractilité utérine, l'aide instrumentale n'est pas systématique. [3]

En cas de fibrome du segment inférieur, on attendra la dilatation pour affirmer la situation praevia et prendre une décision de césarienne. En effet, au cours de dilatation un fibrome bas situé peut remonter spontanément et ainsi ne plus faire obstacle à l'accommodation ou à l'engagement. [3]

Si une myomectomie a été réalisée pendant la grossesse, sans atteinte profonde du muscle utérin, avec des suites simples, l'accouchement par voie basse est possible.[3]

On surveillera tout particulièrement le travail par une tocographie interne et cardiotocographie en évitant l'utilisation d'ocytociques.

L'extraction instrumentale est conseillée. la révision utérine est systématique, permettant d'apprécier la qualité de la cicatrice. [20]

2-césarienne:

La décision d'une césarienne n'est prise qu'en dernier recours, du fait des difficultés techniques et hémorragiques qu'elle peut poser.[3]

L'incision type Pfannenstiel est le plus souvent utilisable mais pour permettre d'intervenir aisément en cas de complication, la voie d'abord abdominale choisie peut être une incision transversale ou médiane sous ombilicale. L'hystérotomie est au mieux transversale segmentaire, mais toutes les variantes restent possibles (verticale segmentocorporeale ou corporeale, voie transversale corporeale ou atypique); la meilleure incision choisie sera en fonction du lieu d'implantation des fibromes et de la zone d'insertion du placenta. la délivrance est manuelle sous couvert d'une perfusion d'utérotoniques dès le clampage du cordon.[51]

a)-Place de la myomectomie per-césarienne :▼ Indications actuelles[51]

La myomectomie pour complication obstétricale, saignement, nécrobiose ou menace d'accouchement prématuré n'est actuellement pas recommandée pendant la grossesse [51,75]. Néanmoins, elle garde une indication en cas de torsion de myome sous-séreux pédiculé symptomatique, en évitant les courants de section monopolaire. La voie d'abord chirurgicale sera alors décidée en fonction du terme de la grossesse, et donc du volume utérin, ainsi que de la taille du myome [76]. La myomectomie en cours de césarienne n'est pas contre-indiquée, si la myomectomie est justifiée ou nécessaire [51]. En pratique, l'hystérotomie sera faite, dans la mesure du possible, là où il n'y a pas de fibrome et évitera une incision transmyomateuse. Le segment inférieur est le plus souvent dénué de fibrome. Dans le cas où un fibrome empêcherait une hystérotomie segmentaire transversale, une incision segmentocorporéale ou corporéale peut être pratiquée même si aucune donnée ne permet de recommander une modification du trajet de l'hystérotomie en cas de myome prævia afin de diminuer le risque hémorragique. La position du placenta doit également être prise en compte dans le choix de l'incision[77].

▼ Conséquences à court terme de la myomectomie per-césarienne :[50]

La principale complication redoutée à court terme de la myomectomie per-césarienne est l'hémorragie. Song et al. Se sont intéressés dans une méta-analyse publiée en 2013 au devenir à court terme des femmes subissant une myomectomie en per-césarienne versus césarienne seule[72]. Neuf études ont été retenues, deux prospectives (non randomisées) et sept rétrospectives, permettant l'analyse de 1082 patientes, dont 443 dans le groupe myomectomie per-césarienne et 639 dans le groupe césarienne seule. Les auteurs ne détaillent pas comment les patientes ont été réparties dans les deux groupes mais aucune des études retenues n'est

randomisée, introduisant un biais certain d'indication. Les myomes retirés étaient de grandes tailles (> 3 cm) et de plusieurs types dans la plupart des études sans que soient détaillé l'exhaustivité de l'intervention et le nombre d'hystérotomies. Le taux d'hémoglobine postopératoire entre les deux groupes n'est pas statistiquement différent, tout comme les pertes sanguines, le taux d'hémorragie, la survenue d'une fièvre, la durée de l'intervention et d'hospitalisation. Aucun cas d'hystérectomie n'a été recensé.

La plupart des études incluses a utilisé en prévention de l'hémorragie un protocole à base d'ocytocine non détaillé. La taille et la localisation des myomes n'ont pas été rapportées. Cette méta-analyse suggère donc l'absence de sur-morbidité induite par la myomectomie per-césarienne[72]. Cependant, du fait des limites méthodologiques des études incluses dans cette méta-analyse (études rétrospectives essentiellement, aucune information sur l'indication de réalisation ou non d'une myomectomie per-césarienne), il est impossible d'affirmer l'absence de différence pour la morbidité maternelle entre ces deux prises en charge sur les seuls résultats de cette étude. L'étude cas-témoin de Li et al. ont comparé, rétrospectivement, 1242 femmes enceintes, porteuses de myomes et traitées par myomectomie au cours de césarienne à trois groupes contrôlés, dont 200 femmes ayant bénéficié d'une césarienne, sans myome (groupe A), 145 femmes porteuses de myomes et ayant bénéficié d'une césarienne sans myomectomie (groupe B) et 51 femmes porteuses de myomes et ayant bénéficié d'une hystérectomie en cours de césarienne (groupe C)[73]. Parmi les 1438 patientes porteuses de myomes et ayant accouché par césarienne, 883 ont subi une césarienne avec comme seule indication l'uterus myomateux. Les autres indications étaient d'après les auteurs une rupture prématurée des membranes (n = 39), une présentation dystocique (n = 102), une anomalie de la clarté nucale (n = 56), une pré-éclampsie ou une hypertension

artérielle gravidique (n = 48), un retard de croissance intra-utérin (n = 29), un diabète gestationnel (n = 24), un oligo-amnios (n = 18) et d'autres raisons non données pour les 239 autres patientes. Le nombre moyen de myomes observés était de trois dans le groupe myomectomie, un dans le groupe B et quatre dans le groupe C. Un tiers des myomes du groupe myomectomie était intramural, un tiers sous-séreux et un tiers multi sites avec une répartition hétérogène sur l'utérus. Dans le groupe B, 80 % des myomes étaient intra muraux avec une majorité en situation cornuale. Dans le groupe C, 84 % des myomes étaient multi sites. Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre le groupe myomectomisé et le groupe témoins concernant le taux d'hémoglobine pré - et postopératoire, la survenue d'une hémorragie ou d'une fièvre en postopératoire, et la durée d'hospitalisation. Seul le temps opératoire était significativement moins long pour les groupes A et B (40 min et 42 min respectivement versus 83 min, $p < 0,01$)[73]. Cette étude rétrospective présente néanmoins d'importants biais d'indication et de sélection. Elle a été menée dans un hôpital chinois dont le taux de césarienne est bien plus élevé qu'en France (47,3 % contre 21 % en France en 2010)[71-73]. La question du choix du protocole de prévention de l'hémorragie du post-partum peut également se poser dans l'analyse de ces études pour expliquer leurs résultats. Toutes utilisent le plus souvent de fortes doses d'ocytocine[72-73]. Une revue de la Cochrane de 2014 sur la prévention de l'hémorragie en cas de myomectomie chez des patientes non gravides, basée sur 18 études, montre le bénéfice du misoprostol en intravaginal et de la vasopressine dans cette indication[78]. D'autres traitements ont été évalués tels que l'utilisation d'antifibrinolytiques, de matrice de gélatine-thrombine, de bupivacaine et ont montré une efficacité en dehors de la grossesse. Aucun de ces traitements n'est utilisé en pratique courante dans la prévention de l'HPP et aucun n'a fait l'objet

d'études dans le cadre d'une myomectomie en cours de grossesse ou de césarienne. Si une myomectomie est réalisée en cours de césarienne, il semble donc légitime d'utiliser l'ocytocine, traitement de première intention curatif et préventif de l'HPP recommandé par les sociétés savantes[82]. Aucune donnée n'est disponible concernant l'utilisation de la carbetocine dans le cas d'une myomectomie per-césarienne. Certains auteurs ont proposé la réalisation de ligatures vasculaires en cas de myomectomie per césarienne[79 -80-81]. Desai et al rapportent les cas de neuf patientes porteuses de myomes et ayant bénéficié d'une césarienne pour cause obstétricale à qui il a été proposé de réaliser de manière concomitante une myomectomie et une ligature des artères utérines à visée prophylactique[79]. Le nombre des myomes retirés n'est pas précisé par les auteurs mais la plupart était des myomes intra muraux et sous-séreux localisés pour deux d'entre eux sur le segment inférieur ou la région cervicale. Les saignements peropératoire dans les 24 heures suivant l'intervention étaient estimés à 430_97,5 ml. Une patiente a perdu plus de 500 ml (640 ml) de sang nécessitant une transfusion. Le taux d'hémoglobine moyen postopératoire était compris entre 11,32 et 10,2 g/dL.

▼ Conséquences à long terme de la myomectomie per-césarienne [50]

La myomectomie par laparotomie et a fortiori per-césarienne est, comme toute intervention chirurgicale, pourvoyeuse de complications à long terme. C'est une intervention à haut risque d'adhérences postopératoires pouvant altérer la fertilité des patientes. Le risque adhérentiel en cas de myomectomie par laparotomie hors grossesse est estimé autour de 90 % dans plusieurs séries[70]. La revue de la Cochrane 2015 portant sur 18 études évaluant les barrières antiadhérentielles en chirurgie gynécologique (dont 8 études après cœlioscopie, 10 études après laparotomie et 6 études après myomectomie) met en évidence une baisse significative des adhérences postopératoires en cas d'utilisation de 3 produits

: la cellulose régénérée oxydée (Interceed), le polytetrafluoroéthylène (Goretex) et l'association hyaluronate de sodium-carboxyméthylcellulose (Septrafilm). Toutefois, les données sont encore insuffisantes pour conclure à une amélioration, grâce aux barrières antiadhérentielles, du pronostic de ces patientes en termes de fertilité et de grossesse[83]. Des cas de rupture utérine après myomectomie par laparotomie ont été décrits[84], bien que cet événement reste rare. Aucun n'a été décrit après myomectomie per-césarienne. Aucune donnée n'est disponible sur le délai à respecter entre l'intervention chirurgicale et le début d'une prochaine grossesse pour prévenir ce risque. La réalisation d'une myomectomie associée à une césarienne, si le fibrome ne se trouve pas sur le trajet de l'hystérotomie, conduit à l'état d'utérus bi cicatriciel avec les risques de rupture utérine et de placenta accreta que cela implique pour une prochaine grossesse. L'accouchement par voie basse n'est actuellement pas contre-indiqué dans ce cas mais les obstétriciens sont invités à la plus grande prudence[85]. Une étude de cohorte africaine [54] a suivi le devenir de trois des 25 patientes incluses et ayant bénéficié d'une myomectomie per-césarienne, lors d'une prochaine grossesse deux ont accouché par voie basse à 37 et 38 SA sans utilisation d'utérotonique. Une patiente avait deux cicatrices sur la face antérieure de l'utérus, l'autre trois. La troisième patiente a subi une césarienne itérative en raison d'un antécédent de deux césariennes, l'une classique et l'autre associée à une myomectomie. Les auteurs ne précisent pas s'il y a eu ou non des complications postopératoires. Les données sur les conséquences à long terme d'une myomectomie per-césarienne sont donc pauvres. Aucune étude n'a jusqu'à présent comparé à long terme le devenir des patientes ayant subi une myomectomie per-césarienne versus césarienne seule, ne nous permettant pas de savoir quels sont les risques ultérieurs en cas de myomectomie per-césarienne (placenta prævia, rupture prématurée des membranes, prématurité) ou au contraire en cas de

césarienne sans myomectomie (douleur utérine, nécrobiose, présentation dystocique, prématurité).

Dans notre série une seule myomectomie a été réalisée au cours de la césarienne indiquée pour dystocie dynamique à 37SA+6 jours chez une patiente âgée de 24 ans connue porteuse d'un fibrome sous séreux fundique type 5 faisant 11cm de taille.

IV- CONDUITE A TENIR AU COURS DE LA DELIVRANCE:[52,32]

La surveillance de la délivrance sera particulièrement attentive lorsqu'on a la notion d'utérus fibromateux.

Une délivrance dirigée ou une délivrance manuelle avec respect des règles d'asepsie plus révision utérine prévient le risque d'hémorragie de la délivrance.

En cas d'hémorragie de la délivrance soit par hypo-ou atonie utérine, la conduite serait :

1-Réanimation:

Elle est absolument fondamentale. Elle s'organise autour de trois types de mesures:

Prise en charge et surveillance de la parturiente :

- Monitoring cardiorespiratoire et de la pression artérielle,
- Deux voies veineuses de gros calibre,
- Fiche de surveillance rapprochée,
- Quantification très stricte de l'hémorragie,
- Réalisation d'un bilan biologique comprenant le groupe sanguin phénotypé,

hémogramme, agglutinines irrégulières et coagulation complète.

- Mise en place d'une antibiothérapie à large spectre.

- Restauration et maintien de la volémie en utilisant des solutés de remplissage.

- TRAITEMENT SPECIFIQUE:

a)-Première étape:

✓ GESTES A REALISER:

Il faut réaliser systématiquement une révision utérine, elle a pour but de vérifier que la cavité utérine est intacte et vide de tout élément placentaire, de membrane ou de caillots sanguins. Elle doit être réalisée sous asepsie rigoureuse et couverture antibiotique. Ce geste devrait être suivi d'un massage utérin.

Un examen sous valve vaginale est systématiquement associé il permet d'éliminer une lésion du tractus génitale.

✓ Traitement médical :

Consiste en une injection de 5 à 10 UI d'oxytocine (ampoule dosée à 5UI) par voie intraveineuse lente ou intramusculaire suivie d'une perfusion d'entretien de 5 à 10 UI/h pendant 2 heures. La dose cumulée de 40 UI ne devrait pas être dépassée,

d'autant que dans les 30 minutes maximum d'inefficacité, un traitement de seconde intention doit être entrepris.

b)-Deuxième étape :[32]

Une hémorragie persistante dans les 15 à 30 minutes après diagnostic et prise en charge initiale bien conduite d'une HPP doit amener à mettre en œuvre des actions de prise en charge complémentaires. Une hémorragie très abondante d'emblée ou une mauvaise tolérance hémodynamique maternelle doivent amener à réduire ce délai.

- ü La surveillance clinique doit porter sur la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la coloration des muqueuses et téguments, la recherche de saignements aux points de ponction, la diurèse et le volume de l'hémorragie.
- ü Le bilan étiologique (révision utérine et examen sous valves) doit avoir été réalisé.
- ü La sulprostone(prostaglandines) est efficace pour la prise en charge des HPP sévères ou persistantes et son utilisation est recommandée (1 ampoule dosée à 500ug à diluer dans 50 ml de sérum salé isotonique (SSI) à passer en intraveineuse ou en seringue électrique). L'administration de sulprostone devrait intervenir dans les 30 minutes suivant le diagnostic d'HPP en cas d'échec de l'oxytocine, ce délai pouvant être raccourci en fonction de la gravité du saignement. Il n'est pas recommandé d'utiliser du misoprostol comme traitement de seconde ligne.
- ü Le tamponnement intra-utérin par ballon semble présenter une efficacité. Il peut être proposé en cas d'échec de la prise en charge par sulprostone et avant un recours à une prise en charge chirurgicale ou par radiologie interventionnelle. Son utilisation est laissée à la libre appréciation du praticien. Il ne doit pas retarder la mise en œuvre des procédures invasives.

- ü L'évolution parfois rapide de la coagulopathie au cours de l'HPP justifie une surveillance biologique de la coagulation. Il est recommandé de prévenir et traiter l'hypothermie par le réchauffement des solutés de perfusion et des produits sanguins, et par le réchauffement cutané actif, ainsi que d'apporter de l'oxygène.
- ü Il est recommandé de pratiquer un remplissage vasculaire en cas d'HPP qui s'aggrave. La prescription des culots globulaires(CGR) est envisagée principalement sur la base des signes cliniques de gravité de l'HPP, sans nécessairement attendre les résultats du laboratoire d'hématologie. La transfusion a pour objectif de maintenir une concentration d'hémoglobine (Hb) > 8 g/dl. Au cours d'une hémorragie active, il est souhaitable de maintenir un taux de fibrinogène ≥ 2 g/l (accord professionnel).

En fonction de l'importance de l'hémorragie ou de la coagulopathie, il est possible d'administrer du fibrinogène et des plasmas frais congelés(PFC) sans attendre les résultats biologiques.

- ü Il n'y a pas d'arguments pour recommander l'utilisation du rFVIIa de manière systématique en prévention ou précocement dans le traitement de l'HPP sévère. Sa prescription ne doit donc, pour le moment, être envisagée que dans l'hémorragie non contrôlée, après échec des thérapeutiques conventionnelles, et après avoir entrepris la correction des effecteurs et autres paramètres de l'hémostase.
- ü Les femmes ayant reçu une polytransfusion après un accouchement par voie basse pourraient bénéficier d'une thromboprophylaxie par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) pendant 7 à 14 jours en post-partum . La durée peut être prolongée s'il existe des facteurs de risque thromboembolique supplémentaires.

c)-Troisième étape :[32]

Elle doit être rapidement envisagée si les moyens précédemment utilisés n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Elle fait appel à l'embolisation des artères utérines et aux techniques chirurgicales, conservatrices ou radicales.

v Embolisation des artères utérines:[52]

Place de choix après échec du traitement conservateur local (95% de succès)

Réservée aux patientes correctement réanimées et stables sur le plan hémodynamique sinon sanction chirurgicale sur place.

Elle est Indiquée préférentiellement en cas d'atonie utérine résistante aux utérotoniques surtout si accouchement par voie basse ou en cas de lésion cervicovaginale déjà suturée ou inaccessible.

v Techniques chirurgicales :

Le choix de la technique dépend de l'état hémodynamique de la patiente, du plateau technique et de l'expérience des opérateurs. Différents gestes d'hémostase ont été proposés, seuls ou associés. On distingue les traitements conservateurs qui peuvent préserver la fertilité et le traitement radical par hystérectomie d'hémostase.

Ø Le traitement conservateur comprend soit, la ligature des artères utérines, la ligature étagée, la ligature des artères hypogastriques et le capitonnage des parois utérines.

Ø Le traitement chirurgical radical ou l'hystérectomie d'hémostase :

Elle constitue le geste radical qu'il faut savoir pratiquer au bon moment avant que les conditions hémodynamiques ne soient catastrophiques.

L'hystérectomie totale est la technique de choix en cas d'atonie utérine. [32]

V- CONDUITE A TENIR DANS LES SUITES IMMEDIATES:

1- TRAITEMENT MEDICAL:

La surveillance sera quotidienne pour déceler le moindre signe d'appel d'une complication.[31]

La prévention des complications thromboemboliques repose sur le lever précoce, l'utilisation de bas de contention, une héparinoprophylaxie.

La survenue de douleur et d'une légère fièvre évoque la nécrobiose aseptique ou l'endométrite, un traitement antalgique avec un antibiotique actif sur les germes anaérobies doit être prescrit. En cas de fièvre importante ou prolongée, une nécrobiose septique est à craindre et doit faire évoquer la possibilité d'une chirurgie radicale.

2- TRAITEMENT CHIRURGICAL:

Les myomes sous-muqueux pédiculés peuvent parfois s'accoucher par le col. Le tableau clinique est caractérisé par des métrorragies et des coliques expulsives. Le diagnostic est posé par l'examen au spéculum. Son exérèse pourra se faire par voie vaginale [3].

On pourra aussi être amené à intervenir en cas de torsion d'un fibrome pédiculé ou en cas de nécrobiose septique résistante au traitement antibiotique, dans ce cas, heureusement exceptionnel, c'est à l'hystérectomie qu'il faudra recourir [14].

VI- CONDUITE A TENIR DANS LES SUITES ELOIGNNES:

1-ABSTENTION:

Si la patiente est asymptomatique, la grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans problèmes, l'abstention thérapeutique est la règle.

2-TRAITEMENT MEDICAL:[44,29,51]

Aucun traitement médical actuellement validé n'est capable de faire disparaître les myomes, il en découle de ce fait :

- qu'en cas de myome asymptomatique : il n'y pas lieu d'envisager un traitement médical.
- qu'en présence de myome symptomatique (douleur ou saignement) les traitements médicaux ont pour seul objectif de traiter les symptômes rattachés au myome; néanmoins les myomes sous-muqueux symptomatiques relèvent en première intention d'une prise en charge chirurgicale et non d'un traitement médical exclusif.[51]

a)-La place des progestatifs de synthèse :

Selon Les Recommandations Pour La Pratique Clinique, la progestérone n'a pas d'indication dans la réduction du volume du myome utérin. La seule indication des traitements progestatifs serait pour la prise en charge des pathologies fonctionnelles endométriales associées au fibrome telle l'hyperplasie de l'endomètre.[51]

En agissant sur l'œdème autour du myome, les progestatifs de synthèse permettent de diminuer les phénomènes inflammatoires associés mais ne permettent pas de réduire le volume ou la croissance du fibrome.[66]

b)-Les analogues de la GnRH :

L'administration des agonistes de la GnRH induit un effet agoniste prolongé sur le récepteur hypophysaire de la GnRH, avec une libération initiale des gonadotrophines, appelé effet « flare up », suivie d'une inhibition prolongée de la sécrétion de la FSH et de la LH, ce qui est généralement recherché avec ces molécules.[51]

Leur utilisation se fait dans un cadre préopératoire et ne peut être que ponctuelle du fait de leurs effets secondaires. Ils permettent une réduction des saignements accompagnée d'une restauration d'un taux d'hémoglobine proche de la normale en préopératoire. La durée de prescription de 2-3 mois correspondant à l'AMM paraît suffisante. [51]

c)-Le danazol :

Le danazol est efficace à court terme (moins de 3 mois) pour la réduction des symptômes liés aux myomes utérins mais aucune étude n'a évalué son efficacité à long terme (plus de 6 mois). Il semble moins efficace que les agonistes de la GnRH et pourvoyeur de plus d'effets secondaires. [51]

d)-Les antiaromatases :

Les antiaromatases : letrozol, anastrozol et exemestane.

Les antiaromatases ont été proposées avec une efficacité rapide sur les symptômes et une régression du volume du myome.

Les antiaromatases n'ont pas d'indication à ce jour pour le traitement des myomes.[51]

e)-Les antiprogestérone :

La prise de mifépristone permet une réduction de la taille des myomes ainsi qu'une amélioration des symptômes qui y sont associés.

La survenue d'hyperplasie endométriale doit inciter à la prudence. La posologie 5 mg/j donne des résultats similaires à la posologie 10 mg/j et pourrait réduire le risque d'hyperplasie endométriale.[51]

3- Myolyse[17,51,33]

Elle a pour objectif la destruction du fibrome utérin.

Il en existe deux types :

a)-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. L'ischémie ainsi obtenue permet la nécrose du myome et la diminution des symptômes qui lui sont imputés ainsi que sa réduction de taille. Ses deux principales indications sont :

- à visée thérapeutique comme traitement isolé ;
- à visée préopératoire afin de diminuer le saignement peropératoire.

Elle constitue l'alternative validée du traitement chirurgical des myomes, presque toujours possible même pour les myomes de grande taille ou nombreux, elle permet la conservation utérine ou évite la myomectomie.

Elle doit systématiquement être proposée en alternative à la chirurgie pour les myomes interstitiels et sous-séreux. Elle n'est pas une bonne indication pour les myomes sous-muqueux, plus simplement traités par hystérocopie opératoire.

La réduction du volume utérin à 6 mois varie entre 30 et 60 % et la réduction de volume du myome dominant varie entre 50 et 80 % à 6 mois. Le taux de complication en cours d'hospitalisation est évalué à 3 %. Le taux d'hystérectomie pour complication est inférieur à 2 % à 3 mois. Le taux d'aménorrhée définitive après embolisation est inférieur à 5 % chez les femmes âgées de moins de 45 ans.

Le taux d'hystérectomie secondaire pour inefficacité ou récurrence clinique est de 13 à 28 % à 5 ans selon les études

Il semble préférable de la proposer en l'absence de désir de grossesse, mais ce dernier n'est pas une contre-indication.

Une étude prospective [67] de 06 cas de fibromes utérins réalisée à l'hôpital Charles Nicolle à Tunis par R.BENTEMIME gynécologue et H.RAJHI radiologue

rapporte une régression de 42% avec des valeurs allant de 25% à 100% du volume des myomes observée lors d'un control échographique et IRM un an après l'embolisation.

b)-La myolyse par thermocoagulation :

En utilisant les ultrasons, la radiofréquence, la coagulation ou la cryothérapie.

Il existe de nombreux procédés beaucoup encore en phase de validation. Les taux de succès sont de l'ordre de 50 à > 70 % à 2 ans. Ils constituent l'avenir du traitement des myomes.

Comme l'embolisation, ils neutralisent les myomes sans les faire disparaître complètement

4-Traitement chirurgical:

a)-Myomectomie

a-1-)-Concernant les myomes sous-muqueux[51,35]

✓ S'ils sont symptomatiques :

La résection hystéroscopique complète des myomes sous-muqueux traite efficacement les ménorragies des femmes ayant un utérus de taille normale, composé d'un myome sous muqueux unique inférieur à 4 cm en situation intra-cavitaire prédominante. Les résultats sont moins bons dans les autres conditions, mais peuvent être améliorés par une préparation par les agonistes du GnRH, ou par une résection itérative.

Le risque de rupture de l'utérus gravide rapporté après myomectomie par hystéroscopie est quasi nul.

✓ S'ils sont asymptomatiques :

Le traitement par hystéroscopie des myomes sous-muqueux déformant la cavité utérine améliore la fertilité.

a-2-)-Pour les myomes interstitiels et sous-séreux[51]v En l'absence de symptômes :

Il n'y a pas d'indication à réaliser une myomectomie systématique après l'accouchement lorsqu'il y a eu une complication imputable au myome au cours de la grossesse et que la patiente est redevenue asymptomatique.

v Avec des symptômes :

Les myomectomies interstitielles et sous séreuses sont faisables et reproductibles par coelioscopie lorsque le nombre de myomes est faible (< 3) et leur diamètre inférieur à 8 cm. Les taux de grossesses en cas de myomectomies par laparotomie et coelioscopie sont similaires. La durée opératoire de la myomectomie par coelioscopie est supérieure à la laparotomie, l'apport, mais aussi les complications et le coût des morcellateurs doivent être pris en compte. Les pertes sanguines sont plus grandes et la durée de séjour plus longue en cas de myomectomie par laparotomie.

Le risque adhérentiel est le risque principal de la myomectomie, les techniques endoscopiques (coelioscopie, hystéroscopie) sont moins pourvoyeuses d'adhérences postopératoire.

Les patientes opérées d'une (poly)myomectomie doivent être informées du risque de persistance des symptômes, et de la récurrence du ou des myomes pouvant nécessiter une réintervention. Pour la myomectomie par laparotomie ou coelioscopie, et si la femme est susceptible d'être enceinte plus tard, l'information doit porter également sur le risque de rupture utérine au cours d'une future grossesse. La voie d'accouchement sera déterminée par l'équipe obstétricale en tenant compte des données du compte rendu opératoire et des suites de l'intervention.

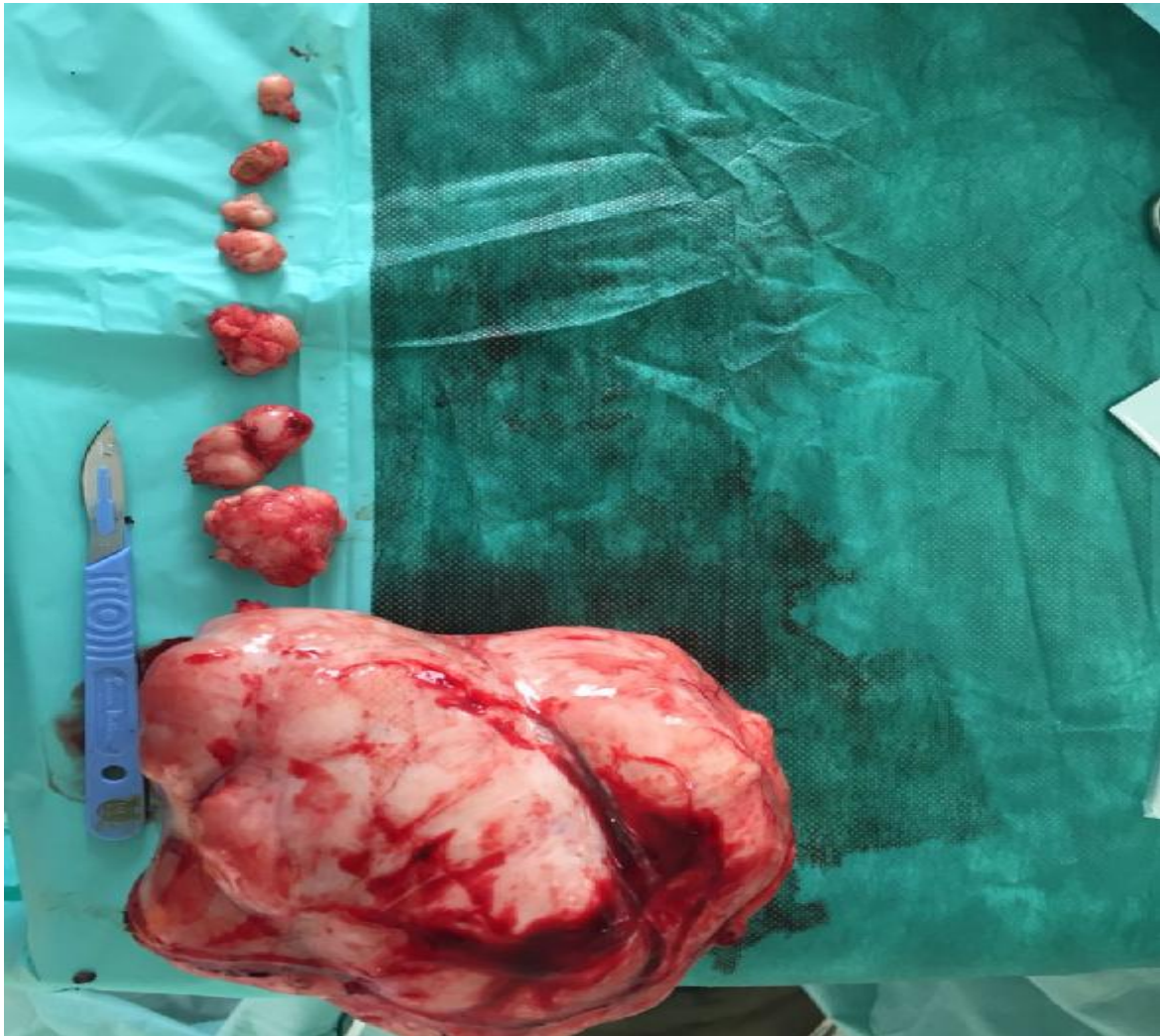


Figure-21: myome géant polylobé faisant 15 cm de grand axe avec de multiples myomes de petite taille prélevées au bloc de chirurgie gynécologique de CHU

HASSAN II de Fès.

b) -Hystérectomie : [51]

En l'absence de tout désir de grossesse, chez les femmes de plus de 40 ans qui ont été informées des alternatives et des risques de l'intervention, l'hystérectomie est le traitement le plus efficace des myomes symptomatiques et est associée à un fort taux de satisfaction. Lorsqu'elle est possible la voie vaginale ou coelioscopique doit être préférée à la laparotomie en cas de réalisation d'une hystérectomie.

TABLEAUX -XII : la conduite thérapeutique selon la taille et la classification du fibrome, et le désir de la patiente.[29]

FIBROME		DESIR DE GROSSESSE	PAS DE DESIR DE GROSSESSE
Type de myome	TAILLE (cm)		
Fibromes sous muqueux (type 0,1 ou 2)	T < 4 cm	Hystérectomie opératoire (résection endocavitaire)	
	T > 4cm	Myomectomie laparotomique	Hystérectomie
Fibrome sous-séreux et interstitiel (types 3 à 7)	T < 10 cm	Embolisation ++ ou myolyse par thermocoag, ou myomectomie coelioscopique	Embolisation ++ ou myolyse par thermocoag.
	T > 10 cm	Traitement médical puis - Idem T < 10 cm si succès - Myomectomie laparotomique si échec	Traitement médical puis hystérectomie voie basse

4- Contraception : [61,97,98]

∅ La contraception oestroprogestative : L'existence d'un fibrome ne contre-indique pas la mise en route ou la poursuite d'une contraception oestroprogestative ou progestative.

- Effets secondaires de la contraception orale :

- Maux de tête
- Nausées
- Sensibilité mammaire
- Saignements en dehors des règles.

∅ Le DIU au lévonorgestrel ou Miréna® : Même si globalement les fibromes sont une contre-indication à l'utilisation d'un stérilet, cela dépend surtout de leur emplacement et de leur caractère hémorragique. Ainsi, si la femme a des fibromes sous-séreux, c'est-à-dire localisés au niveau de la paroi extérieure de l'utérus, elle peut éventuellement avoir un stérilet. Cependant, dans le cas d'un fibrome intra-cavitaire (aussi appelé sous-muqueux) et présent du côté interne de l'utérus, le stérilet est clairement contre-indiqué.

- Effets secondaires des DIU :

- Saignements irréguliers ou saignottement au cours des 3 à 6 premiers mois
- Maux de tête
- Nausées
- Dépression
- Sensibilité mammaire

CONCLUSION

L'association fibrome et grossesse est une éventualité de plus en plus rencontrée en pratique obstétricale du faite, d'une part de la généralisation de l'échographie dans la surveillance des grossesses, et d'autre part du recul de l'âge de la première grossesse.

Cette pathologie touche principalement la femme âgée de plus de 30 ans, avec une fréquence plus élevée chez la primipare. Néanmoins, il existe une proportion non négligeable de femmes jeunes.

L'échographie a considérablement amélioré le diagnostic, la surveillance des fibromes et de la grossesse. Ces dernières années, les études échographiques ont permis d'objectiver les variations de volume des myomes au cours de la grossesse. On pensait auparavant que tous les fibromes augmentaient de volume tout au long de celle-ci, ce qui permettait d'expliquer l'attitude interventionniste de certains auteurs. Il semble que tous les myomes ne le fassent pas.

Ces mêmes études ont attiré l'attention sur la fréquence plus élevée en cas de gros fibrome, des fibromes multiples, et surtout de contact entre le myome et le placenta des complications telles les avortements, les accouchements prématurés, le décollement prématuré du placenta, pré éclampsie et principalement les ruptures prématurées des membranes.

La nécrobiose aseptique du fibrome demeure une complication relativement fréquente, elle influence peu sur le déroulement de la grossesse, répondant presque toujours au traitement médical.

Les autres complications : torsion, compression, enclavement sont exceptionnelles.

Si le risque d'avortement, de menace d'accouchement prématurée, d'accouchement prématuré, présentations anormales est toujours présent, le diagnostic précoce de cette association, la surveillance clinique et échographique

rapprochée et une bonne prise en charge permettent une bonne évolution de la grossesse jusqu'au terme.

En effet, la croissance fœtale n'est pas influencée par le myome, sauf peut être en cas de fibrome volumineux ou de siège en regard du placenta pour certains. par contre le myome augmente le risque de malformations fœtales.

L'accouchement a eu lieu, dans la majorité des cas par voie basse, mais la césarienne est significativement fréquente en cas d'utérus myomateux. On a recours à une césarienne, soit pour une raison directement liée au terrain fibromateux, soit pour un motif purement obstétrical.

La surveillance attentive de la délivrance et des suites de couches permet d'éviter les complications principalement l'hémorragie de la délivrance.

Moyennement une surveillance obstétricale étroite, le pronostic maternel et fœtal est donc excellent.

La conduite thérapeutique demeure abstention, surveillance clinique échographique régulière, surtout en cas de myome volumineux, multiple ou rétroplacentaire.

La myomectomie au cours de la grossesse est contre indiquée, car elle met enjeu l'avenir de la grossesse en cours.

RESUMES

RESUME

Notre étude porte sur une analyse rétrospective de 18 cas d'association fibrome et grossesse dans la maternité du CHU HASSAN II des Fès de 2013 à 2017;

- La fréquence de cette association est de 0, 37%.
- Elle survient essentiellement chez la femme âgée de plus de 30ans. Primipare le plus souvent.
- Chez 61,11% le diagnostic de fibrome a été posé pour la première fois au cours de la grossesse.
- La nécrobiose aseptique relativement fréquente, représentant 22,22% de l'ensemble des complications, elle a bien évolué sous traitement médical.
- Bien que les présentations anormales, les ruptures prématurées des membranes, les fausses couches et les menaces d'accouchement prématuré, soient fréquemment rencontrées, la grossesse évolue dans la majorité des cas aux alentours du terme.
- L'accouchement a eu lieu dans 47,05% par voie haute.
- Moyennant une surveillance obstétricale régulière, le pronostic maternel et fœtal est excellent.
- Le traitement reste basé sur l'abstinence et la surveillance clinique et échographique régulière.
- La myomectomie au cours de la grossesse est à réserver à la torsion du fibrome pédiculé et à la nécrobiose résistant au traitement médical.

SUMMARY

Our study is a retrospective analysis of 18 cases about the fibroma and pregnancy association at the maternity in UHC HASSAN II in Fes from 2013 to 2017.

- The frequency of this association is 0, 37%.
- It supervenes, essentially, in the women aged more than 30 years old, and who is the most often prim pare.
- At 61, 11% the diagnosis of fibroma was posed for the first time in pregnancy.
- The relatively frequent aseptic nécrobiose, accounting for 22, 22% of the whole of the complications, it advanced good under medical care.
- Although the abnormal presentations, the premature ruptures of the membranes, they miscarriages and the threats of premature birth, are frequently met, the pregnancy evaluates in the majority of the cases at nearly the term.
- The delivery was by caesarean in the 47, 05% of the cases.
- With a regular obstetrical supervision. The maternal and fetal prognosis is excellent.
- The treatment is still .on the abstinence and the regular clinic and echographic supervision.
- The myomectomy during the pregnancy concerns only torsion of a pediculate fibroma and the aseptic necrobiosis resistant to the medical treatment.

مطى

إن هذه الدينة بصد تخلى سل تعالي ل18 >الة تجملع لىفوم و الحطى المركز
لأد تشفائى الجمعى الحسل لثانى بفلس و دك من 2013 إلى 2017.

- ىملى تردد هذا لجمع % 0,37
- بطل سلسل اعنلامرأة الهى يزىبىنهما عن 30 سنلظبكرىة فى غلب الأحيان.
- عنى % 61,11 من النساء تماك تشاها لىفومأمناف افرة الحطى.
- ىملى البلى الفسىولوى الهاهرا لىفوم % 22,22 من مجموعلمضا عفك الأهى
و ىطور بشكى جىب بفطى العلاى الهى.
- بالرغم من >الك الإجهضا و تعد ىبالولادة لمبكرة ىب تمر الحطى بصورقطبىعىة فى
غلب الأحيان.
- تمت الولادة بوطعم لىة قىصرىة فى % 47.05 من الحالك .
- من خلالمراقبلمن نظمة ىكون مأل الأم و الهطى جىبا.
- ىع تمد العلاى عللمراقبلمسرىرىة والخطىط بالى بصفقن نظمة.
- ىتمسل تصاللا لىفوم خلافافرة الحطى فىحالل توااللىفوم المسقى أوالبلى
الفسىولوى الهى لا ىب تجىبلمعلاى.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 -Utérus : anatomie descriptive et rapports.2008
- 2 -Utérus : anat-jg.com.2010
- 3 -M.-N. Delabarre,T. Routiotb, T. Bouina
Association fibrome et grossesse : à propos de 79 cas
Thèse Med, Nancy ,2011.
- 4-C. D'ERCOLE , X. CARCOPINO , J.B. HAUMONTÉ , G. KAYEM .
Délai idéal entre chirurgie uterine et grossesse (césarienne incluse).
(Marseille, Colombes) .2012
- 5-Landon MB, Courtney DL.
Optimal timing and mode of delivery after cesarean with previous classical
incision or myomectomy: a review of the data. Semin Perinat 2011;35:257-261.
- 6 -Nahum CG, Pham KQ.
Uterine rupture in pregnancy. Available at: <http://emedicine.medscape.com/refarticle-srch/275854-overview>. accessed May 12.2010.
- 7 -Kelly BA, Bright P, Mac Kenzie IZ.
Does the surgical approach used for myomectomy influence the morbidity in
subsequent pregnancy? J Obstet Gynaecol 2008;28:77-81
- 8 -Parker WH, Einarsson J, Istre O et al.
Risk factors for uterine rupture after laparoscopic myomectomy. J Minim
Invasive Gynecol 2010;17:551.
- 9 -Dermatice.org : Les fibromes utérins.2009
- 10 -Legendre G, Brun JL, Fernandez H.
Place des myomectomies en situation de conception spontanée ou chez la
femme désireuse de préserver sa fertilité. J Gynecol Obstet Biol Reprod
2011;40:875-884.

- 11 -Anatpat.unicamp.br : leiomyomauterina.
- 12 -FIGO classification system (PALM COEIN) for causes of abdominal bleeding nongravidwomen of reproductive age , 23feb2011.
- 13 -kathleen Mentrop, Jean Vandromme.
Fibrome utérin,service de gynecologie-obstetrique,CHU Saint-Pierre ,Bruxelles,20 Juin 2016.
- 14 -Zeghal Dorra, Ayachi Amira, Mahjoub Sami, Boulahya Ghassen, Zakraoui Aymen, Ben Hmid Rim, Zouari Faouzia
Service «C» - Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis. Fibrome et grossesse : les complications
LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°04) : 286-290
- 15-Bano S, Awan SN, Rahman A. Fibroid in pregnancy; obstetric complications in 3rd trimester. Professional Med J 2017;24(9):1360-1364.
- 16-ATEF Y.BEN AISSIA.GARA M.Association fibrome utérin et grossesse: à propos de 23cas.La Tunisie Médicale,2005,83:112-115.17-ELSEVIER MASSON
Tuméfaction pelvienne chez la femme
Collège national des gynécologues et obstétriciens français,2015.
- 18-Raja KS, Tasleem H. Effects of uterine leiomyoma onthe course of pregnancy and labour. Rawal Med J2009; 34(1):79-81
- 19-Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. Am J Obstet Gynecol. 2008;198: 357-366.
- 20-DAVID W. OUYANG, MD.KATHERINE E.ECONOMY,MD.
Obstetric complications of fibroidsObstet. Gynecol, 2006; 33:153-169.

21-Lee HJ, Norwitz ER, Shaw J.

Contemporary management of fibroids in pregnancy. Rev Obstet
Gynecol 2010; 3(1):20-27

22-MYINGONE SOLENE

Profil épidémiologique et étiologique des hémorragies génitales chez la
femme en activité génitale en dehors de la grossesse

Thèse Med ,Fès,2015.

23-TOLBA ZARFA

UTERUS

Faculté de médecine BELKACEM BENSMAIN

CANSTANTINE , 2015

24-Dr Emeline QUIBOEUF

Fibrome,Service de gynécologie chirurgicale du Pr HOCHE

Centre Aliénor d'Aquitaine CHU Bordeaux

20 janvier 2016

25-ERGHOUNI Meryem

myomes géants:particularités et prise en charge A propos de 12 cas)

These Med, Meknès,2017.

26-Messaoudi Chahrazed

Fibrome Utérin

Thèse Med, Algérie ,2015 .

27-AHMED O.HAMMOUD.RADWAN ASAAD.JAY BERMAN.

Volume change of uterine myomas during pregnancy: do myomas really
grow? J. of Minimally Invasive Gynecology,2006;13:386-390.

- 28-.Gary Levy & Micah J. Hill , Stephanie Beall ,Shvetha M. Zarek , James H. Segars
William H. Catherino
Leiomyoma: genetics, assisted reproduction, pregnancyand therapeutic
advances
15 May 2012.
- 29-Vincent.Fibrome utérin
Gynéco-obstétrique ,item 42, Maladie et Grand Syndrome.
Publié le 4 février 2018 .
- 30-D.BORJA ,P.Kadhel,E.Jankly.
Fertilité après myomectomie : expérience du centre hospitalier universitaire de
pointe -à pitre, Guadeloupe .2012
- 31-R.Ramanah,R.maillet,A.Eckman,Riethmuller.
Quels sont les risques obstetricauxpouvant justifier un traitement preventif?.
Gynecologie endocrinologie ,2009.
- 32-Collègenational des gynécologues et obstétriciens français
Recommandationspour la pratique clinique
Les hémorragies du post-partum,2014
- 33- A le Blanche, O Gagneur, A Smail, RFauvet, M Malgouzou, P Merviel
EMBOISATION DE FIBROMES UTERINS:REVUE DES COMPLICATIONS
Amiens – France.2011
- 34-Sozen I, Arici A. Cellular biology of myomas : Interaction of sex steroids with
cytokines and growth factors. Obstet Gynecol Clin N Am (Elsevier). 2007; 33:
41-
- 35-Collège national des gynécologues et obstétriciens français
Femme souffrant de fibromes multiples symptomatiques et désirant concevoir :
chirurgie ou embolisation des artères utérines ?2016.

36-Okolo S.

Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids.

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008;22:571-88.

37-Congres-medicine (page consultée le 1/12/09). 5ème journée de Médecine
Foetale

Saint Vincent de Paul – Port Royal du 30 mai 2008 : Immobilisme foetal.

38-ANAES. Recommandations pour la pratique clinique – Argumentaire :

Massokinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales
isolées du pied au cours des six premiers mois de la vie 2008

39-TNS Healthcare SOFRES, Roche. 5e édition de l'enquête nationale sur la
prévalence de l'obésité et du surpoids en France.

ObEpi-Roche. 2009.

40- Collège national des gynécologues et obstétriciens français.

Endométrite ,2015.

41-Seracchioli R, Manuzzi L, Vianello F et al. Obstetric and delivery outcome of
pregnancies achieved after laparoscopic myomectomy.

Fertil Steril 2007;86:159.

42-Sizzi O, Rossetti A, Malzoni M, Minelli L, La Grotta F, Soranna L.

Italian multicenterstudy on complications of laparoscopic
myomectomy. J Minim Invasive Gynecol 2007

Jul-Aug;14(4):453-62.

43-Abbara A. (page consultée le 26/09/09). Fibromes utérins, [en ligne].

http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/fibromes.html

44-Henri Marret,Hervé Fernandez,Xavier Fritel,Denis Herbreteau

Les myomes et leur prise en charge :Les nouvelles recommandations12 AVRIL
2013.

- 45-Leite GK, Korkes HA, Viana Ade T, Pitorri A, Kenj G, Sass N.
Myomectomyin the second trimester of pregnancy: case report.
Rev Bras Ginecol Obstet 2010;32:198—201.
- 46-. Jayakrishnan K, Menon V, Nambiar D. Submucous
fibroids and infertility: effect of hysteroscopicmyomectomy and factors
influencing outcome. J Hum Reprod Sci 2013; 6:35-9.
- 47-Bassot K, Graesslin O. Fibromes et infertilité : traitement médical des fibromes et
infertilité. Réalités en Gynecol Obstet. 2008 sept; 132: 17-22.
- 48-IMEN :Fibromes utérins : Diagnostic
écrit le: 21 mai 2013.
- 49-Collège national des gynécologues et obstétriciens français.
Menace d'accouchement prématurée ,2015.
- 50-F. Levast , G. Legendre , P.-E. Bouet , L. Sentilhes :Prise en charge des myomes
utérins durant la grossesse Management of uterine myomas during pregnancy
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 44 (2016) 350-354
- 51-Recommandation pour la pratique clinique. Actualisation de la prise en charge
des myomes . Elaborée par le collège national des gynecologues et
obstetriciens français : 7dec2011-
- 52-Dr D HUBERT
Prise en charge de l'hémorragie de la délivranceCHSA FMC 9 janvier 2010 .
- 53-CHAUVEAUD-LAMBLING.FERNANDEZ H.
Fibrome et grossesse.
Encyclopédie médico-chirurgicale, 2006,S-047-R-10.
- 54-Ehigiegba AE, Ande AB, Ojobo SI. Myomectomy during cesarean section. Int J
Gynecol Obstet 2008.

- 55-Ouyang DW, Economy KE, Norwitz ER. Obstetric complications of fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006;33:153—69.
- 56- A. Pelissier-Komorek, J. Hamm, S. Bonneau, E. Derniaux, C. Hoeffel-Fornes, O. Graesslin Myoma and pregnancy: When medical treatment is not sufficient *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2012).
- 57-Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) Retard de croissance intra-utérin 2010-2011.
- 58-Qidwai G, Caughey AB, Jacoby AF. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomas. *Obstet Gynecol* 2006 ; 107 : 376-82
- 59-Brazet E, Ghassani A, Voglimacci M, Chalret Du Rieu M, Berlioux P, et al. Fibrome praevia : une cause rare d'occlusion intestinale aigüe en cours de grossesse. *Gynecol Obstet Fertil* 2014;42:806-9.
- 60-Yves Ardaens :
imagerie des fibromes
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de reproduction 2007
- 61-Anne-Aurélié Epis de Fleurian Recommandation de bonne pratique - les traitements médicamenteux du fibrome utérin - Afssaps - octobre 2007
- 62-DR ALY ABBARA Fibrome utérin. Paris 29 Avril 2017.
- 63-A.ANDOLSI ; F.CHAMMING'S ; M.BRISA ; K.D.DANG TRAN ; C.BOURILLON ; A.LACAN MELKI ; L.S.FOURNIER. SERVICE DE RADIOLOGIE : HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU , 2008.
- 64-A.Dehaene , E.Poncelet , C.lions , JP.Lucot , P.Collinet , JPBeregi. Hôpital Jeanne de Flandre , CHRU Lille , 2009.
- 65-ADELEDESSAINT , JEANLUCBRUN . Myome utérin , CHU Bordeaux 2011.

- 66- Prise en charge des fibromes utérins à propos de 1407 cas : par MbarkiSafae .
Thèse pour obtention de doctorat en medecine. Université Mohamed V : FMP de
Rabat 2010
- 67-R. BenTemim, R . Belhadj Taher, H. Rajhi, N. Mathlouhi .Embolisation de fibromes
utérins : à propos de 6 cas . Service de gynecologie A et service de radiologie
Hopital Charles Nicolle Tunis, Tunisie.2010.
- 68-Leite GK, Korkes HA, Viana Ade T, Pitorri A, Kenj G, Sass N. Myomectomyin the
second trimester of pregnancy: case report.Rev Bras Ginecol Obstet
2010;32:198—201.
- 69-Azuar A, Bouillet-Dejou L, Jardon K, Lenglet Y, Canis M,Bolandard F, et al.
Coelioscopie au cours de la grossesse :
expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-
Ferrand. Gynecol Obstet Fertil 2009;37:598—603.
- 70-Legendre G, Brun JL, Fernandez H. Place des myomectomies en situation de
conception spontanée ou chez la femme désireuse de préserver sa fertilité. J
Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2011;40:875
- 71-Blondel B, Kermarrec M. La situation périnatale en France en 2010. DREES
2011;775:1-8.[online]<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-france-en-2010-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale.9630.html>.
- 72- Song D, Zhang W, Chames MC, Guo J. Myomectomy during cesarean delivery. Int
J Gynecol Obstet 2013;121:208-13.
- 73-Li H, Du J, Jin L, Shi Z, Liu M. Myomectomy during cesarean section. Acta Obstet
Gynecol 2009;88:183-6.
- 74-Vergani P, Locatelli A, Ghidini A, et al. Large uterine leiomyomata and risk of
cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2007;109:410-414.

- 75-Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N. Prise en charge des léiomyomes utérins. *J Obstet Gynecol Can* 2015;37:1–26.
- 76-Deruelle P, Kayem G, Sentilhes L. *Chirurgie en obstétrique*. Editions Masson; 2015.
- 77-Ploteau S, Esbelin J, Philippe HJ. In: CNGOF. *Les césariennes atypiques*. Extraits des mises à jour en gynéco-obstétrique; 2008.p. 379–98
- 78- Kongnyuy EJ, Wiysonge CS. Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;8.
- 79- Desai BR, Patted SS, Pujar YV, Sherigar BY, Das SR, et al. A novel technique of selective devascularization before myomectomy at the time of cesarean section: a pilot study. *Fertil Steril* 2010;94(1):362–4.
- 80-Lin JY, Lee WL, Wang PH, Lai MJ, Chang WH, et al. Uterine artery occlusion and myomectomy for treatment of pregnant women with uterine leiomyomas who are undergoing cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* 2010;36(2): 284–90.
- 81- Kriplani A, Dash BB, Mandal K, Garg P, Bhatia N. The role of uterine artery ligation in increasing feasibility and safety of myomectomy during cesarean section. *J Gynecol Surg* 2007;23:53–6.
- 82-Sentilhes L, Vayssière C, Deneux-Tharaux C, Aya AG, Bayoumeu F, Bonnet MP, et al. Postpartum hemorrhage: guidelines for clinical practice from the French college of gynaecologists and obstetricians (CNGOF): in collaboration with the French society of anesthesiology and intensive care (SFAR). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;198:12–21.
- 83-Ahmad G, O'Flynn H, Watson A. Barrier agents for adhesion prevention after gynaecological surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;4.

- 84- Hagneréa P, Denouala I, Souissib I, Deswarte S. Rupture utérine spontanée après myomectomie. A` propos d'un cas et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011;40(2):162-5.
- 85- Sentilhes L, Vayssiere C, Beucher G, Deneux-Tharoux C, Deruelle P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: Guidelines for clinical practice from the French college of gynaecologists and obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013;170:25 32
- 86-ouidyane ourya .
Thèse Med, Fès ,à propos 61 cas d'association fibrome et grossesse en 2007.
- 87-Julien PRADES
PRISE EN CHARGE DES SARCOMES UTÉRINS :ÉTUDE RÉTROSPECTIVE
MONOCENTRIQUE SUR 91 PATIENTES TRAITÉES DE 2000 A 2015.Université de
Picardie Jules Verne
- 88- Julien Devaud.
L'UTERUS .Le Collège d'étude Ostéopathique C.E.O.
Mai 2008 à Montréal.
- 89-The American College of Obstetricians and Gynecologists.
Uterine Fibroids, 2011.
- 90-Pritts et al.
Fertil stéril,2009.
- 91-Griffiths et al.
Cochrane Databose système Rev,2007.
- 92-Casini et al.
Gynecol Endocrinol,2007.
- 93-Shokeir et al.
Fertil steril,2010.

- 94-Sarwar I, Habib S, Bibi A, Malik N, Parveen Z. Clinical audit of foeto maternal outcome in pregnancies with fibroid uterus. Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC. 2012;24(1):79-82.
- 95-B.H. Radhika,¹ Kusuma Naik,² S. Shreelatha,³ and Harshini Vana
Case series: Pregnancy Outcome in Patients with Uterine Fibroids .Published online 2015
- 96-Imen Ben Salah, MD
Myome en nécrobiose septique au 10e jour du post-partum
Hôpital Militaire d Instruction Mohamed V, Rabat, Morocco. J Obstet Gynaecol Can 2017;
- 97- HÉLÈNE BOUR
Fibroma et stérilet
Le 05 AVR 2015 .
- 98-The American College of Obstetricians and Gynecologists
Comprendre et prendre en charge les fibromes utérins
Canada .mars 2017